	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

No DE ACTA	FECHA: 25/11/2022
REUNIÓN: COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COVE LOCAL ENGATIVA Y SUBA	


ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	ÁREA/ENTIDAD
SE ANEXA LISTADOS DE ASISTENCIA		

ORDEN DEL DÍA / AGENDA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación Comité De Vigilancia Epidemiológica, Lectura Del Acta Anterior 2. Comportamiento Notificación VSPC 3. Unidad De Análisis 4. No Transmisibles 5. VSA-Evento Rábico 6. Receso 7. Notificación Salud Sexual Y Reproductiva 8. SISVAN Notificación Rutinaria 9. Varios (SIVELCE-SIVIGILA) 10. Evaluación-Cierre Comité De Vigilancia Epidemiológica.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES
--

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
N. A	N. A	SI _____	NO ____x____	N. A

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
<p>1. Instalación Comité De Vigilancia Epidemiológica, Lectura del acta anterior</p> <p>Siendo las 8:14 am Jhon Estiven Marín Epidemiólogo da apertura a COVE Local de las localidades de Engativá y Suba, haciendo presentación a los participantes de la agenda del día, metodología de trabajo para la sesión, se comparte enlace para las personas de las UPGD que desean participar de manera virtual en el desarrollo del COVE local a través del siguiente enlace: https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19:meeting</p>

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 2 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

_MzQ4MTU0YTA†MmFkNi00NmRiLWFiMDE†OTBhZTVIM
zhOTc1@thread.v2/0?context=%7B%22id%22:%2204
260e20-234c-4c9f-a9dd-79286b1b70ac%22,%22Oid%22:
%2265eff1c4-7bd6-4372-bfad-be27a95b200c%22%7D


2. Comportamiento Notificación VSPC

Estiven Marín epidemiólogo y líder operativo del equipo de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, realiza intervención informando generalidades de la VSPC como La Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), relatando que es un Subsistema y una estrategia, enmarcada en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y determinantes que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas, a partir de la identificación de problemáticas colectivas en las comunidades, se indaga a los participantes cuales creen que pueden ser problemas colectivos, para lo cual surgieron respuestas de brotes en instituciones, la parte ambiental las basuras, Consumo de sustancias Psicoactivas, Vendedores informales(Invasión del espacio público).

Expone que el objetivo general de la Vigilancia comunitaria es Vigilar la salud de las personas en sus diferentes organizaciones comunitarias del Distrito Capital, haciendo énfasis en los grupos más vulnerables y Priorizar la vigilancia en salud en las comunidades, grupos poblacionales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, control oportuno de los riesgos, daños y contingencias sanitarias , informa que desde ella se contempla diferentes ejes a través de los cuales se identifican los problemas, uno de ellos es el Eje Ambiental donde entra todo el tema de contaminación, mal manejo de residuos, tenencia inadecuada de animales, el Eje Social donde entra el consumo de SPA, habitante de calle, Violencia y riñas, y el Eje de salud que tiene que ver con el aseguramiento, haciendo énfasis que se tienen unas unidades notificadoras comunitarias quienes son las que reportan los distintos problemas colectivos que ocurren en los territorios.

Se explica las estrategias del plan de acción de la VSPC las cuales están enmarcadas en el acercamiento como líderes comunitarios realizando Asistencias técnicas, Investigaciones Socio epidemiológicas de Campo, Recorridos Barriales, identificando las necesidades o problemáticas de los territorios, para posteriormente realizar la notificación de Problemáticas Colectivas – PCO para posterior canalización o intervención de manera sectorial o intersectorial de acuerdo a lo identificado en los territorios.

Posteriormente el líder del componente hace la presentación de los indicadores de la VSPC en donde se socializa los mayores problemas de ambas localidades, haciendo énfasis que uno de los mayores problemas identificados es con relación a los residuos sólidos, Tenencia inadecuada de animales(Excretas , maltrato, abandono) infiriendo que

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 3 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

ambas localidades tienen muy pocos espacios verdes que permitan gozar de una buena calidad de vida y con ello brindar espacios idóneos para la tenencia de animales.

Para la localidad de Engativá Tanto en 2021 como en 2022, el Manejo inadecuado de residuos sólidos al igual que fue la problemática principal de la comunidad siendo el 43,4% y el 36,1% respectivamente. Seguido se encuentra otras PCO con temáticas que resume situaciones de incumplimiento de protocolos de bioseguridad, aglomeraciones y afectaciones de la salud mental en persona mayor; representando el 43,4% en 2021 y el 47,5% en 2022. y Finalmente, la Tenencia Inadecuada de animales y riesgo de zoonosis con el 13,2% y el 16,4% para cada año, La mayor notificación se encuentra distribuida en la UPZ Las Ferias siendo el 26,1% (18 casos) en 2021 y 21,8% (17 casos) en 2022. En segundo lugar, la UPZ Engativá con el 18,8% (13 casos) y 23,1% (18 casos).

Por su parte para la localidad de suba Tanto en 2021 como en 2022, el Manejo inadecuado de residuos sólidos al igual que fue la problemática principal de la comunidad siendo el 62,5% y el 41,9% respectivamente. Seguido se encuentra la tenencia inadecuada de animales y riesgo de zoonosis con el 25% y el 18,6% para cada año. y finalmente, otras PCO con temáticas que resume situaciones de incumplimiento de protocolos de bioseguridad, aglomeraciones y afectaciones de la salud mental en persona mayor; representando el 12,5% en 2021 y el 39,5% en 2022, La mayor notificación se encuentra distribuida en la UPZ Rincón siendo el 32,9% (26 casos) en 2021 y 54,2% (45 casos) en 2022. En segundo lugar, la UPZ Tibabuyes con el 31,6% (25 casos).

Se da cierre de la presentación de profesional de VSPC.

3. Unidad De Análisis

Para el desarrollo de la unidad de análisis se comparte a través de código QR, enlace para desarrollo de pre tes, en donde las personas que participan de manera virtual y presencial son partícipes del desarrollo de las preguntas realizadas.

4. No Transmisibles.

Realiza intervención Diana Rodríguez, Profesional de gestión de información de Crónicos Subred Norte, quien inicia indagando a los participantes cuales serían los posibles eventos que se podrían reportar para crónicos, algunas de las respuestas fueron: Cáncer de mamá, Cáncer de cuello uterino, cáncer de niños o menores de 18 años.

Seguidamente, informa que el objetivo es lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos y continuos, inicio de terapias en estadios iniciales y disminución de mortalidad, describe el diagrama de cuidado de cáncer.

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

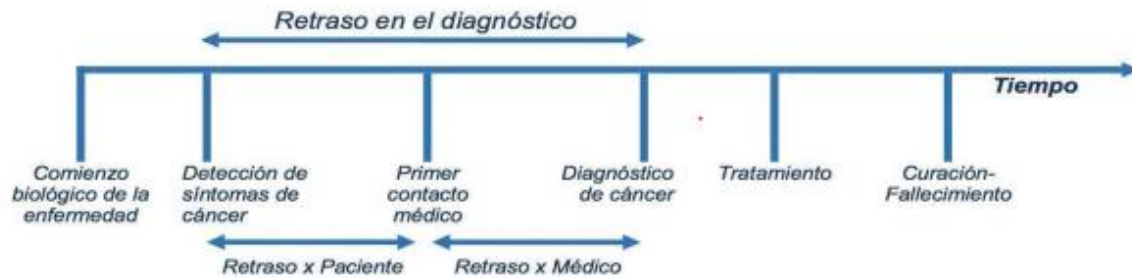
VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 4 DE 34

FECHA: 06/04/2021

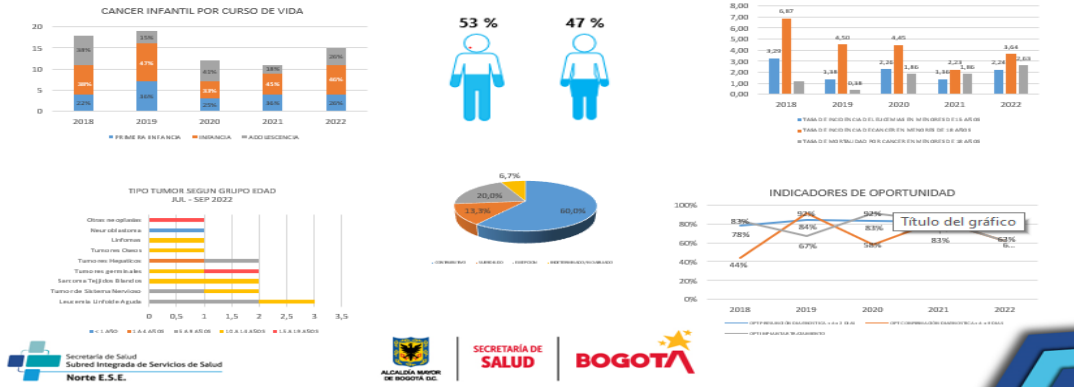
Figura 1. Retraso diagnóstico en el diagrama de cuidado de cáncer.



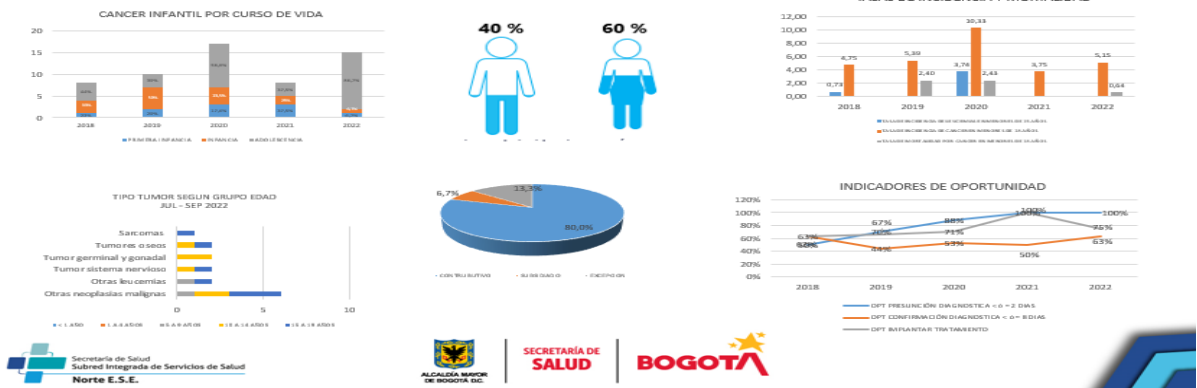
Recalca que el retraso en el diagnóstico puede interferir en el manejo de la enfermedad, explica que las definiciones operativas de **CASO PROBABLE**: MENORES DE 18 AÑOS, HALLAZGOS examen físico, resultados de pruebas de laboratorio o imágenes diagnósticas, sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer, **CASO CONFIRMADO** neoplasia maligna o cualquier tumor del sistema nervioso central o intestinal identificados a través de certificado de defunción, mielograma y/o histopatología y/o inmunotipificación, evidencia indirecta del compromiso en muestras citológicas de líquidos corporales, diagnóstico clínico dado por un grupo médico **RECAIDA**: retorno de la enfermedad, previamente en remisión completa, diagnosticadas por el grupo médico tratante, **SEGUNDA NEOPLASIA**: aparece en personas tratadas previamente por un tumor primario diferente al actual, el segundo tumor debe ser asincrónico.

Expone los indicadores de Cáncer Infantil para las localidades de Suba Y Engativá:

SUBA – CANCER INFANTIL



ENGATIVA – CANCER INFANTIL



A continuación, la profesional hace claridad frente a la calidad del dato de la notificación de la ficha de notificación como oportunidad en la notificación – 7 días entre la notificación y la consulta – vs fuente bai, casos confirmados y descartados deben tener diligenciado los criterios de diagnóstico definitivo, casos confirmados deben tener fecha de inicio de tratamiento, la información de segunda neoplasia o recaída debe ser coherente con la variable fecha de diagnóstica inicial, el cual corresponde al primer diagnóstico, casos ajustados deben ingresar en SIVIGILA información de laboratorio muestra: 4 tejido – 19 mo, prueba: g3 bx – 30 patol –d4 resonancia, 90 tomografía 65 aspirado de medula agente: 8 resultado: 1 (confirmados), 2 (descartados).

La profesional da continuidad a la presentación de protocolo de vigilancia cáncer de mama y cuello uterino código 155 grupo de enfermedades no transmisibles INS. Explica las

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 6 DE 34

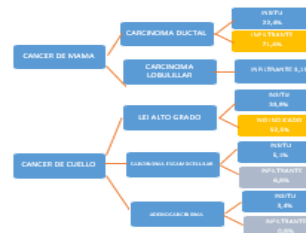
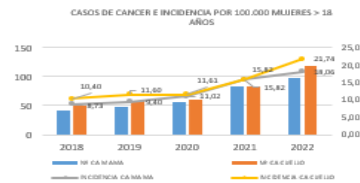
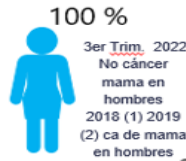
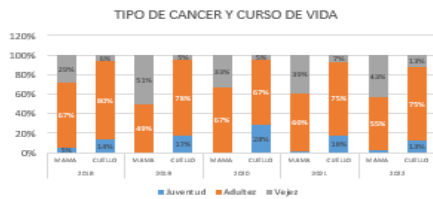
FECHA: 06/04/2021

definiciones operativas para los casos **CONFIRMADO POR BIOPSIA DE MAMA:** Mujer u hombre con diagnóstico de cáncer de mama, Diagnostico por estudio histopatológico, Confirmado por primera vez (nuevo) con biopsia, **CASO CONFIRMADO POR BIOPSIA DE CUELLO UTERINO:** Mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino NIC 2 y 3, cáncer de células escamosas, adeno carcinomas Confirmado por primera vez (nuevo) con biopsia.

Refiere que la periodicidad del reporte es a través de la fuente de datos – fichas de notificación – bai, notificación obligatoria – semanal – BAI a partir de RIPS, realimentación semanal a aseguradoras - oportunidad TTO

expone los indicadores de cáncer de mama y cuello uterino para las localidades de Suba y Engativá:

SUBA – CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO



ACTA DE REUNIÓN

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

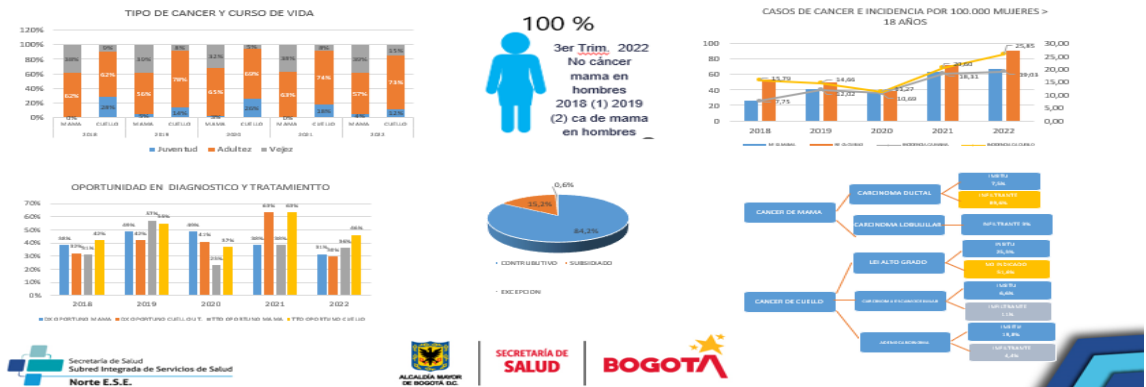
CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

PÁGINA: 7 DE 34

FECHA: 06/04/2021

ENGATIVA – CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO



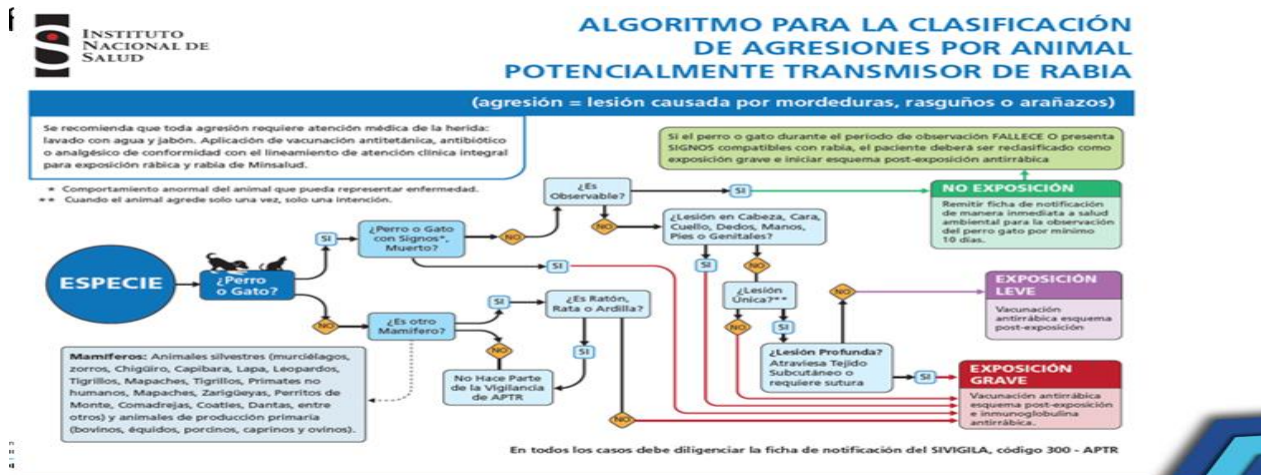
Para finalizar la intervención la profesional hace énfasis en el respectivo diligenciamiento de la ficha de notificación con calidad del dato haciendo las siguientes presunciones oportunidad en la notificación – 7 días entre la notificación y la consulta – vs fuente bai, secuencia lógica – la fecha de inicio de síntomas siempre debe ser anterior a la fecha de toma de biopsia registrada en datos complementarios, oportunidad en toma de muestra y resultados de patología, coherencia en las variables de biopsia de exocérvix y endocérvix, teniendo en cuenta que alguna de las dos debe estar positiva, seguimiento y ajuste a información de tratamiento, al tratarse de un caso confirmado de manera obligatoria se debe ingresar la información de la patología en SIVIGILA.

5. VSA-Evento Rábico


Realiza intervención Perla Ángel y Yesica Hernández referentes de Agresiones Por Animales Potencialmente Transmisores De Rabia (APTR) CÓDIGO INS:300 para la localidad de Engativá y Suba, quien realiza socialización de la actualización realizada por parte del Instituto Nacional de salud al protocolo de vigilancia integrada de la Rabia y al lineamiento de atención clínica integral para exposición rábica y rabia. Donde se expone la situación actual de casos de rabia animal y humana en Colombia y se exponen los cambios realizados a los parámetros para realizar la clasificación de los tipos de exposición presentadas en pacientes agredidos por animales potencialmente trasmisores de rabia como lo son: 1. Lesiones profundas en cualquier localización anatómica se consideran exposiciones graves, 2. Si el animal está muerto o fallece al momento de la consulta se considera exposición grave sin importar el tipo de lesión.



También se socializa el cambio en el esquema de vacunación antirrábica quedando de la siguiente manera: se aplica dosis de vacuna los días 0, 3, 7 y 14 para pacientes inmunocomprometidos se recomienda una dosis adicional que debe ser aplicada entre el día 21 y 28. Para reexposición si han pasado menos de 3 meses de terminado el esquema de vacunación post exposición (4 dosis), pero si han transcurrido más de 3 meses se deben aplicar dos (2) dosis intramusculares de vacuna correspondientes a los días 0 y 3, acorde a las indicaciones ya mencionadas para este tipo de aplicación. Cuando el paciente ha presentado reexposición y previamente ha recibido al menos 2 dosis de vacuna se considera que cuenta con un esquema preexposición completo y se deben aplicar dos (2) dosis intramusculares de vacuna correspondientes a los días 0 y 3.



En cuanto a la aplicación de inmunoglobulina antirrábica se indica el cambio en el lugar de aplicación se aplica en el sitio de contacto la mayor cantidad de inmunoglobulina anatómicamente posible y el resto se aplica intramuscular (en menores de 2 años siempre en vasto externo, en mayores de 2 años, si la exposición fue en cabeza, tronco y extremidades superiores, aplicar en deltoides y en extremidades inferiores en vasto

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 9 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

externo).

ESQUEMA / OPCIÓN	DOSIS	DÍAS DE APLICACIÓN DE CADA DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	JERINGA Y CALIBRE DE LA AGUJA
Post- exposición intramuscular	Cuatro dosis de 0.5 ml o 1 ml según la presentación	0, 3, 7, 14	INTRAMUSCULAR (NO aplicar en glúteos, ni intravascular) <u>Niños menores de 2 años</u> Vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo <u>Niños mayores de 2 años y adultos</u> Tercio medio de la región deltoidea del brazo.	Jeringa de 1 ml calibre 23 G x 1", 22 G 1½ ó 22 G x 1¼

Ilustración 2. Sitios de aplicación de vacuna intramuscular



Fuente: MMWR: General recommendations on immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2006 (115).

⊗ No aplique la vacuna en glúteos (según OMS: esa región es menos fiable por lo que se refiere a inducir una respuesta inmunitaria adecuada), ni intravascular.

Se finaliza con generalidades en relación al uso de la Inmunoglobulina e información general de la ficha de notificación. Finalmente socializa los números de contacto de los referentes para la localidad de Suba Perla Ángel teléfono 3142793640 y para la localidad de Engativá Yesica Hernández teléfono 3212471522.

6. Receso

Dando cumplimiento a la agenda prevista se propone un receso de 15 min iniciando a las 9:20 AM – 9:40 am.

7. Notificación Salud Sexual Y Reproductiva

Realiza intervención profesional Jenny Rueda del Componente de Salud Sexual Y Reproductiva de la subred norte quien inicia dando a conocer el objetivo del componente el cual es desarrollar acciones de identificación, canalización y seguimiento de gestantes y recién nacidos en el marco de la estrategia Distrital Embarazados, todos por la vida y en coherencia con las RIAS de promoción y mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal.

EVENTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD MATERNO INFANTIL

- Morbilidad Materna Extrema
- Mortalidad Materna
- Mortalidad perinatal-neonatal
- Anomalías Congénitas
- Sífilis Gestacional y Congénita

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 10 DE 34

FECHA: 06/04/2021


- Transmisión materno – perinatal de VIH y Hepatitis

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (EVENTO 549): DEFINICIÓN DE CASO

- CASO CONFIRMADO CLÍNICAMENTE: Se define un caso de morbilidad materna extrema como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.
- AJUSTE 6: Caso morbilidad materna extrema que terminaron en muerte materna deben contar con ajuste 6.
- AJUSTE 7: Posterior a la notificación inmediata, el caso de morbilidad materna extrema debe contar con ajuste 7 para completar o actualizar información contenida en los datos complementarios, tales como: fecha y tipo de egreso, criterios de inclusión, entre otros.

OBSERVACIONES DE LAS PRINCIPALES FALLAS EN LA NOTIFICACIÓN

- Si colocan el código 549 por error o porque al ingresar verifican y no cumple con los criterios no eliminar así no guarden automáticamente se envía notificación al INS
- Los ajustes realizados entre la misma semana del caso notificado quedan como actualizaciones y posteriormente deben dar ajuste 7 para que se vean reflejados en la base de SIVIGILA
- Si la paciente termina una hospitalización y reingresa a los dos días y cumple criterios se debe notificar.
- No se debe notificar si el caso está hospitalizado y cambia el mes o cambia algún criterio en este caso se hace un ajuste 7 y se modifica.
- El criterio de notificación de **Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia es:** para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la mujer y **NO CORRESPONDE A Cesáreas, histerorrafias o revisión uterina**
- Si la ficha en la variable de **TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN**, opción 5 CONTINÚA EMBARAZADA, en la **POBLACIÓN GESTANTE** debe registrar 1 (embarazada SI) y **REGISTRAR LAS SEMANAS DE GESTACIÓN** (Esta variable puede llevar más de un registro ejem (embaraza 1, las semanas y migrante)
- En relación al ajuste de los antecedentes gineco obstétricos, se está solicita que el número de gestación debe coincidir con los productos, ejemplo:
 - Gestaciones 3, Parto Vaginal 1, Cesárea 2
 - Gestación 2, Cesárea 1 (terminación de Gestación 5) continúa embarazada
 - Se registra el número del evento o se registra 0 (2 no hace referencia No)
- Variable **FECHA DE EGRESO** al terminar la hospitalización o la fecha de remisión a la otra institución, pero se debe tener en cuenta:
 - Si está hospitalizada en primer nivel y paso a tercer nivel, el primer nivel

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 11 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

coloca la fecha del día de remisión y el tercer nivel el de la finalización de la hospitalización.

- Variable **REGISTRAR LA CONDICIÓN FINAL DE EGRESO**, donde se debe registrar
 - 1 sale para la casa.
 - 2 sale remitida


MORTALIDAD MATERNA (EVENTO 551): DEFINICIÓN DE CASO

- ❖ **DEFUNCIÓN MATERNA TEMPRANA:** La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
- ❖ **DEFUNCIÓN MATERNA TARDÍA:** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- ❖ **DEFUNCIÓN RELACIONADA CON EL EMBARAZO:** Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.
- ❖ **MUERTES MATEERNAS PRODUCIDAS POR CAUSAS COINCIDENTES:** Según el documento de OMS frente a revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna (15, 16), se consideran aquellas muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales, ataque – agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, etc.
- ❖ **MUERTE MATERNA DUDOSA:** Son aquellas en las cuales el certificado de defunción no cuenta con información sobre el antecedente del embarazo o aquellos en los cuales se presenta un antecedente de embarazo negativo pero las causas de muerte no permiten descartar el caso.

OBSERVACIONES DE LAS PRINCIPALES FALLAS EN LA NOTIFICACIÓN

Estas principales fallas se han presentado entre SIVIGILA y RUAF, porque se identifica la falta de coherencia.

- Nombre del paciente.
- Documento del paciente.
- Dirección de residencia.
- Departamento de residencia.
- Municipio de residencia.
- Localidad de residencia.
- Aseguradora del paciente.
- Causa directa de muerte.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 12 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

SVEMMBW

Es un aplicativo administrado por el instituto nacional de salud para la búsqueda activa, notificación y análisis de los casos de mortalidad materna.

- La vigilancia del evento se debe hacer notificación negativa semanal y ante un evento debe ser registrado entre las 24 hora del evento y la notificación en SIVIGILA.


MORTALIDAD PERINATAL-NEONATAL (EVENTO 560): DEFINICIÓN DE CASO

- ❖ CASO CONFIRMADO CLÍNICAMENTE: Muerte perinatal: es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Muerte neonatal: es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en:
 1. Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)
 2. Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).
- ❖ CASO DESCARTADO: Ajuste 6: caso que no cumple con definición operativa después de realizar análisis individual. Ajuste D: caso con error de digitación en el número de documento de la madre en datos básicos.
- ❖ AJUSTE 7: Ajuste en variables para garantizar completitud y calidad del dato.

OBSERVACIONES DE LAS PRINCIPALES FALLAS EN LA NOTIFICACIÓN

Estas principales fallas se han presentado entre SIVIGILA y RUAF, porque se identifica la falta de coherencia.

- Nombre del paciente.
- Documento del paciente.
- Dirección de residencia.
- Departamento de residencia.
- Municipio de residencia.
- Localidad de residencia.
- Aseguradora del paciente.
- Causa directa de muerte.
- Peso del feto.
- Semanas de Gestación.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 13 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

- Sexo del feto.

DEFECTOS CONGÉNITOS EVENTO 215: TODO CASO NOTIFICADO COMO TIPO 2:

- Debe tener ajuste de confirmación o descarte a las 4 semanas epidemiológicas siguientes.
- Si son prenatales realizar seguimiento con la EAPB y al nacer realizar el ajuste, ningún caso a fin de año puede quedar sin confirmar o descartar
- En caso del hipotiroidismo se deben ingresar los laboratorios en cara b y pestaña de laboratorios en un tiempo no superior a las 4 semanas epidemiológicas siguientes

VARIABLES QUE DEBEN TENER COHERENCIA ENTRE RUAF Y SIVIGILA EN 850 Y 215


- Documento identidad
- Aseguradora
- Localidad de residencia
- # certificado
- Fecha de defunción
- Causa directa de muerte

VIH EVENTO 850: EN CUANTO A LOS LABORATORIOS:

- Ingresar el valor **positivo o reactivo** y adicionalmente en caso de las cargas virales y en las pruebas rápidas especificar si fue de **tercera o cuarta generación** o las casas comerciales de cada una.
- Cuando se realiza el diagnostico con dos elisas o dos rápidas de diferente casa comercial, pero en la misma fecha se debe poner una con tipo de muestra en sangre y otra en suero para que no sean borradas por el aplicativo SIVIGILA.
- No olvidar el ingreso en la cara B de la ficha de notificación de la segunda prueba y si es una gestante se debe poner la tercera prueba con la que se confirmó el diagnostico, Carga viral o Wester, la cual debe coincidir con la ingresada en la pestaña de laboratorio.

NO OLVIDAR:

- Con relación a VIRUELA DEL MONO todo caso identificado nuevo con VIH no notificado se debe garantizar sus pruebas y su notificación bajo el código 850, así mismo las instituciones deben continuar con el seguimiento a los pacientes que ya viven con VIH a fin que reciban su tratamiento de manera habitual sin interrupciones.
- Cada caso con VIH confirmado debe notificarse con todos sus laboratorios cumpliendo con el algoritmo diagnostico sin excepción, ningún caso puede ser subido al SIVIGILA sin ingresar los laboratorios, ya que este ingresa confirmado por laboratorio.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 14 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

SIFILIS GESTACIONAL

EN CUANTO LABORATORIOS

- Se deben ingresar solo por laboratorio a la paciente idealmente se debe realizar las dos pruebas al tiempo tanto treponémica como serológica las cuales debe ser positivas y serología reactiva en cualquier dilución mayor a 1 día.
- Se debe tener en cuenta la residencia de la usuaria si lleva menos de 6 meses se debe ajustar el país de residencia al país desde donde procede

SIFILIS CONGENITA

EN CUANTO AL LABORATORIO

- La sífilis congénita ingresa por tres criterios por nexos, madre si tratamiento adecuado para prevenir la sífilis, haber recibido mínimo una dosis de tratamiento 30 días antes al momento del parto. Por laboratorio que excede dos diluciones por encima a la mama y por clínica que el bebe presente alguna manifestación clínica de las que se encuentran relacionadas en el protocolo.
- En la pestaña de laboratorios como se ingresa el laboratorio de la serología del recién nacido tomada de sangre total

HEPATITIS B y C: EN CUANTO LABORATORIOS

El caso ingresa al SIVIGILA con el antígeno de superficie para hepatitis B a clasificar y se tiene 4 semanas epidemiológicas para ajustar la clasificación para ello se deben cargar los 2 exámenes de laboratorio faltantes Anticuerpos para hepatitis B Core total e IgM para poder clasificar como aguda o crónica según sea el caso. Debe coincidir la cara B con la pestaña de laboratorios.

8. SISVAN

La epidemióloga referente de SISVAN de la Subred Norte da inicio a la intervención con la realización de un pre-test, para ser diligenciado a través del siguiente enlace:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSclak67k08WJggI0eAPIDNbx-cj-qsyKxX54DZA/viewform?usp=sf_link.

Posteriormente, inicia informando que la notificación rutinaria según el decreto 057/2022, es responsabilidad de las UPGD: notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria para los fines propios del sistema de Vigilancia Alimentaria y nutricional- SISVAN.

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 15 DE 34

FECHA: 06/04/2021


Con respecto a la notificación obligatoria, todos los integrantes del sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, que generen información de interés en salud pública, deben realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados para el SISVAN y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

Dentro del proceso transversal de la Gestión de la Salud Pública en el Distrito Capital, en el componente de vigilancia epidemiológica, línea acción de los eventos no transmisibles, se encuentra el subsistema de Vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISVAN -, el cual funciona desde el año 1997 como un proceso sistemático, continuo y riguroso, que le ha permitido contar a Bogotá con estadísticas permanentes del estado nutricional de niñas y niños de primera infancia y que progresivamente ha venido incorporando otros grupos prioritarios como son gestantes, recién nacidos y personas mayores.

A continuación, describe que el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN -, se ha consolidado como un proceso sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos, usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de las medidas de control de los problemas alimentarios y nutricionales; La vigilancia epidemiológica en salud pública de la seguridad alimentaria y nutricional, incluye la Vigilancia poblacional del estado nutricional: a partir de la notificación realizada por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas ubicadas en el Distrito Capital, y obtenida desde la prestación de servicios de nivel primario y complementario para las siguientes poblaciones priorizadas: niños y niñas recién nacidos (IPS que atienden partos), niños y niñas menores de 5 años (IPS con Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar, y enfermería para la primera infancia), niños y niñas de 6 a 11 años (IPS con atención en salud por pediatría, medicina general o familiar, y enfermería para infancia), adolescentes de 12 a 17 años (IPS de atención en salud por medicina general o familiar y enfermería para la adolescencia), mujeres gestantes (IPS con consulta de control prenatal) y adulto (IPS con atención en salud por medicina general o familiar).

Se socializa el diligenciamiento adecuado de cada variable correspondiente a la base rutinaria:

Base rutinaria menores de 18 años: Utilice el archivo de Excel que le fue suministrado la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, evento SISVAN, en el que se registró la información para realizar la depuración de los datos.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 16 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

UPGD: Este campo se actualiza automáticamente al ingresar el Código de UPGD. En caso de que la SDS encuentre campos vacíos o #N/A el registro será contabilizado como error en el tablero de control.

Código de UPGD: Verifique que tenga una extensión de 12 dígitos, de lo contrario no se reflejará en la columna A "UPGD" el nombre de la UPGD, lo cual será un error.

En caso de que la SDS encuentre campos vacíos, cantidad de dígitos diferente a 12 o #N/A el registro será contabilizado como error en el tablero de control.

Tipo de UPGD: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:

TIPO UPGD
PRIVADA
PUBLICA

En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Subred: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:

SUBRED
NORTE
SUR
CENTRO ORIENTE
SUR OCCIDENTE

En caso de que la entidad SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Localidad de UPGD: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:

ACTA DE REUNIÓN

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

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

PÁGINA: 17 DE 34

FECHA: 06/04/2021

LOCALIDAD UPGD (Seleccione de la lista)	LOCALIDAD UPGD (Seleccione de la lista)	LOCALIDAD UPGD (Seleccione de la lista)
01. USAQUÉN 02. CHAPINERO 03. SANTAFE 04. SAN CRISTOBAL 05. USME 06. TUNJUELITO 07. BOZA 08. KENNEDY	09. FONTIBON 10. ENGATIVÁ 11. SUBA 12. BARRIOS UNIDOS 13. TEUSAQUILLO 14. LOS MARTIRES 15. ANTONIO NARIÑO 16. PUENTE ARANDA	13. TEUSAQUILLO 14. LOS MARTIRES 15. ANTONIO NARIÑO 16. PUENTE ARANDA 17. CANDELARIA 18. RAFAEL URIBE URIBE 19. CIUDAD BOLIVAR 20. SUMAPAZ

En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Servicio: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:

SERVICIO (Seleccione de la lista)
CyD Vacunación Pediatría Consulta Externa

En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Fecha de consulta: Verifique que las fechas reportadas estén en formato día/mes/año y que correspondan al mes de notificación:

Ejemplo: Si notifican datos del mes de enero de 2020 las fechas incluidas deben ir del 01/01/2020 al 31/01/2020.

Número

Formato de celdas

Número	Alineación	Fuente	Borde
Categoría:			
General			
Número			
Moneda			
Contabilidad			
Fecha			
Hora			

Muestra: 14/06/2020

Tipo: *14/03/2012

ACTA DE REUNIÓN

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

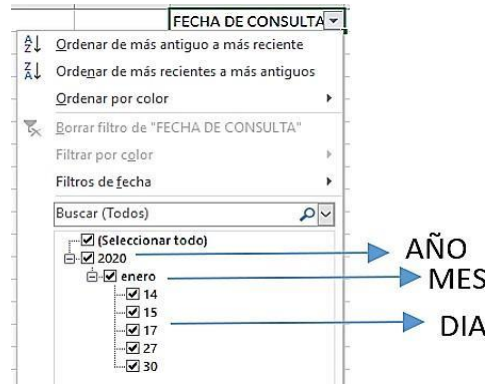
CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

PÁGINA: 18 DE 34

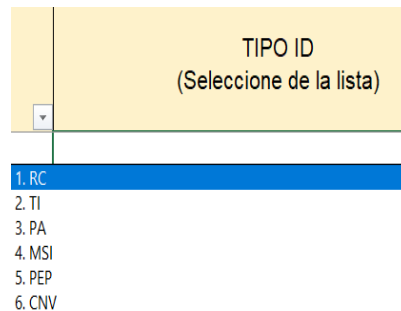
FECHA: 06/04/2021

Verifique que al filtrar la columna Fecha de Consulta, se observe de la siguiente manera: En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente



diligenciados, será contabilizados como error y el (los) registro(s) NO será(n) contabilizado(s) ni tenido(s) en cuenta para el consolidado final total, ya que este es uno de los componentes para el cálculo de la edad.

Tipo de ID: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:



En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

ID: Todos los registros deben tener diligenciado el campo. En caso de que se encuentren campos en blanco o SD, serán contabilizados como error.

Nombres y apellidos: Todos los registros deben tener diligenciado este campo. En caso de que la SDS encuentre campos en blanco o SD, serán contabilizados como error.

Dirección de residencia: Verifique que el campo se encuentre diligenciado en "MAYUSCULA" y con la estructura correcta.

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

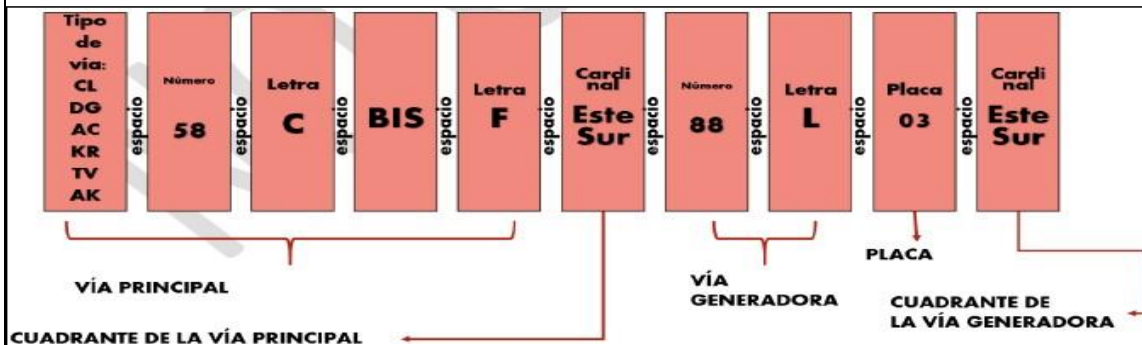
VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 19 DE 34

FECHA: 06/04/2021

Conforme al Decreto 615 de 2011 la nomenclatura urbana se debe registrar en los sistemas de información de la Secretaría Distrital de salud así:



Localidad de residencia: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre diligenciada.

Teléfono: Verifique el cargue del número de contacto y que este sea de diez (10) dígitos.

Grupo poblacional: El campo tiene las siguientes opciones de respuesta, las cuales se deben diligenciar de acuerdo con las siguientes definiciones:

Migrante: persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OIM).

Desmovilizado: Aquel que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es grupos guerrilleros y de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República (Decreto 128 de 2003).

Desplazados: Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1992/23).

Si no pertenece a algún grupo poblacional, se sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales".

Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:

ACTA DE REUNIÓN

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

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

PÁGINA: 20 DE 34

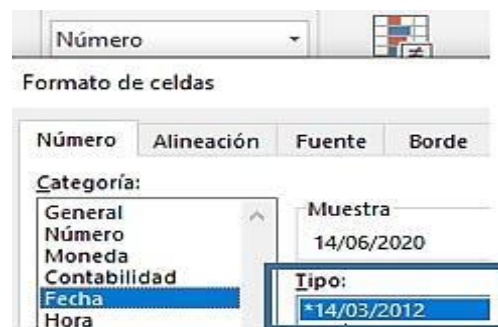
FECHA: 06/04/2021

GRUPO POBLACIONAL
(Seleccione de la lista)

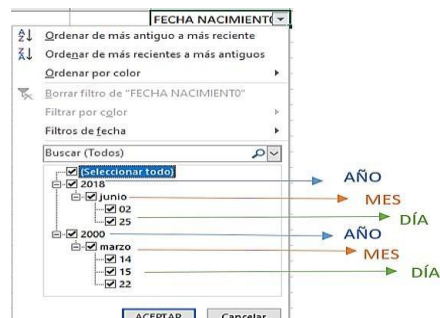
Migrante
Desmovilizado
Desplazado
Otros grupos poblacionales

En caso de que la entidad SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Fecha de nacimiento: Verifique que las fechas reportadas estén en formato día/mes/año (Ejemplo: 14/03/2012):




Verifique que al desplegar el filtro se observe de la siguiente manera:

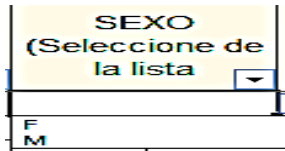


En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error y el (los) registro(s) NO será(n) contabilizado(s) ni tenido(s) en cuenta para el consolidado final total, ya que este es uno de los componentes para el cálculo de la edad.

Sexo: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre

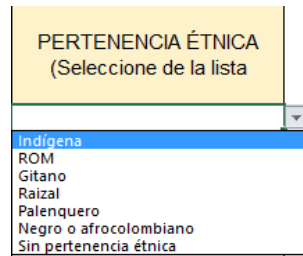
	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 21 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

debidamente diligenciada: Datos validos M y F, no deben venir registros en blanco o SD. Tener especial cuidado con que el nombre de la persona coincida con el parámetro de sexo F (Femenino) M (Masculino) según sea el caso.



En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error y el (los) registro(s) NO será(n) contabilizado(s) ni tenido(s) en cuenta para el consolidado final total, ya que este es uno de los componentes para el cálculo de los valores Antropométricos.

Pertenencia étnica: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:



En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Étnica: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:

Sí el campo PERTENENCIA ÉTNICA está diligenciado con una de las siguientes opciones, el campo ETNIA debe venir diligenciado con la opción NO APLICA

Sí el campo PERTENENCIA ÉTNICA tiene como respuesta la opción Indígena, el campo ETNIA debe estar diligenciado con la etnia correspondiente.

En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciadas, serán contabilizados como error.

Peso: Verifique que el peso se encuentre en formato número y en Kilogramos con un decimal separado por coma (,). Ejemplo: 60,2

ACTA DE REUNIÓN

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

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

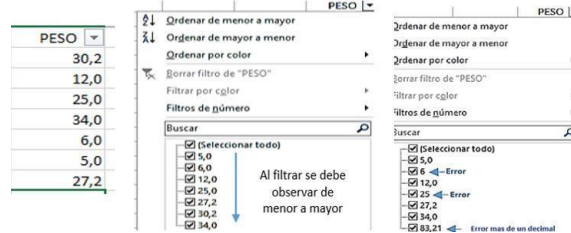
VERSIÓN: 7

PÁGINA: 22 DE 34

FECHA: 06/04/2021

En caso de que sea peso neto, es decir, sin decimales se deberá registrar coma y el número cero (,0). Ejemplo: 52,0

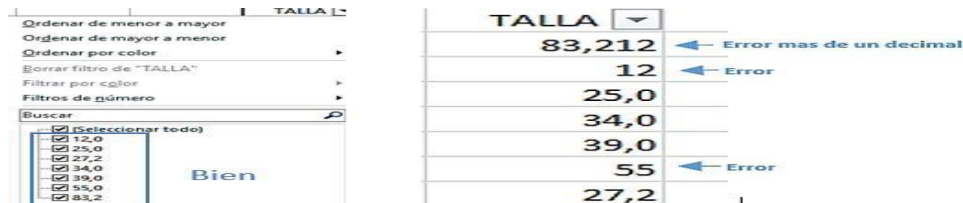
Al aplicar el filtro en la columna peso se debe ver de la siguiente manera:



Talla: Verifique que la talla se encuentre en centímetros y con un decimal separado por coma (,)³. Ejemplo: 150,2

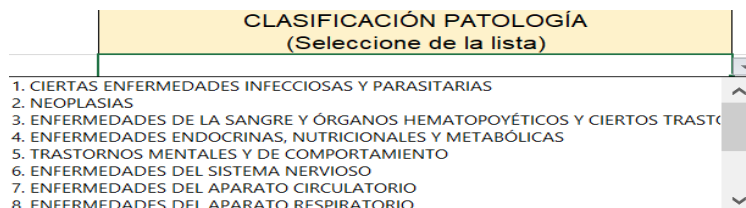
En caso de que sea talla neta, es decir, sin decimales se deberá registrar coma y el número cero (,0). Ejemplo: 160,0

Al aplicar el filtro en la columna talla se debe ver de la siguiente manera:



En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizado como error.

Clasificación de patología: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada de la siguiente manera:



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 23 DE 34

FECHA: 06/04/2021

CLASIFICACIÓN PATOLOGÍA (Seleccione de la lista)

- 7. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
- 8. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
- 9. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
- 10. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO
- 11. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
- 12. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL
- 13. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICA!
- 14. NINGUNA

Código CIE-10: La información contenida en esta columna, debe estar diligenciada en Mayúsculas.

CÓDIGO CIE-10
EJEMPLO: A009 o
NINGUNA

NINGUNA
J303
J449
B86X

Este campo se encuentra relacionado con la columna CLASIFICACIÓN PATOLOGÍA. Para realizar la verificación ejecute los siguientes pasos:

En la columna CÓDIGO CIE-10 filtre y seleccione la opción NINGUNA, verifique que en la columna CLASIFICACIÓN PATOLOGÍA figure la respuesta NINGUNA.


CLASIFICACIÓN PATOLOGÍA (Seleccione de la lista)	CÓDIGO CIE-10 EJEMPLO: A009 o NINGUNA
14. NINGUNA	NINGUNA

En la columna "CLASIFICACIÓN PATOLOGÍA" filtre y seleccione todas las opciones de respuesta, dejando desmarcada la opción NINGUNA y verifique que en la columna CÓDIGO CIE-10 venga diligenciado con el código de la patología correspondiente.

CLASIFICACIÓN PATOLOGÍA (Seleccione de la lista)	CÓDIGO CIE-10 EJEMPLO: A009 o NINGUNA
8. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	J303
1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	B86X
8. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	J00X
5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	F419

No deben aparecer campos en blanco, ni con la palabra NINGUNA, de lo contrario la SDS lo contabilizará como error.

Cálculo de la edad en meses: En el campo EDAD EN MESES digite y ejecute la siguiente formula: $= (G3-R3) / 30,44$ A continuación, arrástrela sobre la totalidad de registros, copie la

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 24 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

columna completa y péguela en valores, verifique que no existan edades negativas o que sobrepasen el rango del grupo de edad a notificar, en caso que la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS) identifique campos con edades negativas o que sobrepasen el rango del grupo de edad a notificar, Sin Dato (SD) o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Lactancia materna exclusiva: Esta variable se captura únicamente para el grupo de menores de edad que se encuentran entre 0 y 5.9 meses.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Seleccione de la lista)
Si
No


Verifique que en la columna de LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA se encuentre registrado "Si o No" según sea el caso y en la columna de LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA debe figurar la respuesta correspondiente. *Tenga en cuenta que la respuesta entre estas dos columnas debe ser contraria o negativa en ambos casos, nunca positiva en las dos columnas.*

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Seleccione de la lista)	LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA (Seleccione de la lista)
Si	No
No	No
No	Si

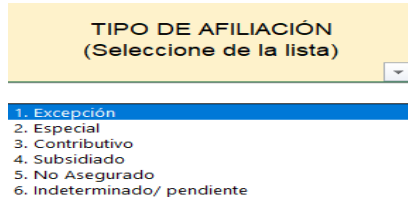
Filtre en el campo LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA la opción SI y verifique que en LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA no existen registros con la opción SI.

Lactancia materna complementaria: Esta variable se captura para el grupo de menores de edad que se encuentra entre 6 y 36 meses, verifique que en la columna de LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA se encuentre registrada la respuesta "No", para el grupo de edad de 6 a 36 meses y en la columna de LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA en el campo correspondiente, figure la respuesta "Si", "No" o "Sin dato", filtre en el campo LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA la opción SI y verifique que en LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA no existen registros con la opción SI.

NOTA: Para el grupo de edad mayores a 36 meses, se debe verificar que en las columnas de LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA y LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA, en los campos correspondientes, figure la respuesta "No aplica".

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 25 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

Tipo de afiliación: Verifique que la información contenida en esta columna se encuentre debidamente diligenciada:



En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Entidad: Realice los siguientes pasos, verifique que se encuentre diligenciado la totalidad de los registros, filtre la columna TIPO DE AFILIACIÓN "5. No Asegurado" y verifique que en ENTIDAD figure la respuesta FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD. No deben aparecer campos en blanco ni con otro tipo de entidades.

Filtre la columna TIPO DE AFILIACIÓN "6. Indeterminado/ pendiente "y verifique que en la columna ENTIDAD figure la respuesta Ninguno, las demás opciones de la columna TIPO DE AFILIACIÓN, deben figurar en el campo de AFILIACIÓN un nombre de entidad aseguradora.

En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

Base rutinaria adultos: Se recuerda a las UPGD el registro adecuado del peso y talla.

Base rutinaria gestantes:

Número de controles prenatales: Verifique que el dato se encuentre registrado en número entero y que se encuentre entre cero (0) y veinte (20), en caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD, que se encuentren fuera del rango especificado o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error.

FUM: Verifique que las fechas reportadas estén en formato día/mes/año (14/03/2012).

En caso de que la SDS identifique campos vacíos, SD o que no estén debidamente diligenciados, serán contabilizados como error y el (los) registro(s) NO será(n) tenido(s) en cuenta para el consolidado final total, ya que este es uno de los componentes antropométricos.

EQUIPOS ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN RESOLUCIÓN 2465/2016: Es muy importante en este proceso obtener datos responsables, es decir, garantizar que estos sean lo más fidedignos

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 26 DE 34


FECHA: 06/04/2021

posibles. Es así como se debe realizar la estandarización periódica en la toma de medidas antropométricas al personal que hace las valoraciones y además, garantizar que las instituciones cuenten con equipos adecuados para las mediciones según la edad, incluyendo un proceso de mantenimiento y calibración periódica de los mismos el cual deberá ser soportado mediante la hoja de vida de los equipos antropométricos.

Instrumentos para toma de peso: Recomendaciones: Debe contar con plataforma amplia. No deben utilizarse balanzas de baño (mecánicas, de resorte, con sensibilidad de 500 gr), porque los datos no son confiables para el seguimiento nutricional. Debe verificarse periódicamente mediante la hoja de vida de los equipos el mantenimiento preventivo y correctivo incluyendo la calibración de las balanzas.

BALANZA			
MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS	
Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo	Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo
- Pesabebé Capacidad: 20 - 25 kilos Precisión: 10 a 20 g Mecanismo: electrónica, digital o de brazo mecánica.	- Balanzas con portabebés y calzoncitos. Capacidad 25 kg Precisión 50 o 100 g, la cual debe contar con calibrador o diferencias de pesos o con una sensibilidad menor (100g) - Pesabebé digital de baterías Capacidad: 20 -25 kilos Precisión: 50 g o menos	- Balanza de pie: Capacidad: 120 a 150 kg. Precisión: ideal 50 gr, máximo 100 gr. Mecanismo: Digital o mecánica con único uso para peso no para medir talla (sin metro).	Balanza de pie: Capacidad: 120 a 150 kg Precisión: ideal 50 gr, máximo 100 gr. Mecanismo: Equipos Digitales (portátil) con baterías.

TALLIMETRO/INFANTOMETRO			
MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS	
Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo	Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo
- Infantómetro: Precisión de 1 mm Capacidad de 110 a 120 cm. Material de fabricación: Resistente, liviano y no deformable. Sistema rodante, no inestable Cinta métrica metálica, ubicada a un lado y no en la mitad del equipo. Garantizar 90 grados espaldar, con una base de 25 cm de ancho y pieza móvil rodante. Que le permita al niño o niña acostarse No se recomienda el uso de infantómetro en materiales susceptibles a (dilatación) en diferentes ambientes (Temperatura).	- Infantómetro portátil: Precisión 1 mm Capacidad 110 a 120 cm. Desarmable con dos opciones infantómetro y tallímetro Calibración: recomendación vara de medición de 100 cm. No se recomienda el uso de metros de modistería	- Tallímetro en un material Resistente Liviano y no deformable. Capacidad de dos (2) metros, Sensibilidad 1mm. Si es tallímetro se recomienda una base de 25 cm de ancho. No se recomienda el uso de metros de modistería, cintas métricas, de papel o plástico, adheridos a la pared. No se recomienda el uso del tallímetro con balanzas mecánicas.	- Tallímetro portátil. Capacidad de dos (2) metros, sensibilidad 1 mm. Tener en cuenta ubicación del equipo. (Desarmable, para facilitar transporte).

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 27 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

Instrumento para toma de perímetro cefálico, perímetro del brazo y circunferencia de la cintura: El instrumento utilizado para la medición de los perímetros es la cinta métrica, la cual debe ser en un material flexible, inextensible e impermeable, con divisiones cada 1mm. Es aconsejable que la cinta mida máximo 0.5 cm de ancho debido a que pueden presentarse errores de medición en el punto de superposición de los dos extremos de la cinta.

Epidemióloga de SISVAN finaliza la presentación promoviendo el fortalecimiento y manejo de las bases de notificación rutinaria y conocimiento de los equipos antropométricos acorde a la resolución 2465/2016, para garantizar los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

9. Varios (SIVELCE- SIVIGILA)

NOTA ACLARATORIA: Para el desarrollo del presente COVE LOCAL de las localidades de Engativá y Suba, se contaba con la presencia y participación de profesionales referentes del proyecto ampliado de inmunización (PAI) y Urgencias y Emergencias (UYE) con el tema de Viruela Símica, pero al momento de la ejecución no se contó con su presentación y se desconocen los motivos.

- **SIVELCE**

Realiza intervención Jhon Estiven Marín líder operativo del subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria con autorización de Marcela Camargo Mora referente Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesión de Causa Externa SIVELCE quien inicia informando que los objetivos de la información a brindar el de hoy es:

- Generar información útil, confiable y oportuna de las lesiones por pólvora para establecer su comportamiento orientando acciones de prevención y control que reduzcan su incidencia en el Distrito Capital, garantizando la efectiva respuesta del sector salud ante dichos eventos.
- Brindar una atención integral en salud a los lesionados por la manipulación y uso inadecuado de la pólvora, prestando los servicios necesarios desde la atención inicial de urgencias hasta la rehabilitación del lesionado si así lo requiere, conforme a la normatividad vigente y a los protocolos de atención.
- Captar el 100% de los casos de lesiones por pólvora ocurridos en el Distrito Capital, durante las celebraciones de navidad 2022 y año nuevo 2023 que se desarrollan en cada una de las localidades.
- Caracterizar las lesiones por pólvora que ocurran en el Distrito Capital a partir de variables de tiempo, persona y lugar; que permitan dar insumo para la toma de decisiones.

ACTA DE REUNIÓN

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

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

PÁGINA: 28 DE 34

FECHA: 06/04/2021

- Educar, asesorar y apoyar a las Localidades en la vigilancia en salud pública de las lesiones por pólvora según lineamientos establecidos.

SOCIALIZACION BOLETIN FINAL 2021 -2022

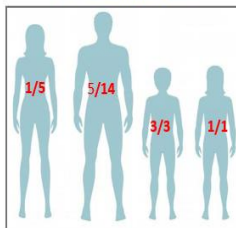


“LESIONES POR POLVORA PIROTÉCNICA EN BOGOTÁ – SUBRED NORTE E.S.E.”

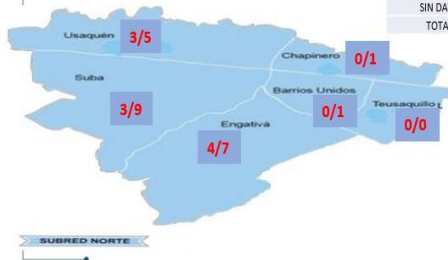
TEMPORADAS 2020/2021 Y 2021/2022 (PERIODO 1 DE DICIEMBRE AL 15 DE ENERO)

CASOS LESIONADOS CON POLVORA SEGÚN DÍA DE OCURRENCIA DEL EVENTO

CASOS LESIONADOS CON POLVORA ADULTOS Y NIÑOS



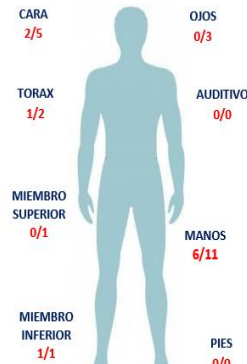
CASOS LESIONADOS CON POLVORA POR LOCALIDAD



CASOS LESIONADOS CON POLVORA SEGÚN ARTEFACTO QUE GENERA LA LESIÓN

ARTEFACTO	TEMPORADA	
	20/21	21/22
COHETE	1	1
PITO	0	2
TOTES	3	1
VOLCANES	0	2
VOLADORES	1	12
MARTILLO	0	3
LUCES DE BENGALA	2	0
CHISPA VOLADOR	0	0
MECHA TORPEDO	0	0
ROSA TORTA	0	0
MARRANITO	0	0
OTRO	1	0
SIN DATO	2	2
TOTAL	10	23

CASOS LESIONADOS CON POLVORA SEGÚN SITIO ANATÓMICO



CASOS LESIONADOS SEGÚN UBICACIÓN ACTUAL DEL CASO

UBICACIÓN DEL CASO	TEMPORADA 21/22
UCI	0
HOSPITALIZADO	23
CASA	23
TOTAL	23

FECHA	TEMPORADA		FECHA	TEMPORADA	
	20/21	21/22		20/21	21/22
1 de diciembre	0	0	1 de enero	1	2
2 de diciembre	0	0	2 de enero	0	0
3 de diciembre	0	0	3 de enero	0	0
4 de diciembre	0	0	4 de enero	0	0
5 de diciembre	0	0	5 de enero	0	0
6 de diciembre	0	0	6 de enero	0	0
7 de diciembre	2	9	7 de enero	0	0
8 de diciembre	1	3	8 de enero	0	0
9 de diciembre	1	0	9 de enero	0	0
10 de diciembre	1	0	10 de enero	0	0
11 de diciembre	0	0	11 de enero	0	0
12 de diciembre	0	0	12 de enero	0	0
13 de diciembre	0	0	13 de enero	0	0
14 de diciembre	0	0	14 de enero	0	0
15 de diciembre	0	0	15 de enero	0	0
16 de diciembre	0	0	TOTAL	10	23
17 de diciembre	0	0			
18 de diciembre	0	0			
19 de diciembre	2	0			
20 de diciembre	0	0			
21 de diciembre	0	0			
22 de diciembre	0	0			
23 de diciembre	0	0			
24 de diciembre	0	3			
25 de diciembre	0	2			
26 de diciembre	2	0			
27 de diciembre	0	0			
28 de diciembre	0	0			
29 de diciembre	0	1			
30 de diciembre	0	0			
31 de diciembre	0	3			
SUBTOTAL	9	21			

CORTE DE LA INFORMACIÓN
DIA: 17/1/2022

HORA: 9:00 AM

FUENTE: SUBSISTEMA SIVELCE SUBRED NORTE

*LOS DATOS PUEDEN CAMBIAR DE ACUERDO A INGRESOS NUEVOS Y/O DEPURACION DE BASE FINAL POLVORA SIVIGILA D.C. 2021 -2022

DEFINICIÓN DE CASO - LESIONADOS POR PÓLVORA

Tipo de caso

Características de la clasificación

Confirmado Por Clínica

Caso en el que, como consecuencia de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación y/o exhibición de pólvora pirotécnica se produzcan lesiones en las personas, que requieran manejo médico, ambulatorio u hospitalario, o desencadenen la muerte de las mismas.

Recuerde: no son lesiones por pólvora pirotécnica las ocasionadas por: velas, esponjillas, bolas de candela, llantas, mechas de tejo, gasolina y ningún otro artefacto elaborado artesanalmente que no contenga pólvora.

Si la lesión se produjo con un muñeco año viejo sin pólvora no cumple la definición de caso del evento.

NOTIFICACIÓN LESIONES POR PÓLVORA PIROTÉCNICA



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual – Datos complementarios



Lesiones por pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explotar. Cod INS 452

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

6.1 Tipo de artefacto que produjo la lesión

Recuerde: solo se notifican lesiones producidas por artefactos pirotécnicos

- 1. **Artefactos pirotécnicos**
- 2. Mina antipersonal
- 3. Municiones sin explotar

6.2 Artefacto pirotécnico (si la lesión se produjo por un artefacto pirotécnico marque con una X el tipo)

- 1. Cohetes 2. Globos 3. Pitos 4. Totes 5. Volcanes 6. Voladores
- 7. Luces de bengala 8. Juegos pirotécnicos para exhibición y eventos 9. Sin Dato
- 10. Otro ¿Cual otro artefacto pirotécnico ?

**DEFINICIÓN DE CASO INTOXICACIÓN
CON FÓSFORO BLANCO**

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 30 DE 34

FECHA: 06/04/2021

Tipo de caso

Características de la clasificación

Caso que presenta manifestaciones de toxidrome o cuadro clínico de intoxicación compatible con la exposición a fósforo blanco u otros artefactos pirotécnicos la cual se caracteriza por comprometer múltiples sistemas, clásicamente se describen tres fases:

Fase 1: transcurre en las primeras 24 horas, se presentan síntomas como: dolor abdominal, diarrea, vómito, lesiones corrosivas del tracto gastrointestinal, hematemesis y en ocasiones manifestaciones neurológicas incluyendo alteraciones de la conciencia.

Confirmado Por Clínica
O Por Laboratorio

Fase 2: durante las siguientes 48 a 72 horas, se presenta una mejoría transitoria, hay pocos síntomas incluyendo anorexia, dolor abdominal, malestar general.

Fase 3: aparecen manifestaciones de toxicidad sistémica como insuficiencia renal, hepatitis e ictericia, encefalopatía hepática, coagulopatía, hipoglicemia, hipotensión, colapso cardiovascular, arritmias, depresión medular o falla multisistémica.

NOTIFICACIÓN INTOXICACIONES POR FÓSFORO BLANCO



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual – Datos complementarios



Intoxicaciones por sustancias químicas. Cod INS 365

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-075 V:00 2019-02-01

5. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Grupo de sustancias 1. Medicamentos 3. Metanol 5. Solventes 7. Gases
 2. Plaguicidas 4. Metales 6. Otras sustancias químicas 8. Sustancias psicoactivas

5.2 Código y nombre del producto: **Fósforo blanco o el nombre del artefacto, por ejemplo: totes o martinicas**

8.1 Se tomaron muestras de toxicología

1. Sí 2. No

8.2 Tipo de muestras solicitada

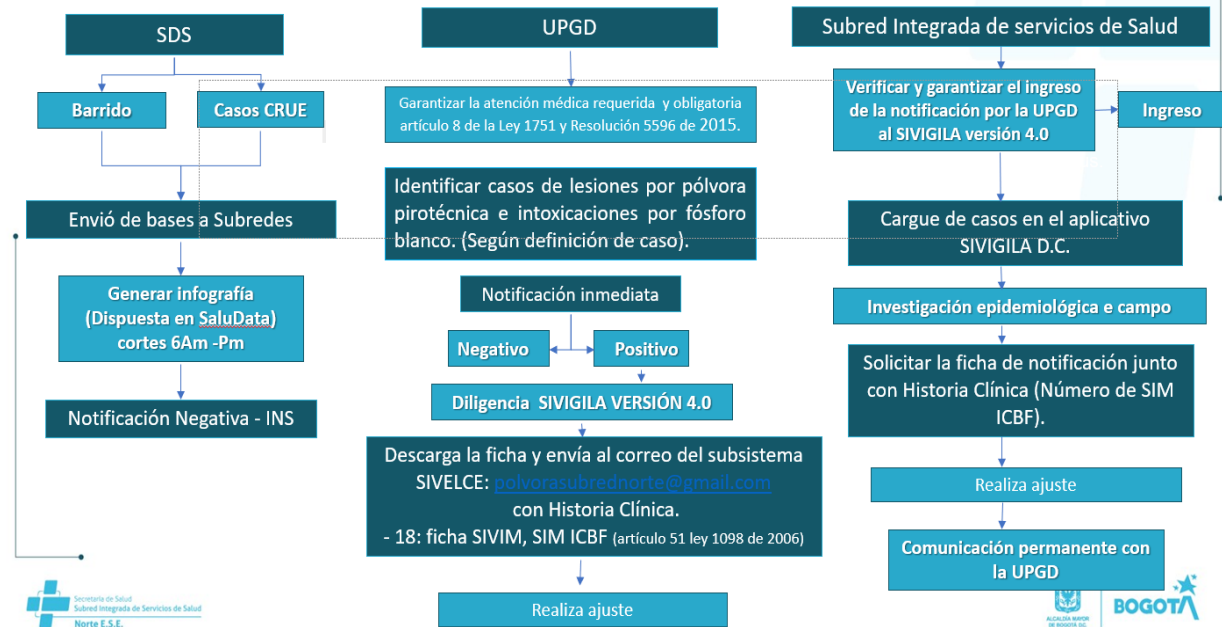
1. Sangre total 4. Tejido 17. Agua 29. Empaque / envase
 2. Orina 13. Suero 23. Cabello 30 Otros 32. Uñas

8.3 Nombre de la prueba toxicológica

Fósforo blanco en suero

8.4 Diligencie Valor resultado /unidades

FLUJO DE INFORMACIÓN Y NOTIFICACIÓN PARA LA TEMPORADA VIP 2022 – 2023 (1/12/2022 – 14/01/2023)



HORAS DE CORTE NOTIFICACION

Días corrientes:

UPGD

18:00

INS

Días críticos:

**08 y 25 de diciembre de 2022 y
01 de enero de 2023**

UPGD


10:00

18:00

INS

La notificación negativa se debe realizar **a más tardar a las 17:00** por parte de las UPGD al Subsistema

Recuerde que la notificación inmediata no exime a la entidad territorial de la responsabilidad de realizar la notificación rutinaria semanal

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 32 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

PARA TENER EN CUENTA

- ✓ Temporada 01/12/2022 al 14/01/2023.
- ✓ Envío de notificación diaria VIP (positiva o negativa) al correo **polvorasubrednorte@gmail.com**
- ✓ Triple barrido telefónico los días críticos (8 y 25 de diciembre de 2022 y 1 de enero de 2023) hora: 5am, 12m, 5pm., en caso de ser positiva la información debe estar cargada al SIVIGILA
- ✓ Con tres llamadas de los barridos que no sean recibidas, se genera plan de mejoramiento a la UPGD.
- ✓ Con omisión de notificación (mediante barrido y/o envío de ficha de notificación) se genera oficio desde SDS.
- ✓ Seguimiento de estado de salud de los usuarios durante toda la temporada (disponibilidad UPGD).

- **SIVIGILA**

Epidemióloga del Subsistema de SIVIGILA, inicia presentación con socialización tableros de control SIVIGILA de las localidades Engativá y Suba. Se socializa indicadores de cumplimiento en la notificación semanal.

De acuerdo con tablero de control al mes anterior, las unidades primarias generadoras de datos activas se resaltan incumplimientos en la entrega de notificación semanal para las UPGD y las UI de las dos localidades (Engativá y Suba), ante lo cual se muestra la necesidad de reforzar y mejorar la oportunidad de entrega de la notificación en el aplicativo web. Por otra parte, se recuerda a los asistentes que la notificación semanal debe ser entregada los días lunes antes de las 12m, y por ello si se presenta algún inconveniente con el equipo o con la red, se debe enviar la notificación con anticipación para evitar incumplimiento con el cargue.

Para el caso de las notificaciones mensuales, se realizan las siguientes observaciones:

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: ES-GC-F-104-07

VERSIÓN: 7

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

PÁGINA: 33 DE 34

FECHA: 06/04/2021

**NOTIFICACION
MENSUAL**

**Segundo lunes de cada mes
VENCIDO**

**Casos de octubre se
notifican en noviembre**

**Se cargan a SIVIGILA ANTES
de generar plano semanal**


La profesional retroalimenta los errores encontrados en el proceso de notificación semanal, mensual e inmediata, recordando que las llaves principales de un evento al ser ingresado al aplicativo SIVIGILA, se muestra fallas en la calidad del dato en variables de identificación, en nombres y apellidos se observa la presencia de números y algunas ocasiones teléfonos de celular, lo cual retrasa el trabajo.

10. Evaluación-Cierre Comité De Vigilancia Epidemiológica

Para finalizar el COVE Local para las localidades de Engativá y Suba se hace evaluación y aplicación de Post -tes, a través de código QR para la aplicación del mismo y el envío de link para las personas que participaron de manera virtual <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdj7f6NBhzSt5OPmALOUezH1o4lpfuGbpYJyEnuv3phoQnvYA/viewform>.

Siendo las 12:20 del mediodía se da por terminado el Comité de Vigilancia Epidemiológica de las localidades de Engativá y Suba.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar las notificaciones de los eventos mencionados a lo largo de la sesión, de manera oportuna y con calidad en los datos entregados, y con soportes que se requieren de la notificación	UPGD	CONTÍNUO

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-104-07
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 34 DE 34
		FECHA: 06/04/2021

DECISIONES / CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Se contó con espacio para desarrollar el COVE local del mes Noviembre, correspondiente a las localidades de Engativá y Suba, cuyo tema central fue Socialización VSPC, Socialización Notificación rutinaria SISVAN, SSR, No transmisibles, Socialización protocolo evento rábico, Socialización SIVIGILA. • Se recuerda a los UPGD la importancia de la notificación

FIRMAS DE LOS ASISTENTES		
NOMBRE	FIRMA	CORREO ELECTRÓNICO
SE ANEXA LISTADO DE ASISTENCIA.		