


| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| No. DE ACTA: | FECHA: 29 DE SEPTIEMBRE | |
| REUNIÓN: COVE SUBA | HORA DE INICIO: 8 AM | FINALIZO: 12 M |

| ASISTENTES | | |
|-------------------|--------------|----------------|
| NOMBRE | CARGO | ENTIDAD |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ORDEN DEL DÍA |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Alertas de sarampión – rubéola y difteria en la región de las Américas. 2. Comportamiento del subsistema SIVIM. Primer Semestre 2017. 3. Comportamiento Subsistema SISVECOS. Primer semestre 2017. 4. Comportamiento subsistema VESPA. 5. UYE: Retroalimentación de Alertas. 6. Unidad de análisis 7. SIVIGILA: Tableros de Control y varios |

| 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Alertas de sarampión – rubéola y difteria en la región de las Américas

VIGILANCIA INTENSIFICADA DE SARAMPIÓN, RUBEOLA Y DIFTERIA EN BOGOTÁ

Se inicia la presentación aclarando algunos temas de transmisibles diferentes a las alertas como son que todo caso de meningitis debe ingresar al Sivigila como probable después de realizar un Gram de líquido cefalorraquídeo y que este de positivo para bacterias, si la descripción de estas son sugerentes de las tres bacterias vigiladas se debe notificar como alguno de los 3 eventos, y si no se parece a ninguna de las tres patologías vigiladas debe notificarse como otros.


Se inicia la presentación de las alertas con la descripción de las amenazas dadas por el brote de sarampión en Europa, en lo que va de año se han notificado casos en Italia, Rumania, Alemania, Suiza, Francia, entre otros, relacionados en su mayoría con un brote epidémico que comenzó en Rumania en diciembre del año pasado y que aún sigue activo; además de la posibilidad de introducción o re-introducción de enfermedades en países que ya se han eliminado o están libres (sarampión) como Colombia por el alto movimiento de personas por eventos masivos como la visita del Santo Padre, conciertos, campeonatos y por la alerta epidemiológica dada a través de los CNE a todos los países por un brote de sarampión en el Estado de Bolívar de Venezuela que está en la frontera con Brasil y cerca de Guyana.

Por lo cual se presentan datos que pueden impactar en que un caso de sarampión o rubeola ingrese a Colombia como son las coberturas de vacunación, para las localidades del distrito haciendo énfasis en las de Suba la cual se encuentra en rojo dado que no se ha cumplido meta para los 5 años en la vacuna de sarampión rubeola; También se socializa el número de casos de sarampión confirmados para la región de las Américas el cual ha aumentado en un 70% con relación al año anterior (fecha de corte 9 de agosto de 2017) y la disminución de la notificación de casos sospechosos de Sarampión rubeola a través de los últimos 5 años, resaltando la importancia de notificar todos los usuarios que cumplan definición de caso, se solicita socializar el protocolo a los médicos reforzando la definición de caso y que desde la consulta se sensibilice a la población que si su resultado es dudoso o positivo se requerirá una segunda muestra de sangre para su confirmación o descarte.

Acto seguido se socializa el protocolo de sarampión rubeola haciendo énfasis en la definición de caso el cual es:

Caso sospechoso: Todo caso con enfermedad febril eruptiva con uno o más de los siguientes síntomas o signos:

- Tos, o
- Coriza, o
- Conjuntivitis, o
- Inflamación de ganglios linfáticos retroauriculares, cervicales u occipitales y artralgias.


| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

Y las acciones que se requieren cuando se notifica un paciente con sospecha de sarampión rubeola las cuales se describen a continuación

Acciones Individuales que debe realizar la UPGD:

- La notificación obligatoria e inmediata de todo caso sospechoso.
- El diligenciamiento de ficha de notificación y de investigación de caso sospechoso de sarampión o rubéola en su totalidad.
- En la elaboración de la historia clínica del paciente es importante tener en cuenta lo siguiente: si el manejo es ambulatorio se debe mantener aislado al paciente durante 5-7 días después de iniciada la erupción. El manejo hospitalario sólo es indicado en casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de complicación.
- El estudio de laboratorio: El diagnóstico de sarampión y rubéola, se realiza mediante la detección de IgM en una muestra de suero tomada al primer contacto con el paciente y hasta los 30 días de iniciada la erupción. Para detección del virus de sarampión y la rubéola se debe recolectar una muestra faríngea o nasofaríngea y de orina dentro de los siete días siguientes al inicio de la erupción. Acciones Individuales:
- La notificación obligatoria e inmediata de todo caso sospechoso.
- El diligenciamiento de ficha de notificación y de investigación de caso sospechoso de sarampión o rubéola en su totalidad.
- En la elaboración de la historia clínica del paciente es importante tener en cuenta lo siguiente: si el manejo es ambulatorio se debe mantener aislado al paciente durante 5-7 días después de iniciada la erupción. El manejo hospitalario sólo es indicado en casos con signos y síntomas de complicaciones o con alto riesgo de complicación. 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. Esta segunda muestra debe enviarse inmediatamente al laboratorio nacional de referencia del INS para realizar la cuantificación de anticuerpos IgG en las dos muestras del caso.

El segundo tema en tratar es Difteria dada la situación en las Américas de esta patología, en primer lugar se socializa la actualización epidemiológica de la OMS a 22 de agosto de 2017, Desde la semana epidemiológica (SE) 1 a la SE 32 de 2017 tres países en las Américas han notificado casos sospechosos y confirmados de difteria: Brasil (1 caso), Haití (80 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (123 casos). En 2016, el total de casos confirmados fue 78, los que fueron notificados por tres países: Haití (56 casos), la República Dominicana (2 casos) y Venezuela (20 casos). Durante el año 2015, se notificaron 49 casos confirmados de difteria en las Américas, provenientes de cinco países:

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

Brasil (12 casos), Canadá (3 casos), Guatemala (1 caso), Haití (32 casos) y la República Dominicana (1 caso)¹.

En Brasil, en la SE 30 de 2017 se confirmó un caso de difteria en el estado de Roraima, el cual tiene como lugar probable de infección Venezuela. No se registraron casos secundarios relacionados con este caso. En Haití, entre las SE 1 y 30 de 2017, se notificaron 72 casos probables de difteria¹. La mayoría (81%) de estos casos tiene entre 0 y 10 años de edad y 60% son mujeres. Del total de casos, 22 fueron confirmados por laboratorio, 3 de ellos fatales (tasa de letalidad de 13.6%). Entre los casos confirmados, en 54.5 % se desconoce el estado vacunal, 18.2% estaban vacunados y 27.3% no estaban vacunados. Los casos confirmados proceden de 4 departamentos: Artibonite, Centre, Ouest y Sud Est. En Venezuela, entre la SE 28 de 2016 y la SE 24 de 2017 se notificaron 447 casos sospechosos de difteria (324 en 2016 y 123 en 2017), de los cuales se han confirmado por laboratorio 51 casos, incluidas 7 defunciones (Anzoátegui (2 casos), Bolívar (1 caso), Monagas (3 casos), y Sucre (1 caso); con lo cual la tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es del 20%. Los casos, fueron notificados por 17 entidades federales: Anzoátegui (37 casos), Apure (19 casos), Barinas (2 casos), Bolívar (282 casos), Carabobo (1 caso), Cojedes (6 casos), Distrito Capital (9 casos), Mérida (3 casos), Miranda (29 casos), Monagas (26 casos), Nueva Esparta (1 caso), Portuguesa (2 casos), Sucre (10 casos), Trujillo (3 casos), Vargas (5 casos), Yaracuy (4 casos) y Zulia (8 casos). Entre los 51 casos confirmados por laboratorio, 55% son mujeres y 47% corresponde al grupo de edad de 5 a 19 años de edad. Con relación al estado vacunal de los casos confirmados, 78% tenían esquema incompleto, 15% no estaban vacunados y en 7% no se contaba con la información.

Por lo cual se socializa el protocolo de difteria iniciando con la causa de la enfermedad, el agente etiológico es el *Corynebacterium diphtheriae*, un bacilo aeróbico Gram positivo, cuyo poder patogénico proviene de una sustancia extracelular (exotoxina) producida por dicho germen.


Existen cuatro biotipos: mitis, intermedius, gravis y belfanti; los casos más graves de la enfermedad están asociados con el biotipo gravis, aunque cualquiera de estos puede producir toxina. Para que las bacterias produzcan esta exotoxina deben estar infectadas por un virus —el corinebacteriófago— que contiene el gen tox. Las cepas no toxigénicas de *C. diphtheriae* rara vez causan enfermedad y cuando lo hacen, ésta suele ser leve y sin complicaciones generalizadas. Las cepas no toxigénicas, sin embargo, pueden causar difteria cutánea y se han relacionado con casos de endocarditis. La enfermedad puede afectar otras localizaciones como mucosas y piel

El principal modo de transmisión es por vía aérea, a través de gotitas respiratorias, por contacto con una persona enferma o con un portador (persona que tiene la bacteria pero no padece la enfermedad); en el caso de la difteria cutánea, por contacto con artículos contaminados con las secreciones de las personas infectadas; se ha descrito la leche cruda como un vehículo efectivo.

El período de incubación es de 2 a 5 días, con un intervalo de 1 a 10 días; período de transmisibilidad es variable; las personas no tratadas son infecciosas durante 2 a 4 semanas, y aquellas que han recibido tratamiento de 2 a 4 días. Los portadores crónicos, que son raros, pueden expulsar microorganismos durante 6 meses o más.

¹ Tomado de

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=41631&lang=es

| | | |
|---|---|-------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |


Dentro de la descripción de signos y síntomas, el paciente presenta una enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, nariz, que se caracteriza por una o varias placas grisáceas adherentes confluentes e invasoras, 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.

Según el protocolo de vigilancia el caso ingresa como probable cuando el paciente cumple con la descripción clínica anteriormente relatada luego se debe confirmar por laboratorio, en este punto se resalta la importancia de la toma de muestra para este evento.

La muestra se puede tomar del exudado faríngeo, nasofaríngeo o cualquier otra lesión mucosa o cutánea; se empleara un hisopo de algodón, rayón o dacrón flexible estéril, no de madera, y se tomara la muestra, de preferencia del borde o directamente bajo la pseudomembrana, se puede igualmente tomar una parte de la misma.

Luego de la toma de muestra, el laboratorio de la institución debe realiza un cultivo inicial en agar sangre de cordero, en condiciones de CO2. En caso de obtener en el cultivo colonias grises beta hemolíticas y en la lámina bacilos Gram positivos dispuestos en V, letras chinas o empalizadas, se tendrá un diagnóstico sugestivo de *Corynebacterium*spp. Se debe remitir este aislamiento al LSP en medio de transporte Aimes con carbón activado.

Para finalizar la presentación se recuerda las actividades individuales por parte de las UPGD y vigilancia en salud pública que se realizan frente a este evento, en primer lugar deben difundir y dar cumplimiento al Protocolo de Vigilancia y Control de la difteria establecido por el Instituto Nacional de Salud. Se debe notificar de manera inmediata el o los casos probables, en cada uno de los niveles del Sistema de acuerdo con el flujo de información establecido por el Sivigila e iniciar las acciones de estudio del caso. Se debe realizar búsqueda activa institucional y comunitaria ante la presencia de un caso probable o confirmado de difteria. Con relación a la toma de muestra **Es importante garantizar la toma de la muestra y esta se toma antes de la instauración del tratamiento con antibióticos** y por último se debe garantizar un aislamiento respiratorio el cual se mantiene hasta que dos cultivos de nariz y garganta recolectados 24 horas después del tratamiento antimicrobiano tengan resultados negativos para *C. diphtheria* resulten negativos o al menos durante las primeras 24 horas después de haber iniciado el tratamiento; si no se pueden obtener cultivos de control, el aislamiento se mantendrá hasta 14 días después de finalizado el tratamiento con antibiótico.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

2. Comportamiento del subsistema SIVIM. Primer Semestre 2017.

Se da inicio con video canción “la niña” donde se representa la violencia sexual hacia una niña de 9 años por parte del progenitor, se abre con esta canción para sensibilizar frente a notificación de violencia sexual, se explica que algún niño o niña de cualquier edad y estrato social puede ser víctima de violencia sexual y no siempre es evidente, la violencia sexual puede provocar trastornos psicológicos- emocionales que en algunos casos puede iniciar inmediatamente después de la agresión, y necesitaría iniciar tratamiento terapéutico psicológico y/o psiquiátrico de ahí la importancia de la activación de ruta y notificación oportuna.

Inmediatamente se presenta el comportamiento de la notificación discriminado por violencias, por ciclo vital, hombre mujer y comparativo en las localidades.


Seguidamente se presenta video de escenas de la película cicatrices se realiza conversatorio frente a casos evidenciados en sus UPGD, UI y vida cotidiana.

Para cerrar se concluyó que la violencia contra la mujer se produce de manera cotidiana y sistemática : maltrato físico y/o psicológico; La violencia contra las mujeres hace referencia situaciones como la discriminación y menosprecio, en Colombia se ha incrementado la notificación de violencia contra la mujer lo que ha conllevado a un número alarmante de denuncias, sin embargo la tolerancia al maltrato es un problema cultural y que nosotros como sociedad debemos contribuir con notificar todo tipo de violencia y activar rutas.

3. Comportamiento Subsistema SISVECOS. Primer semestre 2017.

Se inicia mencionando que el subsistema vigila las cuatro manifestaciones de Conducta Suicida, las cuales se definen como:


- Ideación: Se define como todo pensamiento persistente donde la persona expresa la idea de querer morir, con antecedente de un problema emocional no trascendental para su vida que permita el restablecimiento emocional fácilmente. Una ideación se clasifica como severa cuando existe un plan de muerte estructurado para llevar a cabo un suicidio.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

- Amenaza: Situación en la cual un sujeto amenaza con quitarse la vida, ante un familiar o una persona y requiere intervención en emergencias y apoyo para su posible hospitalización e intervención médica. La amenaza suicida se considera como un intento suicida fallido.
- Intento: Situación de tentativa de suicidio que no involucre sus signos vitales, presencia clara de manipulación con la situación y evidencia de intento por primera vez, acompañado o antecedido de un problema emocional y sin establecer estrategias para poder resolverlo. Comportamiento que puede ser clasificado como un gesto suicida:
Paciente que es canalizado en el servicio de hospitalización o urgencias de una IPS pública o privada por presentar un intento de suicidio o una tentativa de suicidio.
- Suicidio Consumado; Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la victima misma

Se explica el comportamiento del evento en la localidad de Suba con las siguientes variables:

- Se observa que en la localidad de Suba se presenta mayor conducta suicida en las mujeres con tendencia hacia el intento suicida 95% (85) por intoxicación por fármacos, desencadenado por violencia intrafamiliar, abandono de pareja, desempleo y maltrato psicológico.
- El curso de vida donde se presenta mayor conducta suicida es en la adolescencia 75% (37) debido a que los jóvenes sufren maltrato por parte de los padres, abandono de los mismos, son obligados a trabajar para generar un ingreso adicional en la familia y en algunos casos fueron víctimas de abuso sexual en la infancia.
- Ser soltero resulta ser un determinante proximal en la población analizada, ya que, para la localidad de Suba, se presentó mayor cantidad de intentos suicidas para este estado civil con porcentaje de 85% (87); Llama la atención que en segundo lugar se encuentran las personas que están casadas, lo que supone que la conformación de una red familiar bien constituida podría ser un factor protector a la hora de contar con un apego a la vida.
- La conducta suicida se presenta con mayor tendencia en las familias de tipo nuclear en un 65% (52) por factores de maltrato emocional y psicológico permanente entre los miembros, así como, el desempleo y condiciones económicas muy limitadas que llevan a una calidad de vida inestable.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

Se explica A la luz de los determinantes en salud, se observa la fuerte influencia que tienen frente a la adquisición de conductas suicidas por los jóvenes objeto de estudio, categorías intermedias como la ruptura de relaciones familiares y de redes de apoyo, que a su vez desencadenan sentimientos de soledad, aislamiento, baja autoestima, falta de comprensión, entre otros determinantes proximales, que privan al individuo de contar con las herramientas y mecanismos necesarios que le permitan desarrollarse como ser integro, llevándolo a querer autodestruirse.

De la misma manera, en las intervenciones realizadas por el equipo de SIVICOS Local durante el primer semestre del año 2017, se identificó que el mayor número de casos de conducta suicida provenían de familias multiproblemáticas.


4. Comportamiento subsistema VESPA

Se inicia presentando un video relacionado con comportamiento del ser humano ante eventos como el consumo de SPA, seguido se inicia a explicar que es VESPA y ODISPA y proceso de notificación en el sistema.

Se da a conocer el marco normativo del observatorio Distrital de Drogas, el cual busca Diagnosticar, explicar, monitorear, predecir y evaluar la problemática del consumo de alcohol y sustancias en el Distrito Capital, Articular sistemas de documentación, comprensión, análisis y seguimiento acerca de la problemática del demás conductas que de ella se desprendan y Promover la investigación de tipo cualitativa y cuantitativa sobre el consumo según se requiera, dependiendo de las dinámicas de la ciudad.

Igualmente las actividades globales del observatorio como: la adopción de herramientas internacionales de consulta, la creación o la adopción de un marco de referencia para la elaboración de informes, datos y expertos para interpretarlos, la organización de un sistema para recabar datos a escala distrital y nacional (comparabilidad), la progresiva creación y desarrollo de una red nacional de obtención de datos y distribución espacial de colegios en relación a incautaciones de marihuana, cocaína, bazuco 2015

. Se presentan diapositivas con información prohibida para publicación la cual se aclara al grupo asistente dicho proceso y distribución desde la SIJIN.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

5. UYE: Retroalimentación de Alertas.

El epidemiólogo de urgencias y emergencias da inicio sobre las alertas internacionales fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de la población proveniente Venezuela

- **Circular 000025 emitida el 31 de julio de 2017**

La migración humana plantea uno de los mayores retos a la Salud Pública, que involucra a más de 1.000 millones de personas en todo el mundo.

El ministerio de salud y protección social imparte las siguientes instrucciones a los agentes del sistema de salud.


- Garantizar la atención del servicio de urgencias a la población migrante.
- Revisar y actualizar el plan de emergencia hospitalaria con el propósito de responder adecuadamente al fenómeno migratorio de Venezuela.
- Garantizar la vacunación de la población que demande el servicio, cumpliendo con el esquema definido para Colombia.

DEFINICION DE CASO PARA LA VIGILANCIA DE DIFTERIA

- Paciente que presente un 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, dolor de garganta, aumento del volumen del cuello, fiebre, cefalea y grado variable del compromiso del estado general. La enfermedad puede afectar otras localizaciones como mucosa y piel.

INTENSIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA SARAMPIÓN Y RUBEOLA

- Aumento de la notificación de casos en la región de Europa y la confirmación de un caso importado de Argentina.
- OPS/OMS Fortalecer las actividades de vigilancia y tomar las medidas adecuadas para proteger a población.
- Difundir y al protocolo de vigilancia en Salud Pública de Sarampión y Rubeola.
- Notificar de manera inmediata todo caso sospechoso

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

- Toma inmediata de muestras para el diagnostico por laboratorio: Suero, Hisopado Nasofaríngeo y orina.
- IEC a las 48 horas por el Equipo de Vigilancia de Salud Publica.

ALERTAS NACIONALES

Acorde con el clima histórico y predicción climática, en el análisis de la morbilidad por infección respiratoria aguda, se puede esperar un mayor de casos en la región Caribe, específicamente para los departamentos de Cartagena, Santa Marta y La Guajira.

En la región andina, se espera se aumente la detección de casos en Boyacá y Santander y se presente un incremento de casos por IRA.

Para la región de Amazonia se espera un aumento de casos especialmente en el departamento de Guaviare. En las demás regiones se registra un menor número de casos con posible aumento en la región pacífica en los departamentos de Valle del Cauca y Nariño.


6. Unidad de análisis

Evaluar conocimientos adquiridos de la temática Salud Mental (SIVIM, SISVECOS, VESPA –ODISPA desarrollada en el COVE.

Se realiza por grupos, explicando a los participantes la metodología y objetivos de la unidad de análisis, seguido de san las respuestas por grupos y se confirma dichas por el referente del subsistema.

7. SIVIGILA: Tableros de Control y varios

Se realiza socialización de tableros de control por parte de la epidemióloga Adriana Heredia donde se enfatiza en el envío oportuno de la BAI, también se muestran los indicadores de oportunidad de notificación donde se evidencia que el evento con menor oportunidad es la tuberculosis, se recuerda que la SDS tiene en este momento un plan de choque donde la mortalidad perinatal y materna, mortalidad por IRA y desnutrición aguda pasaron a hacer de notificación inmediata y de envío inmediato.

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|  | 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 16 |
| | | FECHA: 14/02/2017 |

DECISIONES Y CONCLUSIONES

Desde los subsistemas de Salud Mental se socializaron los resultados de los eventos en la localidad Usaquéen junto con su notificación y comportamiento del primer semestres 2017, se aclararon conceptos en los formatos de notificación y actualización de datos.

| COMPROMISOS Y TAREAS A REALIZAR | RESPONSABLE | FECHA |
|---------------------------------|-------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| FIRMAS DE LOS ASISTENTES | | |
|--------------------------------|-------|--------------------|
| NOMBRE | FIRMA | CORREO ELECTRONICO |
| Se anexa listado de asistencia | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ACTA DE REUNIÓN

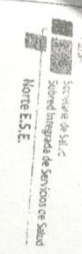
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTION DOCUMENTAL

CODIGO:GD-F-10-03

VERSION: 3

PAGINA: 12 DE 16

FECHA: 14/02/2017

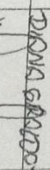
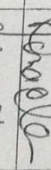
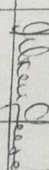
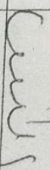
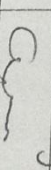



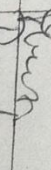
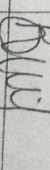
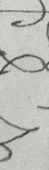
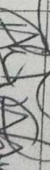


PLANILLA DE REUNIÓN

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

REUNION: COVE LOCAL
Entidad

FECHA: 29 de Septiembre / 2017

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA | CORREO ELECTRONICO | TIPO DE VINCULACIÓN | | | FIRMA |
|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------------------|---------------------|----------|------|---|
| | | | | PLANTA | CONTRATO | OTRO | |
| DIANA PATRICKO | AUX ENFERMERO | CLINICA CALINA | solujad@medicoribocollina.com | | | |  |
| NIOMY ELIENOR ESTAYAN | Enfermera | CLINICA CALINA | meostryan@medicoribocollina.com | | | |  |
| MARILYN GONZALEZ | Enfermera | CLINICA CALINA | marilyn@medicoribocollina.com | | | |  |
| GABRIELA SANDER | Aux enfermera | CLINICA CALINA | gabrielasander@medicoribocollina.com | | | |  |
| MARCELA CORREA | Aux enfermera | CLINICA CALINA | marcela@medicoribocollina.com | | | |  |
| ANA CLAYCO | Aux enfermera | CLINICA CALINA | anaclayco@medicoribocollina.com | | | |  |
| FULCRATA LACOSTA | Aux enfermera | CLINICA CALINA | fulcrata@medicoribocollina.com | | | |  |
| MARLENE PEREZ | Aux enfermera | CLINICA CALINA | marlene@medicoribocollina.com | | | |  |
| BIANCA BLANCO | Enfermera | CLINICA CALINA | bianca@medicoribocollina.com | | | |  |
| CLAUDIA GONZALEZ | Enfermera | CLINICA CALINA | claudia@medicoribocollina.com | | | |  |
| CLAUDIA GONZALEZ | Aux Enfermera | CLINICA CALINA | claudia@medicoribocollina.com | | | |  |
| FRANCA JARAMILLO RAMIREZ | Enfermera | CLINICA CALINA | franca@medicoribocollina.com | | | |  |

ACTA DE REUNIÓN


CODIGO:GD-F-10-03

VERSION: 3

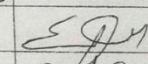
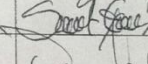
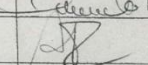
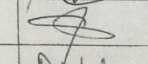
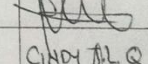
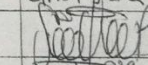
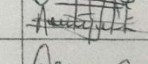
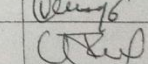
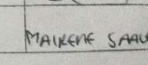
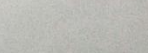


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTION DOCUMENTAL

PAGINA: 13 DE 16

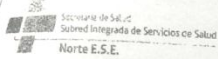
FECHA: 14/02/2017

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|  | 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: COME LOCAL En HODG | FECHA: 29 de Septiembre 2017 |
|--------------------------------|------------------------------|

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA | CORREO ELECTRONICO | TIPO DE VINCULACIÓN | | | FIRMA |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|----------|------|---|
| | | | | PLANTA | CONTRATO | OTRO | |
| Eneida Quijano | Epidemiólogo | USP | eneidaqui@guila | | X | |  |
| Sandra M Gómez P. | Enfermera | Viva la Sube | sgomez@viva.la.com | | X | |  |
| Daniela Rodríguez V. | Bacteriología | Medicentro Andino | medicentro.andino@guila | | X | |  |
| Adriana Ruiz | Bacteriología | CER Dr Arsenio Umbano | am-um@hotmail.com | | X | |  |
| ELIZABETH Triayero | Enf. Aux | USS GAITANA I | epozpogaitana@subrednorte.gov.co | X | | |  |
| Jenny López Mora | Enfermera | Hermano O. Infected | enfermera bogota@hermanos.com | X | | |  |
| Cindy Johana Leguizamón | Aux. Enfermería | Unión Médica del Norte | unionmedicadelnorteips@yahoo.com | | X | |  |
| Jenny Rocío Beltrán | Aux. Enfermería | Unimedica M.P. | Auxiliar@unimedica.com | X | | |  |
| Astrid Judith Orjuela Bautista | Asistente Administrativa | Centro Médico Corpas Lisboa | astrid.orjuela@suinn | | X | |  |
| Deisy González | Enfermera | Clinica Colsonatal RB | dgonalez@colsonatal.com | X | | |  |
| USUBORIS PEREZ | ENFERMERA | COMENA SUBE | usuboris.perez@comena.com.co | | | |  |
| Mairene Saavedra | Aux. Enfermera | CAFAM | epidemiologia.cafam@cafam.com.co | | X | |  |

| | | |
|---|---|-------------------|
|  | 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 16 |
| | | 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: COVE LOCAL
Entrada FECHA: 29 de Septiembre /17

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA | CORREO ELECTRONICO | TIPO DE VINCULACIÓN | | | FIRMA |
|----------------------|-----------------------|----------------------------------|--|---------------------|----------|------|--------------------|
| | | | | PLANTA | CONTRATO | OTRO | |
| Milena Avila Delgado | Aux Enfermera | PAPS SCRIBINI PAPS SAN CARLOS | caps milenaavila@vila@gmail.com | X | | | <i>[Signature]</i> |
| Ara Maria Pacheco | Auxiliar Enferm | UNPS SUBA | arapacheco1987@gmail.com | | X | | <i>[Signature]</i> |
| Viviana Fernando | Enfermera | Cts. Portal Norte | exp.comportalnorte@cdsubsidio.com | | | | <i>[Signature]</i> |
| Edward Álvarez | Trabajador Social | IPS Especialidad | edward.alvarez@ips especializade.com.co | | X | | <i>[Signature]</i> |
| Angélica Casallas | Lidera ortodon | Subred Norte | Lideraspractaortodon @gmail.com | | X | | <i>[Signature]</i> |
| Martín de Garsa | Vecdora | Subred Norte | matis0436@gmail.com | | | X | <i>[Signature]</i> |
| Manuela Jaramila | Bodisloga | clinica la Colina | manuajaramila@yahoo.com | | | | <i>[Signature]</i> |
| Perla Soriano | Sup. Auxiliar | epidemiologia | perlasoriano@cdsubsidio.com | | | | <i>[Signature]</i> |
| Enke Daniela Vargas | Aux Enfermera | AYE Nizet | ENKEDANIELA@gmail.com | | | | <i>[Signature]</i> |
| Leidy Pizarri Gil | Auxiliar Enfermera | Sección colapsido Subred | administracion.en fermeria@cds.com | X | | | <i>[Signature]</i> |
| Athina C. Pérez | Coordinadora | Subred | athinamedia@cds.com @gmail.com | | X | | <i>[Signature]</i> |
| Liliana Bustos | Aux Enf. | Sinergia cooperativa | liliana.bustos@co | | | | <i>[Signature]</i> |

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 6 A No. 119B-14
 Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41
 Tel.: 6583030/ 3499080
 www.subrednorte.gov.co
 Info: Línea 195



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 16

FECHA: 14/02/2017

| NOMBRE | | CARGO | DEPENDENCIA | CORREO ELECTRONICO | TIPO DE VINCULACIÓN | | | FIRMA |
|----------------------|--|---------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------|------|---------|
| | | | | | PLANTA | CONTRATO | OTRO | |
| Phonny Aldana Prieta | | ENFERMERA | SAIUDTOTA VSSub | phn_1017@cdh.medical.com | X | | | [Firma] |
| Tatiana Guzmán | | ENFERMERA | CUMBOLIVOS JMA | cumbolivos.bra@colcom | | X | | [Firma] |
| Cecilia al Pérez | | enfermera | Bienestar IPS | eufalcausa@bota.com | X | | | [Firma] |
| Stretkamp Vargas | | Asistente | clinsankos ilora | enfermeria@clinsankosilora.com | X | | | [Firma] |
| Daisy Rodríguez | | ENFERMERA | ESPAE SAPOL | daisyros@espol.com | X | | | [Firma] |
| Angelina Noza B. | | Enfermera | Cl. Shario | endemiologia@shario.org | X | | | [Firma] |
| Enka Villamil | | dux Enfermera | Fundación Centro Materno Infantil | cmifundacion@gmail.com | | | | [Firma] |
| Marta Patricia Ortiz | | Enfermera | Santos Suba | mpatricia@santos.com | X | | | [Firma] |
| Angela Rodríguez | | Asistente | Hospital San Bartolomé | aparaza@hospital.com | X | | | [Firma] |
| Angie Rodríguez | | Practicante | Caracol TV | Enf-sal-oc@caracoltv.com.co | | | | [Firma] |
| Maryluz Bastida | | ENFERMERA | VINATA COMPENS COHE 118 | 07FCPP@colhe118.com.co | | | | [Firma] |
| Doris Zambrano | | REF SUSSECA | USP. Epidemiología | dsussecache@uspa.com | | X | | [Firma] |

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 16

FECHA: 14/02/2017

SECRETARÍA DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
NORTE E.S.E.

PLANILLA DE REUNIÓN

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

CODIGO:GD-F-08-01
VERSION: 1
PAGINA: 1 DE 1
FECHA: 08/11/2016

REUNION: COUC LOCAL
Entrada

FECHA: 29 de Septiembre 2017.

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA | CORREO ELECTRONICO | TIPO DE VINCULACIÓN | | | FIRMA |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---|---------------------|----------|------|-------|
| | | | | PLANTA | CONTRATO | OTRO | |
| Jennifer Herrera | Auxiliar Administrativa | Fundación Gran Salud IPS | admofundgran.saludips@gmail.com | | X | | |
| Paula Jimenez | Enfermera jefe | EPS sanitas de la UGB | pajamajia@tobanitas.com | X | | | |
| Angela Rosero Vargas | Lider PAT | SISS Norte | paibrahno@elama.com | | X | | |
| Rubiela Velásquez | Enfermera | Colsubsidio Héroles | atercionclente.centro medicomazuz@colsubsidio.com | X | | | |
| Deily Bernal Fonseca | AuxEnter | cepain IPS | covecepain@gmail.com | X | | | |
| John Ramirez C | Epidemiólogo | UyE | janirezchocane@gmail.com | | X | | |
| Ruth Vega | Profesional A. | Subred Norte | rubasivisikrednorte | X | | | |
| Isabel Cristina Cardenas | Tec. Aux Enferme. | Subred Norte | Ciscar_09@hotmail.com | X | | | |
| Adriana Herrera | Epidemióloga | Subred Norte | vigilanciaspenpactores@gmail.com | X | | | |