



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: 114-MEC-FT-001 V.4

Elaborado por:
Gloria Navarrete, Marcela
Moreno.
Revisado por: Olga Lucia
Vargas
Aprobado por: Martha
Liliana Cruz.



PAGINA _____ DE _____

ACTA DE REUNIÓN

Nombre: COVE DISTRITAL 02 DE JULIO DE 2014

Dependencia	Proceso
DIRECCION DE SALUD PÚBLICA	VIGILANCIA Y CONTROL

ASISTENTES



[Anexo listado de asistencia a reuniones 114-MEC-FT-002](#)

Objetivo de la Reunión	Fecha de la reunión: 02 de julio de 2014
Socializar información de interés en salud publica en el marco del Reglamento Sanitario Internacional para fortalecer la vigilancia epidemiológica Distrital.	Lugar: Auditorio Principal SDS
	Hora: 08:00 a.m.
	Notas por: Hospital Fontibón ESE
	Próxima Reunión: Agosto 6 de 2014
	Quien cita: Secretaría Distrital de Salud

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

La agenda establecida para el comité fue la siguiente:

HORA	ACTIVIDAD / TEMA	RESPONSABLE
08:00 - 08:15 a.m.	Ingreso	
08:15 - 08:30 a.m.	Lectura del acta Anterior - seguimiento a compromisos	Grupo U Y E
08:30 - 09:00 a.m.	Resultado proyecto especial de fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica en el Aeropuerto El Dorado.	ESE Fontibón
09:00 - 10:00 a.m.	Situación actual Chikungunya. Aspectos a considerar.	Dr. Wilmer Marquiño. OPS.
10.00 - 10:15 a.m.	Refrigerio	ESE Fontibón
10:15 - 10:45 a.m.	Salud del Viajero (Incluye alertas)	Nelly Yaneth Rueda / José Navarrete
10:45 - 11:40 a.m.	Abordaje integral de la experiencia de la emergencia en el Edificio Space (Medellín)	DCRUE (Dr. Heriberto Puerto).
11:40 - 12:00 m.	Varios	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

PAGINA _____ DE _____

DESARROLLO DEL COVE

1. Se realiza lectura de los compromisos del Cove de junio, verificando su cumplimiento.

2. Se inician las presentaciones con el Ingeniero Carlos Marín del Hospital Fontibón ESE, quien relaciona las principales normas vigentes, nacionales e internacionales, que proporcionan las bases sobre las cuales se construyó el proyecto especial de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el Aeropuerto EIDorado y determinan el alcance y la naturaleza del mismo. Se describen especialmente, las acciones de sanidad portuaria dispuestas en la Circular 011 de 2013 emitida por el Ministerio de salud y protección social, así como las necesidades identificadas por la Secretaría Distrital de salud y las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional/Anexo 9.

Se informa que el objetivo general del proyecto es fortalecer la vigilancia sanitaria y epidemiológica en el Aeropuerto Internacional Eldorado, para disminuir el riesgo ante Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). La vigilancia es realizada por un equipo de talento humano a viajeros internacionales a través de la revisión de la declaración general de aeronaves, pretendiendo cubrir entre 80 y 90% de los vuelos diarios internacionales, las 24 horas del día, los 7 días a la semana, para lo cual se cuenta con cuatro auxiliares de enfermería, que realizan turnos de 12 horas, las 24 horas del día y en épocas de gran afluencia de pasajeros como es el caso del mundial Brasil 2014, se fortalece con dos auxiliares.

Al finalizar cada mes, se entrega a nivel central un consolidado de las declaraciones generales de aeronave, un informe de eventos detectados mediante la vigilancia activa y pasiva realizada por las auxiliares y se socializan las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas evidenciadas.



Para finalizar, se exponen los resultados del proyecto durante el periodo septiembre 2013 a mayo de 2014, período durante el cual se recibieron un total de 17.554 declaraciones, de las cuales el 90,9% (n=15.963) se encontraban diligenciadas incorrectamente. De acuerdo al número de vuelos realizado, cada aerolínea mostró un porcentaje de incumplimiento que oscilaba entre 91 – 99%. En cuanto a los viajeros sintomáticos, durante el período evaluado se detectaron un total de 186 personas con alguna sintomatología. Solo 21 de ellos fueron registrados en la declaración general de aeronaves. Los signos y síntomas más frecuentes fueron en su orden mareo, cefalea, vómito, náuseas y dolor abdominal.

2. La segunda presentación estuvo a cargo del Dr. Wilmer Marquiño, asesor en prevención y control de enfermedades de la OPS/OMS Colombia, quien expone la situación actual de Chikungunya y los aspectos a considerar. Explica que es una enfermedad emergente transmitida por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* y causada por el virus Chikungunya (CHIKV). Hace una descripción de la enfermedad y su introducción en las Américas en diciembre de 2013, desde entonces la OPS/OMS emitió la alerta y recomendó establecer y mantener la capacidad para detectar y confirmar casos, manejar pacientes, implementar una estrategia efectiva de comunicación para reducir la presencia del vector, en especial en áreas donde está presente el mosquito transmisor de la enfermedad.

Se muestra la situación epidemiológica a la fecha con más de 259.723 casos sospechosos, de los cuales se han confirmado 4.721. Han sido notificados casos importados en Aruba, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, Estados Unidos, México, Panamá, Paraguay, Surinam y Venezuela. En Colombia hubo un caso importado, en Antioquia.

Ambas especies de vectores (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*) están ampliamente distribuidos en los trópicos. Debido a esto, toda la región es susceptible a la invasión y la diseminación del virus. Los humanos son el reservorio principal del CHIKV durante los periodos epidémicos.

Los síntomas de enfermedad en humanos picados por un mosquito infectado, aparecen después de tres a siete días. Se puede cursar con una enfermedad aguda, subaguda y crónica. La enfermedad aguda se caracteriza por inicio súbito de fiebre alta y dolor articular severo. También se puede presentar cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náuseas, vómito, poliartritis, rash, bradicardia y conjuntivitis. Esta fase dura entre 3 y 10 días.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

PAGINA _____ DE _____

En raras ocasiones, pueden ocurrir formas graves de la enfermedad con manifestaciones atípicas. Las muertes relacionadas con infección por CHIKV son raras. Sin embargo, se reportó un aumento en las tasas brutas de mortalidad durante las epidemias de 2004-2008 en la India y Mauricio.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica. En el diagnóstico diferencial de CHIKV, se deben considerar las siguientes enfermedades o agentes: dengue, malaria, leptospirosis, infecciones por alfavirus, artritis, fiebre reumática y artritis reumatoidea juvenil.

El Dr. Marquiño explica los conceptos de caso sospechoso y caso confirmado. Además, comenta las estrategias diagnósticas a tener en cuenta en el periodo epidémico y según las fases de la enfermedad. Para el diagnóstico del CHIKV se cuenta con pruebas virológicas (aislamiento viral BSL3, detección de RNA) y pruebas serológicas (MAC-ELISA, hemoaglutinación y dengue plaque reduction neutralization test). La detección viral se realiza de 1 a 5 días desde el inicio de la enfermedad y la detección de anticuerpos (IgM) de 5 días en adelante.

Se deben tener en cuenta que para el diagnóstico del CHIKV no existen estuches comerciales validados ni avalados por la OPS/OMS, las pruebas rápidas presentan baja sensibilidad y los ensayos serológicos son presuntivos y existe reacción cruzada con otros flavivirus. Una vez demostrada la circulación viral autóctona, se debe evaluar la necesidad de confirmar el 100% de los casos.

Después de adquirir la enfermedad, las personas pueden evolucionar a una condición crónica (hasta los tres meses el 80 a 93% de las personas; hasta los 15 meses el 57% y después de 2,5 años el 47%). Sin embargo, los estudios en que se basan estas cifras son heterogéneos.

Con respecto al manejo clínico, el tratamiento es sintomático y no existe un medicamento antivírico específico contra el CHIKV. El paracetamol es el medicamento de elección hasta que otras etiologías como el dengue se descarten. El tratamiento debe instaurarse en todos los casos sospechosos sin esperar la confirmación serológica o vírica.



Las medidas de salud pública deben estar encaminadas a reducir al mínimo la exposición a mosquitos. Se debe educar a la comunidad acerca del riesgo de transmisión y las maneras de disminuir la población de vectores y el contacto con el vector.

Un solo caso importado de CHIKV en las Américas no constituye necesariamente una emergencia de salud pública de importancia internacional (PHEIC). Sin embargo, la sospecha de una transmisión autóctona cumpliría con los criterios de PHEIC y debe reportarse conforme al Reglamento sanitario internacional.

Como conclusiones finales, el Dr. Marquiño advierte que la primera transmisión autóctona de CHIKV en las Américas está siendo explosiva y todos los países con transmisión previa de dengue están a riesgo. La estrategia de la OPS para el manejo de dengue integrado aplica para el control de CHIKV.

La mortalidad del CHIK es baja en comparación con el dengue. Sin embargo, el CHIK tiene un doble impacto en los servicios de salud: oleada de casos agudos y acumulación de casos crónicos. Hasta el momento, la capacidad de respuesta de los países no ha sido desbordada.

3. Antes de dar a conocer el último boletín de las alertas epidemiológicas, la Dra. Yaneth Rueda hace una introducción acerca de las generalidades de la salud del viajero. Comenta que tanto la OMS como el CDC de Atlanta están haciendo mucho énfasis en este tema, tanto así que ellos ya tienen un link establecido en sus respectivas páginas donde se pueden realizar consultas sobre el tema. Se muestran algunas estadísticas referentes a viajeros, los factores de riesgo que pueden determinar la salud del mismo, algunas recomendaciones antes de realizar un viaje y algunas enfermedades infecciosas que pueden representar un riesgo para viajeros como son: diarrea, hepatitis A y E, cólera y fiebre tifoidea dadas principalmente por consumo de alimentos en malas condiciones y agua no potable; Enfermedades transmitidas por vectores (chicunkunya, malaria, fiebre amarilla, dengue, encefalitis); Zoonosis (Rabia, tularemia, brucelosis, leptospirosis y fiebres hemorrágicas); Enfermedades de transmisión sexual (hepatitis B, VIH, sífilis); Enfermedades de transmisión sanguínea (hepatitis B, VIH, sífilis); Por gotas en suspensión (TBC, sarampión, varicela, neumonía, difteria, tos ferina, SARS, paperas y meningitis); Por contacto con tierra (ascarias, trichuriasis, fúngicas).

	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE REUNIÓN Código: 114-MEC-FT-001 V.4</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete, Marcela Moreno. Revisado por: Olga Lucia Vargas Aprobado por: Martha Liliana Cruz.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

PAGINA _____ DE _____

A continuación, la Dra. Yaneth informa acerca de las alertas epidemiológicas mundiales a 17 de junio de 2014. Se actualiza la situación del Coronavirus del medio oriente, fiebre de Ebola en África, sarampión y poliovirus. Dicho boletín será enviado a las localidades para que la información sea difundida.

4. La última presentación fue realizada por el Dr. Heriberto Puello, de la Dirección del Centro regular de urgencias Distrital, quien hizo un abordaje integral de la experiencia de la emergencia en el Edificio Space (Medellín). Comenta que fue una experiencia que hizo que se tomaran reconsideraciones en el accionar en estas situaciones de emergencia, donde se tuvo un saldo final de 11 personas fallecidas.

La operación fue de rescate y salvamento, se creía que al tercer día las probabilidades de encontrar personas con vida eran remotas, entonces se manejó acompañamiento psicológico a personas que se encontraban en el sitio. Para las actividades en la estructura colapsada, se desplazaron 26 personas, de las cuales dos eran personal de salud, cuatro de IDIGER y el resto el equipo eran miembros del cuerpo oficial de bomberos de Bogotá.

A partir del cuarto día de estar allá, el grupo operativo de Bogotá pudo trabajar en forma. Se presentaron problemas de Salud pública que hicieron que se incluyera al personal de esta área como fué el aumento de desechos sólidos y comida, la contaminación cruzada de ropa impregnada de secreciones y polvo del personal de bomberos, por tal motivo, se tomó la decisión de implementar un proceso de retiro de la ropa y lavado de manos antes de ingresar a la carpa; otro situación presentada fue la manipulación de cadáveres sin los equipos de bioseguridad necesarios. Por otra parte, el manejo de la alimentación era inadecuado, no había cadena de frío. Entonces, se estableció la cantidad de personal operativo y la cantidad de comidas que se debían de recibir, para evitar el desperdicio.

Por todo lo anterior, no se debe perder la gobernabilidad en caso de emergencias y desastres. Se tiene una normatividad y lo que se establece es que el personal debe presentarse al OSOCC que desde el punto de vista profesional sería el Ministerio de Salud y el SUB OSOCC sería la Secretaría Distrital de Salud, porque tiene la gobernabilidad dentro del territorio y tiene que velar directamente por las acciones en salud que se estén llevando a cabo en él.

En Bogotá, la DCRUE viene trabajando desde el año 2010, en el “Plan de acciones en salud en casos de Terremotos en la ciudad de Bogotá D.C.”. enmarcado en la resolución 57/150 del 2002 de Naciones Unidas, que determina el fortalecimiento de la eficacia y coordinación de la asistencia no solamente a nivel internacional sino también local. También se ha trabajado en la Resolución 864 de 2014, donde se plasma el accionar operativo y administrativo de la Secretaria de Salud de Bogotá en casos de Emergencias y Desastres local, regional e internacional.

No solamente se establece lo que tiene que hacer la secretaría distrital de salud también se establece el componente local y los hospitales locales hacen parte integral del PIRE, Plan Institucional de Respuestas a Emergencias, el cual deben presentar antes de finalizar el año.

La estrategia de preparación y respuesta en salud ante sismo de gran magnitud, es otro documento que ya se revisó y está en proceso de impresión para enviar a todas las instituciones que directamente tengan relación con él. El documento, establece que es el deber ser, cuales son los pasos a seguir y que no hacer. La idea es que esta primera edición sirva para contextualizar y al mismo tiempo establecer lo que es 60% emergencias y 40% salud pública. Lo que se pretende es que estos porcentajes se inviertan para fundar que mientras más se muevan las acciones de salud pública la parte de emergencias trabajará de una mejor manera.

Por último, se menciona el Plan de emergencias de Bogotá, que es la carta de navegación para las diferentes actividades operativas.

Se da por terminado el COVE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL
ACTA DE REUNIÓN
Código: 114-MEC-FT-001 V.4

Elaborado por:
Gloria Navarrete, Marcela
Moreno.
Revisado por: Olga Lucia
Vargas
Aprobado por: Martha
Liliana Cruz.



PAGINA _____ DE _____

COMPROMISOS*

ACCION	RESPONSABLE	FECHA
Envío de boletín de alertas epidemiológicas	Grupo Urgencias y emergencias	3 de julio 2014
Envío de acta del COVE Distrital	Grupo Urgencias y emergencias	18 de julio 2014

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA*

Nombre: _____

NOMBRE	FIRMA

NOMBRE	FIRMA

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logro el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

* De requerir más campos en los temas y comentarios tratados, compromisos y revisión del acta, inclúyalos antes de imprimir este formato.