



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Norte E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Engativá

**INFORME COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
COVE LOCAL OCTUBRE
2016**

**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ
SALUD PÚBLICA
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Norte E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Engativá

**Equipo de Análisis de las Condiciones de Calidad de Vida Salud y Enfermedad
-ACCVSE-**

Octubre 20 de 2016

Página 1 de 16
Unidad de Servicios de Salud Engativá

Transversal 100ª N° 80A – 50 PBX: 2913300 Ext.: 1412 - 1114. Correo: spublica@hospitalengativa.gov.co



CONTENIDO

CONTENIDO	2
DATOS DE IDENTIFICACIÓN.....	3
Objetivo:	3
Metodología:.....	3
Número de Participantes:.....	3
Caracterización de los Participantes:	3
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COVE	4
Orden del día	4
Desarrollo del orden del día.....	4
1. Lectura del Acta anterior.....	4
2. Socialización SIVIGILA	4
3. Grupo GAHD. Daniel Peña Subred Norte. Médico USS Usaquén.	5
4. ¿Como vamos con la mortalidad materna? Liliana Toquica Sanabria. Epidemióloga. 7	
5. Consideraciones Notificación Eventos Transmisibles Epidemiólogo. Diego Pérez. Epidemiólogo	10
6. Unidad de análisis.....	10
7. Varios.....	10
DESCRIPCIÓN ANALITICA DEL COVE.....	11
Objetivo.....	11
Metodología	11
RESULTADOS EVALUACIÓN COVE.....	13
CONCLUSIONES.....	16
RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS	16

INFORME COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA -COVE LOCAL OCTUBRE-

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha realización: Octubre 6 de 2016

Hora: 08:00 am. – 12:00 pm.

Lugar: Auditorio Facultad de Contaduría - Universidad Libre

Tema Central: Estadísticas Vitales

Tema Itinerante: Salud Sexual y reproductiva

Alerta: 31 de Octubre SIVELCE

Objetivo:

Socializar el comportamiento de las violencias y conductas suicidas notificadas de la localidad de Engativá durante el primer semestre de 2016.

Metodología:

El desarrollo del COVE requiere de tres fases: preparación y gestión de la información, que consta de un proceso de articulación con los referentes de los subsistemas responsables de las temáticas centrales e itinerantes; la segunda fase corresponde al análisis de la información, en el cual se elabora el informe del COVE incluyendo la sistematización de evaluaciones. Finalmente, la fase de divulgación corresponde a la publicación del informe y los soportes del espacio en el siguiente link: . <http://www.subrednorte.gov.co/>

Durante el desarrollo del COVE se realizaron presentaciones de forma magistral por cada una de las intervenciones previstas, mediante diapositivas en PowerPoint, las cuales se analizaron en el espacio de unidad de análisis como se describe en la descripción analítica del tema central del COVE

Número de Participantes:

45 delegados de UPGD y 11 funcionarios de salud pública de la Subred Norte

Caracterización de los Participantes:

Durante la realización del COVE, se contó con la participación representantes de las Unidades Primarias de Datos, así como profesionales del área de vigilancia epidemiológica y de los diferentes espacios de la Subred Norte, del mismo modo se cuenta con la intervención de

profesionales de los distintos programas a nivel distrital o de instituciones universitarias en temas que refieren a la salud de la ciudad.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COVE

Orden del día

1. Bienvenida y Lectura del acta del COVE anterior
2. Socialización SIVIGILA
Tableros de Control y asistencias Técnicas. Profesional SIVIGILA. Celia Blanco
Vigilancia Enfermedades Crónicas No transmisibles. Adriana Heredia
3. Grupo GAHD. Daniel Peña Subred Norte. Médico USS Usaquén.
4. ¿Como vamos con la mortalidad materna? Liliana Toquica Sanabria. Epidemióloga
5. Consideraciones Notificación Eventos Transmisibles Epidemiólogo. Diego Pérez.
Epidemiólogo.
6. Unidad de Análisis
7. Varios: Alerta 31 Octubre SIVELCE
PAI

Desarrollo del orden del día

1. Lectura del Acta anterior.

Se realiza lectura del acta anterior del COVE realizado en el mes de Septiembre de 2016 siendo aprobada por los asistentes al comité sin modificaciones.

2. Socialización SIVIGILA

Tableros de Control. Celia Blanco

Se da inicio con la presentación de la profesional de SIVIGILA de los tableros de control, donde se incluye la asistencia al COVE Local, el envío de la BAI, las asistencias técnicas que se van a realizar para Octubre y los tableros de oportunidad de la notificación de las UPGD. En cuanto a la asistencia al COVE, se observa que el 35,2% (n=44) no asistieron al COVE, el 8,8% (n=11) asistieron al COVE tarde o se fueron temprano y no firmaron los dos listados de asistencia. Se recuerda que en la lista de chequeo de asistencia técnica, la asistencia al COVE tiene un puntaje de 2. En cuanto al envío de la BAI, el 16,8% (n=21) no envió el informe y en cuanto a la oportunidad de las UPGD fue de 4% (n= 5). Se les recuerda que en el momento de realizar la asistencia técnica el ítem que corresponde a la BAI en la lista de chequeo tiene un puntaje



de 20, además se les recalca a los representantes de cada UPGD y UI que deben informar a la persona encargada del proceso para que comience a cumplir con el envío del informe de búsqueda activa institucional de forma oportuna. Luego se presenta el tablero de las Asistencias Técnicas donde se relacionan las Asistencias que se van a realizar en el mes de Octubre de 2016. Se recuerda que las UPGD son las administradoras del correo covelocalengativa@gmail.com y que pueden revisar cualquier información enviada por la USS hospital Engativá en cualquier momento.

Vigilancia Enfermedades Crónicas No transmisibles. Adriana Heredia

Durante la presentación, inicialmente se socializa el objetivo de la Vigilancia Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT), siendo desarrollar un proceso sistemático para la vigilancia epidemiológica de condiciones, eventos y enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), a través de acciones ordenadas y coherentes de recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información que permita la orientación de acciones e intervenciones oportunas para la atención con calidad en el Distrito Capital. De igual forma, se presenta el marco normativo y la conformación de la red de vigilancia compuesta por las UPGD, las ESE, los sistema de información y el personal capacitado. Como parte de la estrategia, esta la Vigilancia poblacional intensificada con condiciones crónicas a través de los servicios de salud (SIVIGILA) y la Búsqueda activa (BAI) de casos de leucemias agudas pediátricas en niños y niñas menores de 18 años, adicionalmente se informa la inclusión de 2 nuevos eventos (Cáncer de mama y Cáncer de Útero). Finalmente, se dan los datos de contacto para la solución de dudas:

Referente: Adriana Heredia Arévalo

Correo Electrónico: cronicosvpsubrednorte@gmail.com

Tel: 3164813845

3. Grupo GAHD. Daniel Peña Subred Norte. Médico USS Usaquéen.

Se inicia con la presentación del Doctor Daniel Peña como coordinador del grupo GAHD (Grupo de Acompañamiento Humanizado en la Defunción) ó también denominado Grupo Especial QUINCY", se define al grupo como de asesoría, asistencia técnica, inspección, diligenciamiento y expedición de la certificación de defunciones de muertes naturales domiciliarias en IPS o sitio público y en procesos relacionados con el cumplimiento en la prestación de necropsias clínicas por parte de los aseguradores (EPSC, EPSS) y a la población pobre no asegurada en concordancia con la resolución 468 de 2013. Se relaciona el marco normativo vigente en orden jerárquico iniciando por las leyes 9 de 1979 y la 100 de 1993 seguidos por el decreto 1171 de 1997 del Ministerio de la Protección Social, la resolución 1346 de 1997, el decreto 3158, la



circular 019 de 1997 y la resolución 468 de 2013 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, esta última habla de los procesos que se desprenden de la muerte, el procedimiento para la expedición de los certificados de defunción, certificación de las muerte fetales, certificación de pacientes que mueren durante el traslado, necropsias clínicas, tarifas y recuperación de costos, intervención sanitaria y vigencia y derogatorias. Se socializa el formato del certificado de defunción indicándose que la responsabilidad de su expedición está a cargo de los médicos, las IPS y las EPS, haciendo la salvedad de que los médicos deben estar registrados en la Secretaría Distrital de Salud o en el Rethus del Colegio Médico Colombiano. El certificado debe diligenciarse con la plena identificación del fallecido por medio de un documento como la cédula de ciudadanía, registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad, pasaporte o cédula de extranjería, así mismo se enfatiza que sólo se certificarán las muertes de causa natural, es decir aquellas que se presenten en ausencia de trauma y en las que no se evidencie violencia en la escena, esto para las muertes domiciliarias se constata con el formato de primer respondiente; es importante tener en cuenta al momento de certificar, que las causas de la muerte deben ser claras.

Las causas de muerte posible son: por establecer, dudosa, natural o violenta. Se habla acerca de las necropsias clínicas, las cuales se realizan por médicos especialistas en patología en instituciones de salud, con el fin de establecer causas de muerte en aquellos casos que no corresponden a muertes violentas y que se consideren dudosas o por establecer. En dichos casos puede solicitarse asesoría del grupo Quincy. Se indica que el costo del traslado de un cuerpo para este tipo de necropsias es de \$600.000 y del procedimiento como tal es de \$1.850.000, el procedimiento se costea por parte de las EAPB. Las instituciones del Distrito que actualmente se encuentran haciendo necropsias clínicas: son el USS Simón Bolívar, Hospital El Tunal, Hospital San Blas, Hospital La Victoria, Hospital Santa Clara y Hospital Occidente de Kennedy. Las autopsias clínicas están sujetas a auditoría y se aclara que en caso de tratarse de una muerte por un evento de interés en salud pública es procedente solicitarla sin autorización del familiar, como por ejemplo en caso de mortalidades maternas o menores de 1 año.

Los casos que deben judicializarse son aquellas muertes en donde se indica la investigación judicial de formar obligatoria, es decir son todas aquellas maneras de muerte violenta, contempladas en el marco del decreto 786 de 1990 del Ministerio de Salud, la circular externa 019 del Ministerio de la Protección Social y la circular 001 de 2000 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Se consideran como causas de judicialización según el decreto 786:



- Homicidio, suicidio, muerte en accidente y/o sospechosa.
- Muertes bajo custodia y/o protección del estado (personas privadas de la libertad, niños en custodia del ICBF, personas en custodia de la Secretaría de la Mujer, adultos mayores en custodia de hogares del estado, etc). Debe hacerse la claridad en la historia clínica de que se presentó alguna de estas condiciones cuando se solicite la necropsia médico legal.
- Bajo sospecha de muerte causada por agentes químicos o biológicos, drogas, medicamentos, productos de uso doméstico y/o industrial.
- Menores de edad y/o adultos mayores víctimas de maltrato y/o abandono y/o abuso sexual.
- Muertes en relación con actos médicos.
- Muertes de gestantes o del producto de la concepción cuando haya sospecha de aborto no espontáneo.

Se aclaran también las situaciones en las cuales no se requiere la solicitud de necropsia médico legal:

- Relacionadas con trauma ó fracturas en adultos mayores, cuando se trate de fracturas patológicas que corresponden más o menos al 95% de las presentadas en este grupo etareo.
- Muertes no presenciadas, súbita ó sin médico tratante
- En actividad laboral o en lugar de Trabajo, se hace la salvedad de que aquellas muertes con enfermedad laboral ya calificada podría certificada podría hacerse la certificación más no si esta se encuentra en estudio.
- Sin Antecedentes médicos, sin causa de muerte clara ó sin familiares.
- Sin documento de identidad original.
- Ocurredas fuera de una institución de salud o con una atención Menor a 6 horas en la IPS.
- Muerte ocurrida en una IPS sin morgue, Nevera ó servicio de patología.
- Paciente con epilepsia, enfermedad neurológica, enfermedad psiquiátrica, menores de edad y gestantes.
- Ocurredas en la noche, fines de semana, festivo y hogar geriátrico.

4. ¿Como vamos con la mortalidad materna? Liliana Toquica Sanabria. Epidemióloga

Se da inicio explicando las metas distritales incluidas en el plan territorial de salud 2016-2020: Mortalidad materna y perinatal:

- A 2020 reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.
- A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.

- A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.
- A 2019 disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos.
- A 2020 reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año.
- A 2020 se mantiene en 2 casos o menos la transmisión materno infantil de la hepatitis B.

Se continúa socializando la razón de mortalidad materna la cual quedo en el año 2015, Colombia 52 y para Bogotá 32,2 (n=36) por cada 100 mil Nacidos Vivos y para el año 2016 con corte a agosto para Colombia va en 84,2 y Bogotá 22, 2 (n= 11) por cada 100 mil Nacidos Vivos

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de la mortalidad materna en Bogotá de enero a junio 2016 se obtuvo lo siguiente:

- Grupo de edad: 20 a 35 Años el 63,6%, seguida la menor de 19 años 18,2 % y por ultimo las mayores de 36 años con el 28,2%.
- Régimen de afiliación: Contributivo 45,5%, seguido el subsidiado con el 27,3% y en tercer lugar el no asegurado con el 18,2%.
- Nivel de Educación: Secundaria con el 63.6%, media académica, técnico y profesional con el 9,1%
- Sitio de defunción: 90,9% son institucional/clínica y el 9,1% fue domiciliaria.
- Pertenencia Étnica: 9,1% fue indígenas y el 90,9% ninguna otra.
- Antecedentes de Embarazo: 63,6% estaban embarazadas cuando fallecieron y el 36,4% embarazo en las últimas 6 semanas.
- Estado civil: Unión Libre el 54,5% y el 27,3% solteras.

Entre las causas de mortalidad materna, estuvieron de forma directa el Trastorno hipertensivo del embarazo y Sepsis, mientras que de forma indirecta estuvieron las Cardiopatías, Enfermedad infecciosa, Enfermedad renal, el Tromboembolismo pulmonar, Crisis asmática severa y el Cáncer.

Hallazgos en unidades de análisis:

Primera demora (Oportunidad de reconocimiento del problema) 58,1%

- Demanda inducida.
- Información, educación y comunicación a la gestante
- Ingreso oportuno y adherencia a CPN
- Seguimiento a la gestante.

Segunda demora (La toma de decisión y la acción).



- Conceptos culturales que impiden la toma de decisiones.
- Problemas de tipo económico y social
- Experiencias negativas de servicios de salud

Tercera demora (Acceso a la atención médica y a la red de referencia)

- Barreras administrativas
- Problemas con SRCR
- Inadecuado direccionamiento de los pacientes a niveles de complejidad pertinentes
- No actualización de bases de datos
- Fraccionamiento de la atención

Cuarta demora (Calidad de la atención médica) 40.3%

- No adherencia a guías de atención
- Falta calidez en atención.
- Inadecuado diligenciamiento de historias clínicas
- Falla en la toma, recepción e interpretación de resultados.
- No efectividad en la atención integral

Se informa que las demoras que se han identificado en las unidades de análisis distrital pertenecen a las siguientes aseguradoras: FAMISANAR, CAFESALUD, CAPITAL SALUD, COLSANITAS PREPAGADA, COMPENSAR, SANITAS, CONVIDA, NUEVA EPS SURA, por eso es importante que reforzar la calidad del control prenatal, para que las gestantes tengan mayor adherencia al mismo, y registrar los seguimientos que se le realizó en la historia clínica

Fallas en la calidad del diligenciamiento, se refuerza la importancia de la calidad del diligenciamiento de las fichas de notificación las cuales están sin diligenciar las variables de dirección de residencia, número telefónico, peso al nacimiento, edad gestacional, sin el código CIE 10 y sin el respectivo nombre del mismo y los laboratorios clínicos cuando los amerite.

Finalmente se informa que los ajuste de los eventos de SSR al SIVIGILA se deben enviar en una hoja de Excel, donde tenga identificado el nombre del paciente, identificación y el respectivo ajuste los días lunes con la notificación a salud pública, quien se encargara de realizarlos en el aplicativo.



5. Consideraciones Notificación Eventos Transmisibles Epidemiólogo. Diego Pérez. Epidemiólogo

El epidemiólogo Diego Fernando Pérez Aranda realiza exposición sobre aspectos claves en la notificación de eventos transmisibles, inicia con la presentación de los eventos de sarampión y rubeola, como primer punto indica que son dos eventos diferentes y es un error realizar la notificación con los dos diagnósticos, para ello informa sobre las diferencias de las dos patologías, entre los signos y síntomas del sarampión se encuentra la fiebre > de 38,5 a 40,5 °C, conjuntivitis, Manchas de Koplik, manchas rojas parduscas y produce descamación. En cuanto a la rubeola las linfadenopatías pos auriculares, fiebre < 38°C, Malestar general. Por otro lado se resalta la importancia de la toma de las muestras de suero, orina y hisopado nasofaríngeo, además del envío oportuno al laboratorio de Secretaría Distrital de Salud, se exponen las recomendaciones para la toma y el envío de las muestras de forma correcta al laboratorio de SDS. Menciona que si un resultado es positivo o dudoso se debe educar al usuario que debe tomar nuevas muestras y poder hacer análisis por sueros pareados. Se continua con exposición de de síndrome de rubeola congénita, expone los riesgos de defectos congénitos según la semana de gestación, donde menor sea las semanas de gestación mayor es el riesgo de defectos. Luego expone cual es la definición según el protocolo del INS del evento SRC, menciona que solo con un trastorno, al RN se le debe tomar muestra para descartar la posibilidad del contacto por el virus de rubeola. Se brinda información sobre cuáles son las muestras, el tiempo para el envío y embalaje de las muestras. Así sucesivamente se realiza la exposición de los eventos de parálisis flácida, tétano neonatal, fiebre tifoidea, tosferina e IRA.

6. Unidad de análisis

Una vez terminadas las presentaciones, como parte de la unidad de análisis se realizó el abordaje de tres casos de mortalidad para identificar la cadena de sucesos que llevaron a muerte.

7. Varios

Alerta 31 Octubre SIVELCE

Se realiza presentación del referente del subsistema y se dan a conocer el número telefónico de contacto y correo electrónico. Se informa sobre las alertas para el 31 de octubre en relación a la prevención de lesiones de causa externa y plan de contingencia que se va llevara a cabo en diciembre 2016 y enero 2017.

PAI

Se realizó la presentación de la profesional PAI Intramural, Leonor Cristina Sánchez Buitrago, quien informó sobre la jornada de vacunación a realizarse el sábado 22 de Octubre; de igual forma, se informa sobre el envío de los lineamientos de la esta jornada a las IPS con servicios de vacunación de la localidad para su socialización. Adicionalmente, se aclara que la planilla diligenciada por las IPS debe enviarse por correo electrónico con la información de los puntos de vacunación habilitados el día de la jornada.

DESCRIPCIÓN ANALITICA DEL COVE

Objetivo

Reafirmar los conocimientos frente al diligenciamiento del registro de defunciones en relación a la cadena de sucesos que llevaron a la muerte.

Metodología

Se organizaron 5 grupos de trabajo, en los cuales se les distribuyó 5 diferentes casos para ser analizados al interior de cada grupo. Una vez analizados, el propósito fue identificar las causas que llevaron a la muerte de acuerdo al orden establecido por el certificado de defunción.

Resultados

CASO 1:

Hombre de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y EPOC quien presenta cuadro compatible con crisis de broncoespasmo de 8 horas de evolución progresiva hasta un cuadro franco de insuficiencia respiratoria aguda de 30 minutos de evolución a su ingreso a Urgencias donde fallece.

Causas	Orden
Insuficiencia respiratoria aguda	Causa Directa
Broncoespasmo severo	Causa Antecedente B
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	Causa Antecedente C
Paro Cardiorrespiratorio	Incorrecta

CASO 2:

Mujer de 24 años con embarazo de 37 semanas con cuadro de 8 horas de cifras tensionales elevadas con diagnostico de preeclampsia, con antecedentes de Gastritis Crónica.



Posteriormente evoluciona con un deterioro del estado de conciencia, por lo que se le diagnostica un edema cerebral y una hemorragia subaracnoidea y fallece.

Causas	Orden
Choque séptico	Incorrecta
Edema cerebral	Causa directa
Preeclampsia	Causa antecedente C
Hemorragia subaracnoidea	Causa antecedente B

CASO 3

Mujer de 89 años quien presenta estado de desnutrición crónica por cáncer gástrico diagnosticado hace 5 años; en la última semana le diagnostican bronquitis aguda, presenta episodio de vómito durante la noche con dificultad respiratoria secundaria súbita y fallece. La necropsia evidencia contenido alimentario en vía aérea y una estenosis esofágica.

Causas	Orden
Cáncer gástrico metastásico	Causa antecedente C
Bronquitis aguda	Estado Patológico asociado
Bronco aspiración	Causa directa
Estenosis esofágica	Causa antecedente B

CASO 4:

Paciente masculino de 2 días de edad producto de embarazo de 38 semanas, quien nace por parto vaginal, con antecedente de madre con vaginosis y diagnóstico de corioamnionitis. Ingresa a Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal por cuadro de sepsis neonatal temprana y neumonía asociada, se inicia manejo antibiótico con ampicilina y luego de 24 horas fallece.

Causas	Orden
Sepsis neonatal temprana	Causa directa
Vaginosis	Causa antecedente D
Neumonía	Causa antecedente B
Corioamnionitis	Causa antecedente C

CASO 5:

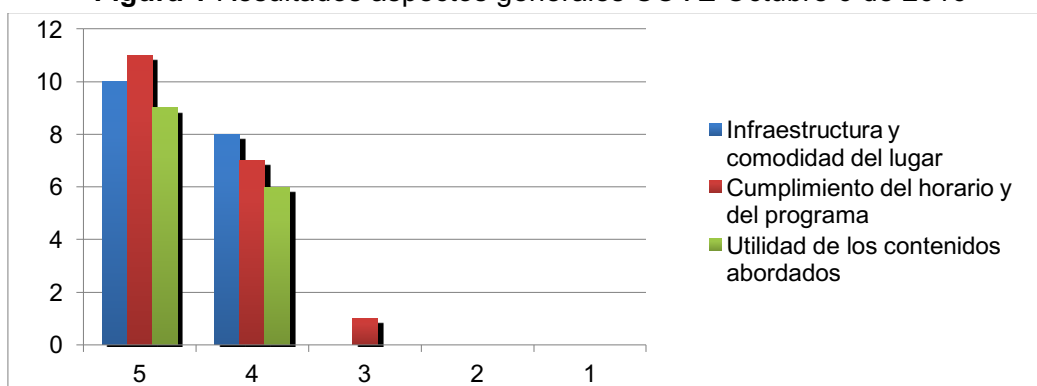
Paciente masculino de 65 años de edad con cuadro clínico de 6 horas de dolor precordial irradiado a miembro superior izquierdo asociado a disnea por lo que se le diagnostica un infarto agudo del miocardio. Presenta como antecedente enfermedad coronaria e hipertensión arterial, a pesar del tratamiento anti isquémico el paciente fallece.

Causas	Orden
Disnea	Incorrecta
Enfermedad coronaria	Causa antecedente B
Hipertensión Arterial	Causa antecedente C
Infarto agudo del miocardio	Causa directa

RESULTADOS EVALUACIÓN COVE

Del total de asistentes al COVE local de octubre, 19 diligenciaron y entregaron la evaluación donde el promedio general de calificación estuvo en 4,1 (bueno). Frente a los aspectos generales del comité, el promedio de las categorías evaluadas fue 4,5 (Muy Bueno) donde la infraestructura y el cumplimiento del horario y del programa tuvieron la mejor calificación (ver **Figura 1**).

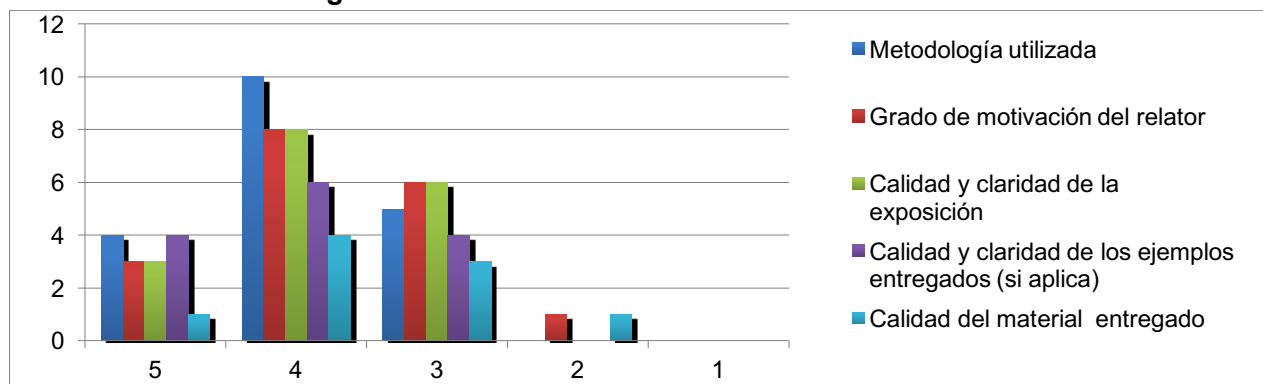
Figura 1 Resultados aspectos generales COVE Octubre 6 de 2016



Fuente: Evaluaciones COVE Local octubre 2016

Ahora bien, en cuanto a la socialización del SIVIGLA, la calificación general fue en promedio 3,8 (buena), encontrando que el 25% de los asistentes considero la presentación como regular y el 16% como muy buena. Dos personas calificaron la presentación como mala (ver **Figura 2**).

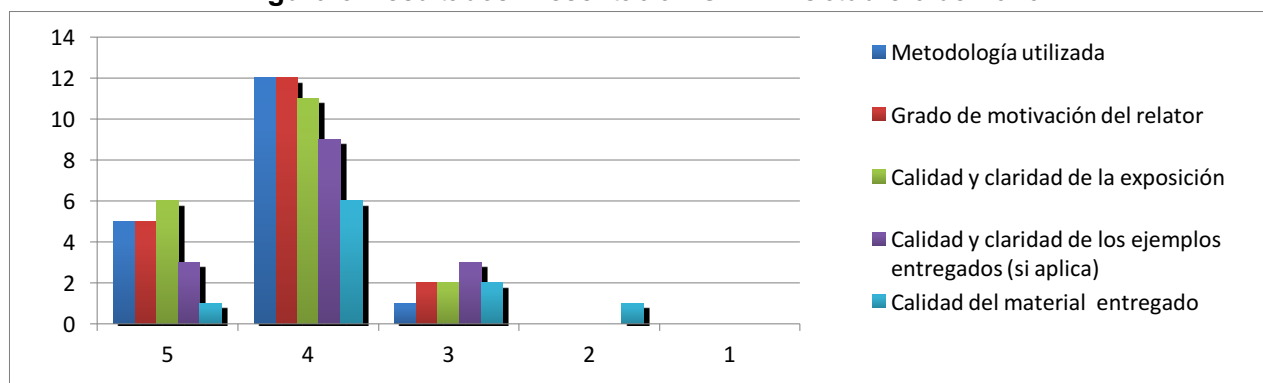
Figura 2 Socialización SIVIGILA. Octubre 6 de 2016



Fuente: Evaluaciones COVE Local Octubre 2016

En cuanto a la presentación de GAHD, el promedio de calificación fue 4,1 (bueno), donde el 21% la consideró como muy buena y el 11% como regular y una persona la calificó como mala (ver **Figura 3**).

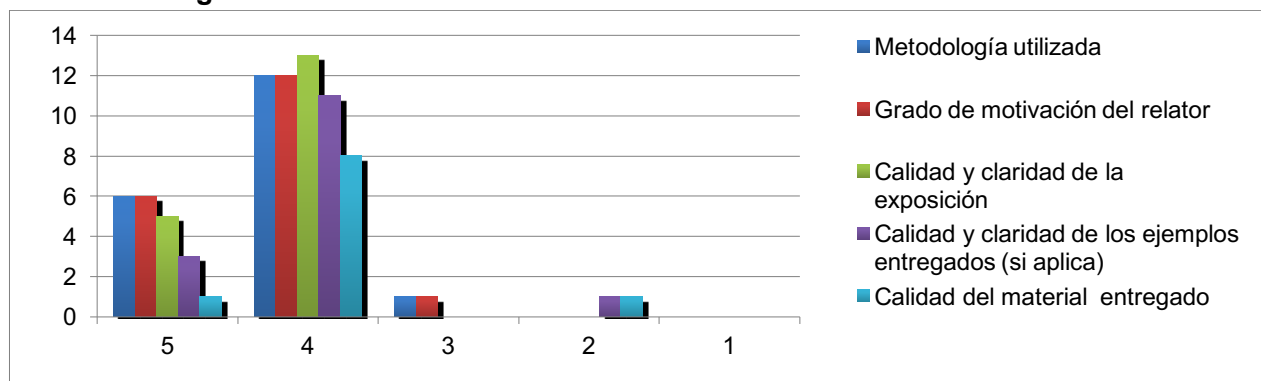
Figura 3 Resultados Presentación GAHD. Octubre 6 de 2016



Fuente: Evaluaciones COVE Local Octubre 2016

Frente a la presentación de Mortalidad Materna, la calificación promedio fue de 4,1 (Bueno), donde el 22% la consideró como muy buena mientras que el 2% como regular y dos personas como mala (ver **Figura 4**)

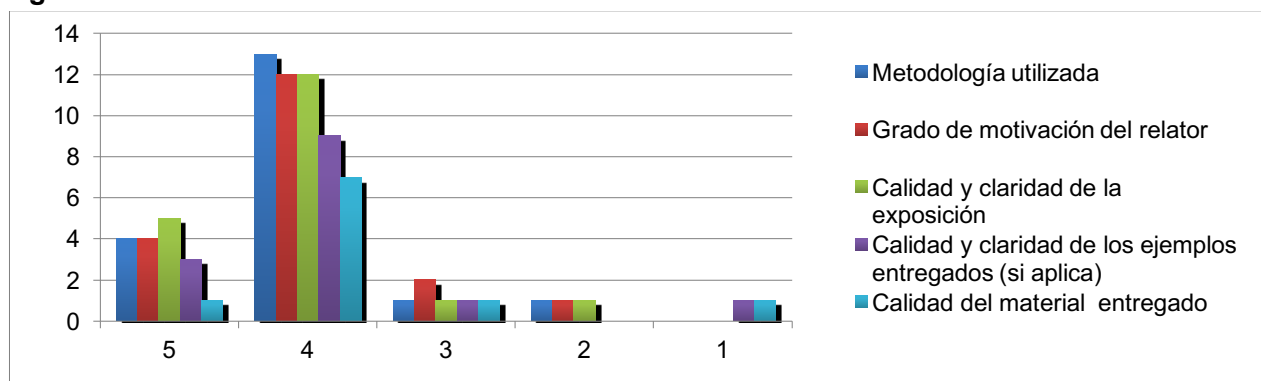
Figura 4 Resultados Presentación Mortalidad Materna. Octubre de 2016



Fuente: Evaluaciones COVE Local Octubre 2016

Para la presentación de consideraciones de las enfermedades transmisibles, la calificación promedio fue 3,9 (bueno), donde el 18% la consideró como muy buena y el 6% como regular, 3 personas la calificaron como mala y 2 como muy mala (ver **Figura 5**).

Figura 5 Resultados Presentación consideraciones enfermedades transmisibles. Octubre de 2016



Fuente: Evaluaciones COVE Local octubre 2016

Finalmente, en las observaciones del COVE, se requirió hacer la socialización oportuna cuando cambia con frecuencia los aplicativos o formatos de informes, tener en cuenta la rotación de personal en las instituciones para hacer la capacitación y garantizar que la información sea veraz y oportuna en las personas nuevas en el proceso.

Mejorar la motivación y dinámica de las reuniones para lograr conectar al auditorio con los capacitores, enviar al correo SIVIGILA las presentaciones oportunamente.

Las charlas son muy extensas y monótonas.



CONCLUSIONES

De acuerdo a lo desarrollado durante el COVE, fue posible conceptualizar sobre el abordaje de las defunciones por causas naturales en el hogar y las diferentes posibilidades en la presentación de estos eventos. De igual forma, se realizó la sensibilización sobre la ocurrencia de la mortalidad materna en el distrito a partir de la descripción de las muertes presentadas y identificación de las demoras en la atención. Adicionalmente, se revisaron algunos conceptos importantes frente a la notificación de eventos transmisibles. Finalmente, la información presentada fue complementada mediante el análisis de casos de mortalidad donde se organizaron las causas en concordancia al certificado de defunción.

RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS

No se generaron durante la realización del Comité