

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA



SSR- SMI – VSPC

**COMITÉ DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA
LOCALIDADES
SUBA Y ENGATIVÁ
AGOSTO 2018**

A) Datos de identificación.

Fecha: 31/Agosto/2018

Lugar: Auditorio CES Suba

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte

Objetivo:

Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento de conceptos y conocimiento de los eventos de interés en salud pública que abordan los subsistemas de salud sexual y reproductiva y vigilancia en salud pública comunitaria, mediante la explicación y socialización de los protocolos de morbilidad materna extrema, sífilis gestacional y congénita y las actividades desarrolladas por VSPC.

Metodología: La planeación y desarrollo del COVE se realizó en cuatro partes:

En la primera parte se gestionó la preparación y gestión de la información, en donde se realizó articulación de los subsistemas de SIVIGILA, SSR y VSPC para distribuir las diferentes tareas administrativas para poder definir fechas, implementos, invitados y espacios para el desarrollo de los COVES; la segunda parte correspondió a la ejecución del COVE que se realizó el día 31 de Agosto; en la tercera parte se procedió a realizar el análisis de la información, en el cual se elaboró el informe del COVE; finalmente, la cuarta parte de divulgación, en la cual se procede a realizar la publicación del informe y los soportes del espacio en el link: <http://www.subrednorte.gov.co/?q=content/informes-localidad>

Durante el desarrollo del COVE se realizaron presentaciones magistrales con apoyo de diapositivas en cada uno de los temas. La unidad de análisis se realizó mediante preguntas de selección múltiple con única respuesta.

Número de Participantes:

Se contó con un total de asistentes 94 representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD y funcionarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Caracterización de los Participantes:

La población asistente al COVE estuvo compuesta por profesionales del área de la salud como representantes de las UPGD y colaboradores de la Subred Norte E.S.E.

AGENDA:

1. Lectura del Acta anterior. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica.
2. Socialización del protocolo de Morbilidad Materna Extrema
3. Socialización del Protocolo de Sífilis Gestacional y Congénita
4. Receso
5. Experiencias Significativas de la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria
6. Unidad de Análisis SSR-SMI-VSPC
7. Socialización de Alertas Epidemiológicas y Tableros de Control SIVIGILA
8. Cierre

Desarrollo de la agenda.

1. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica Lectura del Acta anterior. Se realiza lectura del acta anterior donde no se presentan inquietudes ni comentarios al respecto.

2. Socialización del Protocolo Sífilis Gestacional y Congénita:

Se da inicio al comité de socialización de sífilis gestacional y congénita con la presentación de la Dra. Yenny Betancourt Médico Residente de Medicina Familiar Universidad del Bosque, y la epidemióloga Nayibe Jimenez de Unidad de Salud Sexual y Reproductiva expone el Protocolo de Vigilancia de Salud Pública de Sífilis Gestacional y congénita con algunos aspectos de interés en salud pública para este evento.

Actualmente la sífilis gestacional y congénita en la ciudad de Bogotá es un evento álgido en el momento ya que las cifras gran incrementado, por lo cual la OPS ha propuesto la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública llevando la incidencia a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos / 1.000 nacidos.

Esto hace que se requieran estrategias de vigilancia a tiempo, con calidad y con oportunidad. Con el fin de tomar decisiones, generar alertas e implementar políticas para el buen desarrollo.

Pero expresa gran incertidumbre ya que en el 2015 se documentó ascenso de los casos reportados. Informándose que la proporción de incidencia de sífilis congénita ha pasado de 0,9 a 1,11 casos / 1.000 nacidos vivos entre 1998 y 2016, y la razón de prevalencia para sífilis gestacional de 1,3 a 6,6 casos / 1.000 nacidos vivos entre 2003 y 2016.

Descripción del evento: El *Treponema pallidum*, espiroqueta que penetra en la piel o mucosas lesionadas causando sífilis, una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del ser humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal

Modo de trasmisión: El microorganismo infeccioso *Treponema pallidum* en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana). La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración transmitirán la infección al niño. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación; la transmisión suele tener lugar entre la 16.^a y la 28.^a semana del embarazo

La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama.

El diagnóstico de la infección por sífilis se realiza fundamentalmente por la detección de anticuerpos contra el *Treponema pallidum*. Hay dos tipos de pruebas para la detección de anticuerpos:

1. Las pruebas treponémicas como las pruebas rápidas, TPPA (*Treponema pallidum* Particle Agglutination) y TPHA (*Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay)
2. Las pruebas no treponémicas como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid plas-ma reagin).

Definiciones de caso:

Caso confirmado de sífilis: Toda mujer gestante púerpera o en aborto en los últimos 40 días con signos clínicos sugestivos de sífilis, úlcera genital placas en las palmas o en las plantas. Con prueba treponémica rápida + positiva acompañada con una no treponémica reactiva a cualquier dilución hay dos técnicas para esa no reactiva la RPR y la VDRL.

Reinfección: En toda gestante o mujer en puerperio que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis presenta durante el seguimiento clínico y serológico aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel. O aumento en los títulos de la prueba treponémica VDRL o RPR de cuatro veces o dos diluciones con respecto a la prueba treponémica inicial el control serológico a la gestante se debe realizar 3, 6 y 9 meses.

Cicatriz serológica: Después de la infección por sífilis. Se crea un proceso de inmunidad y permanecen con el tiempo con una serología de dos diluciones positiva ya que la Sífilis tiene memoria. Pero esto equivale a una huella inmunológica no a infección. Lo que dice si una infección es activa o no es la Serología.

El seguimiento para saber si el tratamiento fue adecuado para el manejo de la sífilis se realiza con la prueba no treponémica que es la serología VDRL, siempre que se va a realizar seguimiento debe ser con la misma técnica de laboratorio para que sea comparable y así definir si tiene un tratamiento efectivo.

Sífilis congénita se define también si cumple con la definición del caso:

1. Nexo epidemiológico: fruto de la gestación mortinato o nacido vivo de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita. (la guía dice que para

prevenir la sífilis congénita es haber recibido al menos una dosis de penicilina 30 o más días antes de haber presentado el parto).

2. Por clínica: Todo recién nacido de gestante con diagnóstico de sífilis con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o con exámenes paraclínicos sugestivos de hallazgos rx o en líquido cefalorraquídeo. y a la variable le debemos colocar en el Sivigila que es por clínica.
3. Laboratorio: todo fruto de la gestación con prueba no treponémica con títulos cuatro veces mayores que los de la mama al momento del parto lo que equivale a dos diluciones por encima del título de los documentados en la madre.
4. Demostración por laboratorio de la treponema por medio del campo oscuro o de inmunofluorescencia o tras coloración o procedimiento específico en lesiones en lesiones. secreciones placenta cordón o en material de necropsia. Clave cuando un mortinato se manda a necropsia hay que escribir que se aislé el treponema para poder definir si es este mortinato es asociado a la sífilis.

Resultados para realizar el diagnóstico:

Resultado	Interpretación
No treponémica (-) Treponémica (-)	Se puede excluir la infección. Una excepción sería la infección reciente, por lo que si hay sospecha se deben repetir las pruebas después de 15 a 21 días.
No treponémica (+) Treponémica (+)	Es una infección sífilítica. La entrevista ayudará a establecer si es reciente o antigua, conocida o desconocida. Si se confirma que había sido diagnosticada y tratada correctamente puede ser una cicatriz serológica, sin embargo, se debe hacer un seguimiento cuantitativo con prueba no treponémica
No treponémica (-) Treponémica (+)	Es una reacción treponémica específica (99,5 al 100 %) Generalmente refleja la persistencia normal de anticuerpos al <i>Treponema</i> y no infección activa.
No treponémica (+) Treponémica (-)	Es una reacción cardiolipínica no específica que se puede deber a otras patologías, incluyendo la gestación. Generalmente se trata de un falso positivo y no es un caso de sífilis gestacional. Confirmar con otras pruebas treponémicas (TPPA, TPHA.)

Fuente: OPS. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004. www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf

Tratamiento adecuado para la prevención de Sífilis Congénita: Penicilina benzatínica de 2´400.000 UI (IM) 30 o más días antes del momento del parto.

Tratamiento para la Sífilis Gestacional :Sin antecedentes de alergia a la penicilina:

Penicilina benzatínica 2´400.000 UI IM en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba rápida treponémica y continuar con el manejo según el estadio

En el o los contactos sexuales de la mujer con Sífilis Gestacional

Administrar el tratamiento para sífilis de duración desconocida, 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. En caso de alergia a la penicilina, se recomienda administrar Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días.

Tratamiento para la Sífilis Congénita RN CON criterios caso de Sífilis Congénita, Penicilina G cristalina 100.000 UI/ Kg/IV dividida en dos dosis (cada una de 50.000 UI/kg cada 12 horas) por 7 días y RN expuesto SIN criterios Caso de Sífilis Congénita Penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM DU Como profilaxis para infección por sífilis.

En todo recién nacido que cumpla los criterios de caso de sífilis congénita se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (prueba no treponémica - VDRL, RPR-) cada 3 meses hasta el año de edad (3, 6, 9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en dos (2) diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma

técnica (VDRL, RPR). Si el recién nacido tuvo compromiso de sistema nervioso central, a los seis meses se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el LCR de acuerdo con la edad

Recomendaciones generales:

Análisis institucionales al 100% de los casos de sífilis congénita. Este debe ser liderado por el área de calidad. La norma esta como un evento adverso por lo anterior se debe realizar análisis para tomar decisiones y plan de mejora en la atención. Se debe revisar desde epidemiología si realmente ese caso está bien definido.

Se recuerda realizar los ajustes de los eventos y que se tiene 4 semanas para realizar estos ajustes y que aún es su base de datos está documentando pendientes.

Socializa las responsabilidades que se encuentran descritas en el en el decreto 3518 de 2006 y el decreto 780 del 2016, el médico tratante está en la obligación de diligenciar las fichas de notificación en su totalidad, con letra clara, legible y enviarlas al área de epidemiología de la institución para el flujo de la notificación.

Capacidad para actualizar permanentemente a los profesionales de la salud en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia de la sífilis gestacional y congénita en su área de influencia.

Analizar y actualizar información de la vigilancia para la toma de decisiones.

Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial

Suministrar información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción. Dentro de los lineamientos y fines propios del sistema de vigilancia en salud pública

Garantizar la socialización de los indicadores de sífilis gestacional y congénita con EPS, redes prestadoras para la implementación de plan de intensificación de sífilis congénita (tener en cuenta que es un indicador de calidad de la atención) a nivel de la IPS a la EPS Y redes prestadoras con copia a la SDS

Todos los casos notificados al SIVIGILA deben contar con ficha de la estrategia de eliminación de transmisión materno infantil y ser enviados por el referente de la IPS a la EPS con copia a la SDS.

Garantizar los ajustes de los eventos de acuerdo a los tiempos establecidos

Diligenciar todas las variables e ingresarlas en su totalidad al SIVIGILA: revisar estado clínico. Clasificación del caso, laboratorios. (Prueba treponemica + serológica).

Los casos de sífilis congénita deben tener notificación de sífilis gestacional.

No se deben notificar casos sin ingreso de laboratorio. Revisar la pestaña de laboratorios en SIVIGILA a fin de garantizar el cumplimiento de la notificación.

Se debe dar cumplimiento a las definiciones de caso para la notificación, se recuerda difundir la información del Comité de y cumplir con las reuniones internas y acoger sugerencias, con énfasis en que todas las enfermedades de transmisión sexual que se ingresan al sivigila deben estar confirmadas por laboratorio. Y este reporte de laboratorio también se debe documentar en el momento de ingresarlo a la plataforma.

Idealmente la Prueba treponemica debe ser una rápida, si sale positiva se iniciará el tratamiento con la penicilina y continuar con las dosis faltantes con intervalo de 8 días.

Por todo lo anterior las acciones colectivas, se basa en las medidas preventivas que se aplican a todas las infecciones de transmisión sexual, en donde se fortalezca la cobertura y calidad del control prenatal en la red de servicios institucionales, el cumplimiento de la Guía de práctica clínica y el protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita en las instituciones de salud, la capacitación y divulgación de normas y protocolos. Además, promover las medidas generales para fomentar la educación sexual, informar a la comunidad y vincularla al proceso de vigilancia epidemiológica para la detección de posibles casos, realizar búsqueda activa comunitaria.

Garantizar el seguimiento de los pacientes con sífilis gestacional, ya que la prueba treponémica de control se debe realizar a los 3, 6 y 9 meses después del diagnóstico de la misma con el fin de detectar a tiempo la reinfección y darle manejo oportuno, así mismo se debe reforzar la educación de las gestantes, la interpretación oportuna de los paraclínicos ya que se están realizando el primer control de embarazo entre el primero y segundo trimestre pero se le diagnostica su patología en el tercer trimestre.

3. Socialización del protocolo Morbilidad Materna Extrema

La presentación se realiza a cargo de la epidemióloga Brigitte Rey Herrera y la Dra. Yenny Betancourt Médico Residente de Medicina Familiar Universidad del Bosque, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva expone el Protocolo de Vigilancia de Salud Pública Morbilidad Materna Extrema.

La OMS define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo.

Antecedentes:

En mayo/2006, en Lima, en un taller auspiciado por FLASOG, se propuso y aprobó, una actividad para toda la región latinoamericana:

“Promocionar la vigilancia y el análisis de la morbilidad materna extrema a nivel institucional y/o poblacional, adicional a la vigilancia de la mortalidad materna”.

El 5 de abril de 2007, en Santa Cruz de la Sierra, se realizó un "Taller para implementar un protocolo de vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema en Instituciones seleccionadas de Sur América”.

En el año 2012 se inicia la vigilancia del evento en todas las instituciones a nivel nacional dentro de los eventos de notificación obligatoria.

Importancia del seguimiento:

Los casos de MME son mayores en número, que los casos de MM, lo cual permite conclusiones más válidas acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención.

Las lecciones aprendidas del manejo de los casos que sobreviven, pueden ser usadas para evitar nuevos casos de MM.

Estas lecciones pueden ser menos amenazantes para los proveedores de salud que las derivadas de los análisis de la muerte materna.

Comportamiento del evento

Los criterios más usados son la histerectomía de emergencia (excepto en América) y Admisión a unidad de cuidados intensivos (UCI) usado para todas las regiones, (excepto África). La tasa de morbilidad materna extrema es superior en para los países de medianos y bajos ingresos, varió entre 4,9 % en América Latina, 5,7 %, en Asia, 14,9 %, en África. En países de altos ingresos es 0,8 %, en Europa y un máximo de 1,4% en América del norte.

A nivel nacional en el 2016 la razón de morbilidad materna extrema nacional preliminar fue de 31 casos por 1.000 nacidos las cinco entidades territoriales más importantes son Cartagena 58,2 casos por 1.000 nacidos vivos, Vichada 55,7, Huila 50,4, La Guajira 48,6, Bogotá 46, 1 y las causas principales son los Trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas, con una mayor proporción de casos entre los 20 a 24 años, la mayor razón es en las mujeres con edades extremas (de 35 y más años y las mujeres menores de 15 años).

A local se encontró que a semana 31 se han reportado 199 caso de los cuales 116 han ingresado a UCI y de estos 14 se les han realizado histerectomía como cirugía para manejo de complicaciones.

Causas más frecuentes:

Trastornos hipertensivos de la gestación: Constituye la principal causa de morbilidad materna y la 3° causa de mortalidad materna 15--- 20% Mortalidad en los países desarrollados Predispone a altas complicaciones, por lo tanto debe tenerse en cuenta los factores de riesgo (ver tabla 1) a los cuales deberá administrarse profilácticamente desde la semana 12 aspirina 75 a 100 mg /día vía oral.

Factores de riesgo para la aparición de complicaciones hipertensivas

Factores de riesgo moderado	Factores de alto riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Primer embarazo • Edad mayor o igual a 40 años • Intervalo intergenésico mayor a 10 años • IMC mayor o igual a 35 kg/m² en la primera consulta • Embarazo múltiple • Antecedente familiar de preeclampsia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno hipertensivo en embarazo anterior • Enfermedad renal crónica • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos • Diabetes tipo 1 y 2 • Hipertensión crónica.

Los trastornos hipertensivos se clasifican en Hipertensión crónica, cuando ocurre antes de las 20 semanas de gestación, Hipertensión Gestacional si es posterior a la semana 20, sin proteinuria; Preeclampsia: hipertensión acompañada de proteinuria, esta puede ser no severa o severa, la Hipertensión crónica más Preeclampsia sobreagregada y finalmente eclampsia la cual está acompañada de convulsiones.

De éstos se debe notificar los casos que cumplan criterios de severidad como la preeclampsia severa y forma de Pre eclampsia Complicada (Síndrome Hellp), y eclampsia.

El parto es el único tratamiento eficaz del trastorno, por lo que planear la terminación oportuna de la gestación es la piedra angular de manejo. El sulfato de magnesio, el uso de antihipertensivos y la monitorización clínica y de laboratorio hacen parte del manejo paralelo para evitar complicaciones.

Hemorragia posparto: Se considera hemorragia posparto si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Pérdida estimada de más de 500 cm³ de sangre en el posparto o más de 1.000 cm³ postcesárea o menor con signos de choque
- Pérdida de todo el volumen sanguíneo en 24 horas.
- Sangrado mayor a 150 cm³/min.
- Pérdida del 50% del volumen en 20 minutos.
- Descenso del hematocrito mayor o igual al 10%.

Se debe notificar los casos de hemorragia obstétrica severa, que cumplen los criterios mostrados en la siguiente Tabla

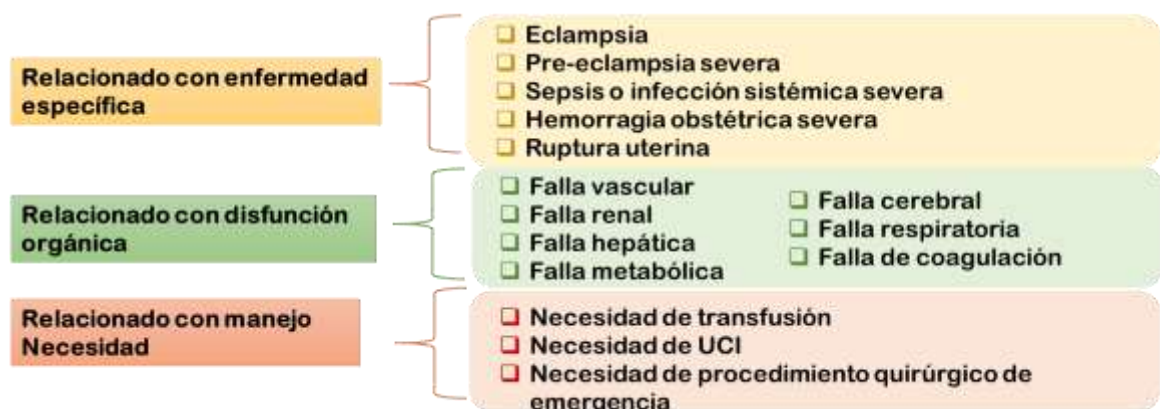
Criterios Hemorragia obstétrica severa

Hemorragia obstétrica severa
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea de origen obstétrico de 25 % de la volemia. • Pérdida > 150 mL/ min o 1.000 mL o más. • Cambios hemodinámicos (TAS <= 90 o TAD <= 50) • Caída de hematocrito mayor de 10 puntos.

Aproximadamente dos terceras partes (66%) de los casos de hemorragia posparto no tienen un factor de riesgo conocido, por lo que es indispensable aplicar las medidas preventivas a toda la población obstétrica.

Los Criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, Colombia, 2017 son tres: Relacionado con enfermedad específica, Relacionado con disfunción orgánica y la Relacionado con el manejo, en la gráfica se muestra los criterios para mayor entendimiento

Criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, Colombia, 2017



Descripción de Criterios de inclusión y definición operativa de casos de MME

CRITERIO	DEFINICION OPERATIVA	
Relacionado con enfermedad específica	Pre-eclampsia severa	Presión arterial sistólica persistente de 160 mmHg o más o presión arterial diastólica de 110 mmHg, más Proteinuria de 5 g o más en 24 horas; o en ausencia de proteinuria, hipertensión de aparición reciente con cualquiera de los siguientes criterios: trombocitopenia < 100.000, Oliguria <400 ml en 24 horas. Relación proteinuria/creatinina mayor o igual a 0,3 mg/dl, Creatinina > 1,1 mg/dL o el doble de la creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal, Aumento de transaminasas al doble de los valores normales, Edema pulmonar, alteraciones visuales o cerebrales.
	Eclampsia	Presencia de convulsiones generalizadas en el contexto de la preeclampsia en pacientes sin historia previa de epilepsia, o en estado de coma y en ausencia de otros trastornos neurológicos.
	Sepsis o infección sistémica severa	<p>Infección documentada o sospecha de infección que cumple con dos de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Temperatura > 38,3°C o < 36°C Frecuencia cardíaca > 90 Lat/min Frecuencia respiratoria > 20/min Presión arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg, PAM < 70 mmHg o una disminución de la PAS > 40 mmHg <p>Y se acompaña de cualquiera de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recuento de glóbulos blancos > 12.000 μL o < 4.000 μL o con más de 10 % de formas inmaduras Anomalías en la coagulación (INR > 1,5 o PTT > 60 s) Proteína C reactiva en plasma doble de valor normal Trombocitopenia (recuento de plaquetas < 100.000 μL) Hiperbilirubinemia (bilirubina total en plasma > 4mg/dL o 70 μmol/L) Hiperlactatemia (> 1 mmol/L) Reducción en llenado capilar o moteado Procalcitonina en plasma superior a dos DS (desviaciones estándar) por encima del valor normal Hipoxemia arterial (Pao₂/FIO₂ < 300) Oliguria aguda (diuresis < 0,5 ml/kg/h durante al menos 2 horas) Aumento de creatinina > 0,5mg/dL Glucosa en plasma > 140 mg/dL Estado mental alterado Edema generalizado
	Hemorragia obstétrica severa	<p>Pérdida sanguínea de origen obstétrico con pérdida de 25 % de la volemia.</p> <p>Pérdida mayor de 150 mL/ min o 1.000 mL o más.</p> <p>Presencia de cambios hemodinámicos (TAS <= 90 o TAD <= 50)</p> <p>Caída de hematocrito mayor de 10 puntos.</p>
	Ruptura uterina	<p>Es la pérdida de continuidad del músculo uterino.</p> <p>Con base en la presencia de factores de riesgo (cirugía uterina previa, hiperdinamia uterina, hiperestimulación de la actividad uterina con oxitocina, misoprostol y dinoprostona) que ocurran en pacientes en trabajo de parto activo, sangrado cuya intensidad es variable más frecuente sobre útero cicatrizal, dolor intenso al momento de la ruptura el cual cesa la dinámica uterina, partes fetales palpables a través de abdomen.</p>

	Criterio	Definición operativa
Relacionada con distensión orgánica	Cardiaca	Choque cardiaco. Edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.
	Vascular	Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico). Presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg, índice cardiaco >3,5 L/min. M2, llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo. Se considerará también como falla vascular aquellos casos donde la TAS sea >160mmHg o TAD>110 mmHg persistente por más de 20 minutos
	Renal	Deterioro agudo de la función renal documentada por incremento de la creatinina basal de 50 % en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1,2 mg/dL. Oliguria (< 0,5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.
	Hepática	Alteración de la función hepática que se documenta con ictericia de piel y escleras, con o sin hepatomegalia o bilirrubina total mayor de 3,0 mg/dL. Transaminasas moderadamente elevadas: AST y ALT mayor de 70 UI/L.
	Metabólica	Corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética o crisis tiroidea y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo, por hiperlactacidemia >200mmol/L, hiperglucemia >240 mg/dL, sin necesidad de padecer diabetes.
	Cerebral	Coma. Convulsiones. Confusión. Desorientación en persona, espacio y tiempo. Signos de focalización (cualquier déficit motor, sensitivo o cognoscitivo no generalizado como afasia, paresia o plejía en una o múltiples extremidades, anosmia, ceguera, disminución en percepción de color, movimiento o campos visuales, disartria, dismetría, disdiadocinecia o ataxia, alteración asimétrica en reflejos tendinosos profundos o aparición de reflejos patológicos). Lesiones hemorrágicas o isquémicas.
	Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no.
	Coagulación	Criterios de Coagulación Intravascular Diseminada (CID). Trombocitopenia (<100.000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH >600 UI/L).

	CRITERIO	DEFINICION OPERATIVA
Relacionado con manejo Necesidad	Necesidad de transfusión	Administración de tres unidades o más de hemoderivados en paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.
	Necesidad de UCI	Paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto al indicado para estabilización hemodinámica electiva. La admisión a la UCI se define como la admisión a una unidad que proporciona supervisión médica las 24 horas y es capaz de proporcionar ventilación mecánica y el apoyo continuo de medicamentos vasoactivos.
	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia	Procedimientos diferentes al parto o la cesárea, para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la mujer.

La notificación debe hacerse de forma individual e inmediata de casos confirmados en las UPGD a través de la ficha de notificación con datos complementarios con el código 549.

El seguimiento de casos está a cargo de la aseguradora (EAPB) de la paciente y se realizará a 100% de las mujeres notificadas. En el caso que esté sin afiliación, el seguimiento será responsabilidad del municipio de residencia de la paciente. Se debe además asegurar red de atención, eliminación de demoras o barreras administrativas en los procesos de referencia a los niveles de alta complejidad. En el Seguimiento posterior al egreso hospitalario debe evaluarse el progreso del puerperio, la adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el alta, con especial énfasis en la detección de signos de alarma, incluida la valoración del entorno social y familiar. El seguimiento posterior al egreso hospitalario debe ofrecer una atención integral con base en estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y recuperación, fundamentada en la atención en salud sexual y reproductiva así:

- Entre las 48 – 72 horas después del egreso.
- A los 42 días después del egreso.
- A los tres meses después del egreso

Se deben realizar visitas domiciliarias, siguiendo los criterios de priorización de casos: Adolescentes menores de 15 años, Adolescentes entre 15 y 19 años con dos o más gestaciones, adolescentes con histerectomía, mujeres mayores de 35 años, mujeres con siete o más criterios de inclusión y mujeres con pérdida perinatal.

Posteriormente se realiza la presentación de los hallazgos al realizar la revisión de las bases de SIVIGILA, donde se informa sobre los casos sin fecha de egreso, casos sin concordancia entre las variables, casos encontrados por BAI que no están notificados y casos notificados que no llegan dentro de la revisión de BAI realizada por la UPGDs De igual forma se muestra la ficha de notificación de MME, con las variables y los criterios anteriormente expuestos.

Al finalizar se realiza la presentación y explicación del formato del análisis agrupado de morbilidad materna el cual fue enviado por correo electrónico a todas las instituciones en el mes de julio, el cual se debe enviar al correo saludsexualsubrednortesuba@gmail.com (IPS de la localidad de SUBA) y vspsrenгатiva@gmail.com (IPS de la localidad de Engativá) de manera mensual del 5 al 10, de los datos mes vencido, por ello se explica variable por variable a fin de estandarizar la información se informa que cada uno de los indicadores allí señalados está dentro del protocolo del INS de MME, donde se

explican los numeradores y denominadores. Sin embargo las IPS solicitan enviar junto con el formato la explicación detallada de cada variable.

De otra parte se solicita la realización de los ajustes que se envían de manera mensual de los eventos de salud sexual y reproductiva, se resuelven dudas y se continúa con el siguiente tema.

4. Experiencias significativas de la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria de la subred norte

Dentro del desarrollo del COVE Local el equipo de Vigilancia Comunitaria tuvo participación frente a las generalidades y el accionar del subsistema. Para ello la Epidemióloga del proceso de VSPC María Camila Giraldo, realizó la presentación explicando así la definición y objetivos que tiene el subsistema fomentando la identificación y análisis de los problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades con un enfoque de salud urbana y con la perspectiva de aportar a la construcción de las rutas de respuestas inter sectoriales con participación social y ciudadana.

De igual forma se socializó las acciones que tiene la vigilancia comunitaria según el proceso, las cuales están categorizadas en tres abordajes: Gestión de la información, análisis e intervención, cada una de ellas encierra las actividades competentes al componente tales como: Recepción de notificaciones de problemáticas colectivas, identificación de riesgos colectivos según la UPZ priorizada, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), mapas de riesgo y tablas semaforizadas, Investigación Socioepidemiológica Comunitaria (ISEC) y finalmente la Investigación y Acción Participativa (IAP) las cuales permiten un empoderamiento de aquellas necesidades y/o problemáticas de interés o afectación colectiva generando espacios de transformación con la comunidad involucrada y se explicó en detalle cada una de ellas.

Posteriormente, se procede a mencionar las problemáticas que recibe el equipo VSPC, dentro de ellas están: Tenencia inadecuada de mascotas, manejo inadecuado de residuos sólidos en espacio público, deficiencia en los servicios públicos, aseguramiento, inseguridad, consumo de SPA, entre otros, rotando de esta manera por el auditorio la respectiva ficha de notificación en físico e incentivando así a las diferentes UPGS a notificar dichos eventos sea como institución o ciudadano afectado.

Seguido de ello, se socializa el comportamiento de la notificación que ha tenido las localidades de Suba – Engativá frente a los eventos de orden colectivo que notifican los actores comunitarios y ciudadanos en general, allí el mapa presentado muestra que para la localidad mencionada el mayor número de problemáticas reportadas están relacionadas con la tenencia inadecuada de mascotas, manejo inadecuado de residuos sólidos en espacio público, siendo las demás problemáticas en menor puntaje de notificación.

Finalmente se presenta un video que releva las experiencias significativas que ha tenido el equipo de Vigilancia Comunitaria en cada una de las acciones que desarrolla con la población que se concentra en cada una de las localidades que comprende la Subred Norte, concluyendo con la entrega de datos básicos para reportar eventos que sean observados en territorio por los participantes del COVE.

5. Receso

6. Unidad de Análisis SSR-SMI-VSPC

Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos durante las presentaciones realizadas en el espacio del COVE realizado por la Unidad de Salud Sexual y reproductiva y Vigilancia en Salud Pública Comunitaria en las localidades de Suba y Engativá

Metodología: Evaluación de conocimientos de los protocolos de, de Sífilis gestacional y congénita, Morbilidad Materna Extrema y Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, mediante la elaboración de preguntas de selección múltiple con única respuestas, se imparte una evaluación por persona.

- Se imparte hojas en blanco por persona y se leen las preguntas en una presentación en Power Point
- Se procede a permitir a los asistentes a resolver el cuestionario, y se da retroalimentación de las preguntas
- Se finaliza actividad con respectiva retroalimentación.
- Se realizan 6 preguntas en el cuestionario, se obtienen 69 respuestas, las cuales se analizan a continuación:

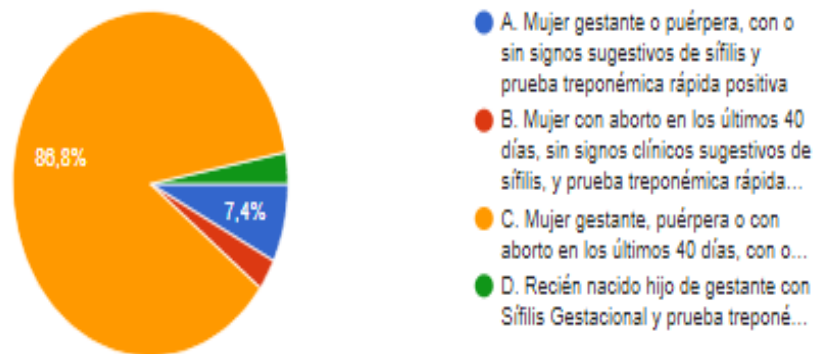
Los resultados de las 10 preguntas realizadas se presentan a continuación:

Preguntas sífilis gestacional y congénita

Grafica 1. Respuesta primer pregunta, caso confirmado de sífilis Gestacional

1. Un caso confirmado de sífilis Gestacional es:

68 respuestas



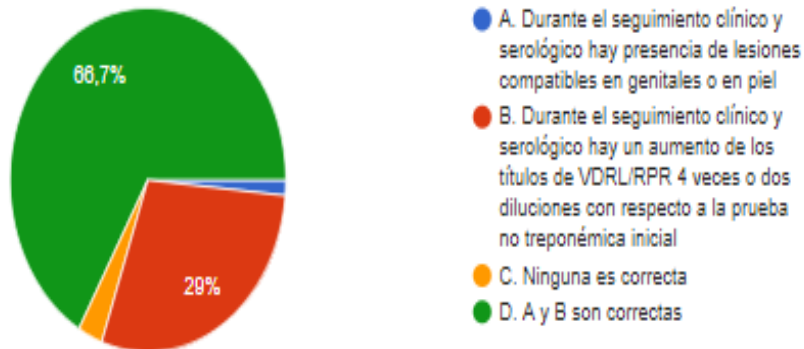
Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

De los datos generados como respuesta a las preguntas realizadas a los asistentes al COVE se preguntó 1. caso de sífilis gestacional es, a lo cual el 86.8% (n=59) de los evaluados indican C. Mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días, con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis, prueba treponémica rápida positiva y Prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, la cual es la respuesta correcta, un 13.2% (n=9) se equivocaron en sus respuestas marcando 7,4% respuesta A, 2.9% respondieron D y un 2.9% respondieron B

Gráfica 2. Respuesta segunda pregunta Criterios de reinfección de Sífilis Gestacional en una gestante o puérpera en los 40 días posparto

2. Son criterios de reinfección de Sífilis Gestacional en una gestante o puérpera en los 40 días posparto y con tratamiento adecuado:

69 respuestas



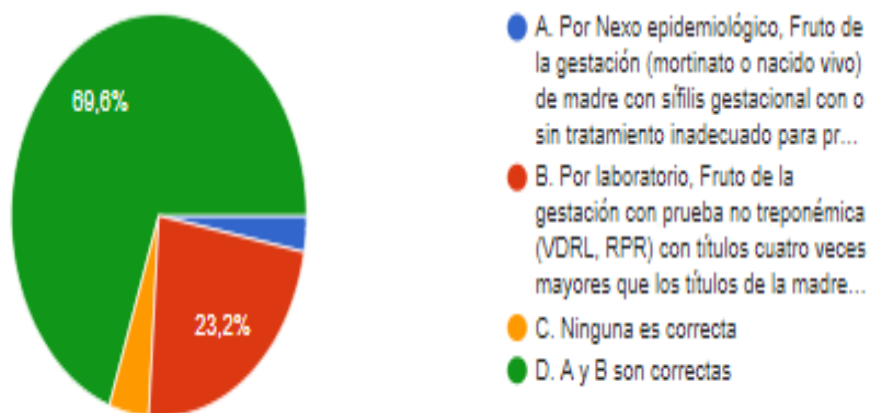
Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

En la segunda pregunta Son criterios de reinfección de Sífilis Gestacional en una gestante o puérpera en los 40 días posparto y con tratamiento adecuado: del total de los participantes el 66,7% (46) respondieron D. Durante el seguimiento clínico y serológico hay presencia de lesiones compatibles en genitales o en piel y Durante el seguimiento clínico y serológico hay un aumento de los títulos de VDRL/RPR 4 veces o dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial la cual era la respuesta correcta, un 33.3% (n=23) respondieron entre A, B Y C las cuales son respuestas incorrectas, se evidencia que a la pregunta B presento la mayoría de las respuestas erróneas.

Gráfica 3. Respuesta tercer pregunta. Criterios para confirmación de Sífilis congénita

3. Para realizar la confirmación de Sífilis congénita, se necesita los siguientes criterios:

69 respuestas



Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

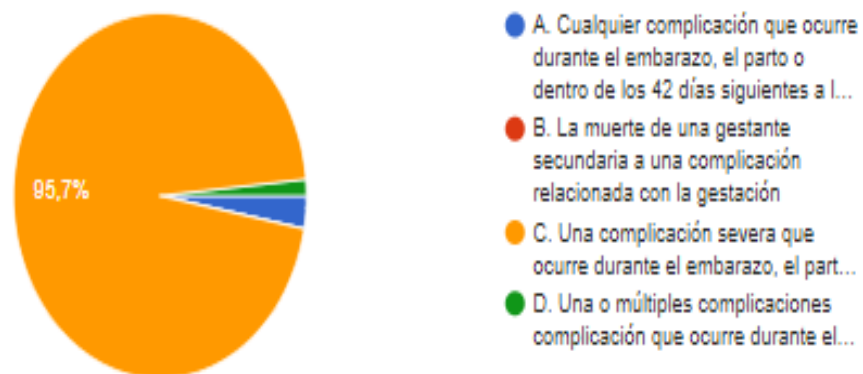
Para realizar la confirmación de Sífilis congénita, se necesita los siguientes criterios, se evidenció que un 69,6% (n=48) respondieron D, la cual es la respuesta correcta y un 30,4% respondieron de manera incorrecta, 23,2% (n=21) respondieron entre A,B,C por lo cual se recordó que Para realizar la confirmación de Sífilis congénita se requiere Por Nexo epidemiológico, Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional con o sin tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de VDRL/RPR o por laboratorio, Fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, (dos diluciones por encima del título materno).

Preguntas de Morbilidad Materna Extrema:

Gráfica 4. Respuesta a cuarta pregunta. Caso confirmado de Morbilidad materna extrema por clínica

4. Un caso confirmado de Morbilidad materna extrema por clínica es:

69 respuestas



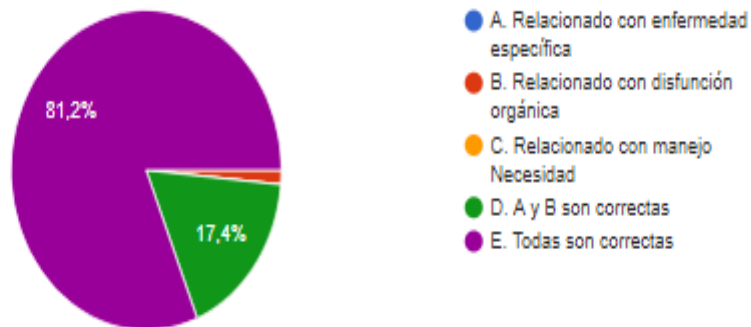
Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

Las respuestas obtenidas para las preguntas relacionadas con MME la la pregunta Un caso confirmado de Morbilidad materna extrema por clínica es el A. Cualquier complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. El 95.7% (n=66) respondieron correctamente mientras que un 4.3% (n=3) respondieron de manera incorrecta A y D.

Gráfica 5. Respuesta a quinta pregunta. Criterios de inclusión de morbilidad materna extrema

5. Son Criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, Colombia:

69 respuestas



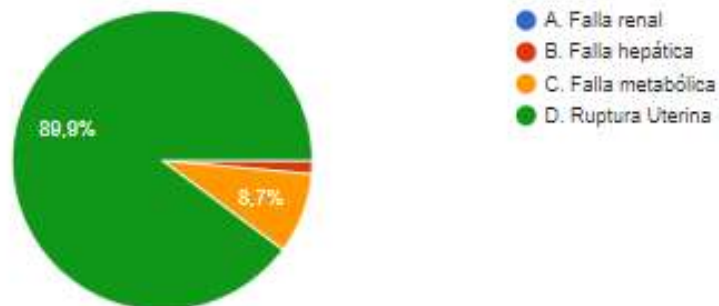
Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

Un total de 81.2% (n=56) respondieron a la pregunta los Criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, Colombia: E. Todas son correctas, la cual era la respuesta correcta, mientras que un 17.4% (n=12) respondieron D de manera incorrecta. al igual que 1.4% (n=1) respondieron B. Se recuerda que los criterios de inclusión de MME son los relacionado con enfermedad específica, relacionado con disfunción orgánica y los relacionado con manejo Necesidad.

Gráfica 6. Respuesta a quinta pregunta. Criterios relacionados con disfunción orgánica: No se incluye

6. Dentro de los criterios relacionado con disfunción orgánica: No se incluye

69 respuestas



Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

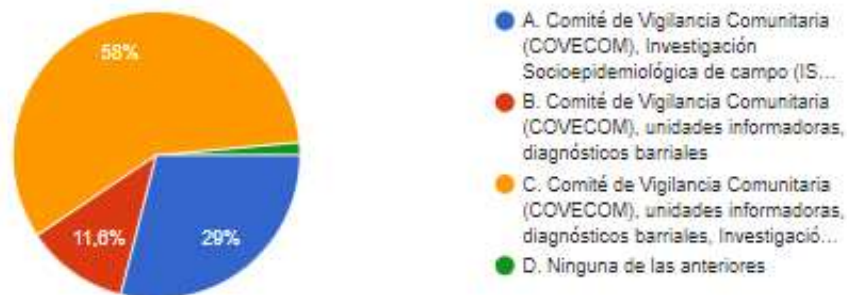
En la pregunta 6 dentro de los criterios relacionados con disfunción orgánica no se incluye, para la cual el 89.9% (n=62) respondieron D. Ruptura Uterina la cual es la respuesta correcta, un 9.1% (n=7) dieron una respuesta incorrecta 8.7% dijeron que C. falla metabólica y un 1.4% falla hepática

Preguntas de VSPC:

Gráfica 7. Respuesta a quinta pregunta, Actividades del subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC)

7. Qué actividades desarrolla el subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC)?

69 respuestas



Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

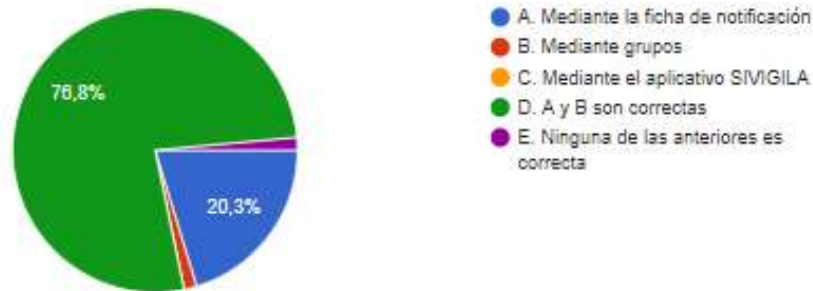
Para la pregunta sobre las actividades que desarrolla el subsistema de VSPC el 58% (n=40) respondió de manera correcta la C que incluía las actividades del subsistema como son el COVECOM, las asistencias técnicas a unidades informadoras, los diagnósticos barriales y las investigaciones socio epidemiológicas de campo (ISEC).

La respuesta A no era la correcta puesto que incluía las visitas domiciliarias como opción de respuesta, pero estas no son realizadas por el equipo de VSPC ya que aborda problemáticas colectivas mas no individuales y fue respondida de manera incorrecta por el 29,0% (n=20) de los asistentes, por lo tanto se realizó refuerzo en la socialización recordando nuevamente a los participantes que el proceso no realiza acciones individuales. La respuesta B no era la correcta puesto que no incluía la actividad de ISEC y el 11,6% (n=8) de los asistentes la dio por respuesta. Finalmente, el 1,4% (n=1) de los asistentes respondió que ninguna de las anteriores era la respuesta correcta.

Gráfica 8. Respuesta a quinta pregunta. Articulación de UPGD con Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC)

8. Usted siendo una UPG cómo puede articularse con el proceso de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC)?

69 respuestas



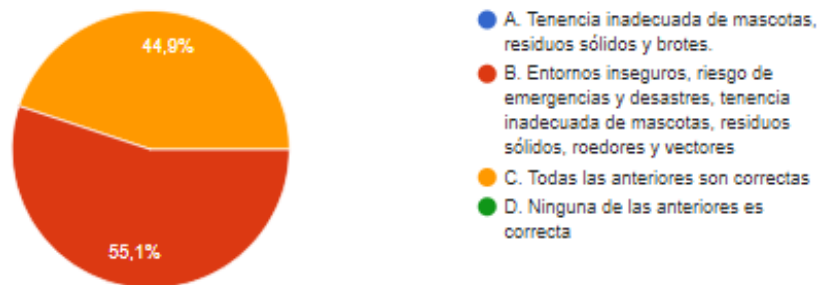
Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

Para la pregunta 8 sobre la articulación de las UPGD al proceso de VSPC, el 76,8% (n= 53) de los asistentes respondió de manera correcta que podían articularse al proceso mediante la ficha de notificación y mediante grupos. El 20,3% (n=14) de los asistentes respondió que la articulación se hacía mediante la ficha de notificación lo cual es correcto pero no incluía la opción de grupos; 1 de los asistentes respondió que mediante la ficha de notificación, lo cual nuevamente es correcto pero no incluye la opción de la ficha de notificación. Uno de los asistentes respondió que mediante el aplicativo SIVIGILA lo cual es incorrecto puesto que la notificación a VSPC no se hace por este medio y, finalmente 1 asistente también respondió que ninguna de las opciones anteriores era correcta.

Gráfica 9. Respuesta a quinta pregunta. Problemáticas a notificar al proceso de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC)

9. Qué problemáticas se pueden notificar al proceso de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC)?

69 respuestas



Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

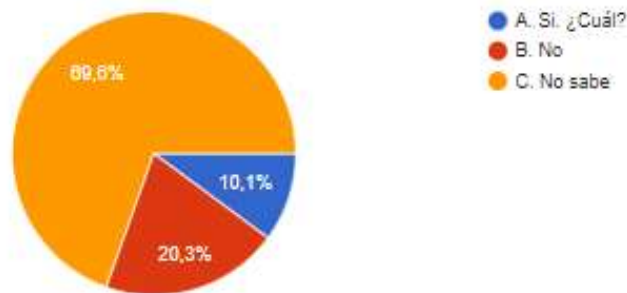
Para la pregunta 9 que abordaba las problemáticas que pueden ser notificadas al proceso de VSPC se encontró que el 55,1% (n=38) de los asistentes respondieron de manera correcta que se notificaban entornos inseguros, riesgo de emergencias y desastres, tenencia inadecuada de mascotas, residuos sólidos, roedores y vectores. El 44,9% (n=31) restante de los asistentes respondió de manera incorrecta que todas las anteriores eran correctas.

La opción C que fue respondida por gran parte de los asistentes no era la correcta puesto que el equipo de VSPC no atiende brotes que estaba incluido dentro de dicha opción de respuesta y es responsabilidad del equipo de urgencias y emergencias lo cual se reforzó en la socialización a los asistentes.

Gráfica 10. Respuesta a quinta pregunta, La UPGD cuenta con grupos poblacionales

10. La UPGD cuenta con grupos poblacionales donde pueda ingresar a intervenir la Vigilancia Comunitaria?

69 respuestas



Fuente: Unidad de análisis COVE Suba y Engativá, Agosto 2018

Para finalizar, se preguntó a los participantes si existía en sus UPGD grupos poblacionales que pudiera intervenir el equipo de VSPC y se encontró que el 69,6% (n=48) de los asistentes no sabe si cuenta con grupo comunitario en su UPGD, el 20,3% (n=14) no cuentan con grupo y el 10,1% (n=7) si cuentan con grupo comunitario.

7. Socialización de Alertas Epidemiológicas y Tableros de Control SIVIGILA

Se inicia la presentación con la socialización de los hallazgos encontrados en los tableros de control por UPGD durante el mes de julio, se aclara que anteriormente se envió a través de correo electrónico la retroalimentación de los tableros a cada UPGD, se muestra cada indicador evaluado empezando por la notificación negativa, positiva y silenciosa se muestra que el 100% de las UPGD notificó durante todas las semanas, no se presentó silencio epidemiológico. En

relación a la oportunidad en la notificación, se recuerda a las UPGD que la notificación de los eventos no debe tener un tiempo mayor a 7 días para los eventos semanales y los eventos inmediatos se deben notificar en el momento en que se presente, se muestran en diapositiva las UPGD que tienen eventos inoportunos. Se habla acerca de la oportunidad en los ajustes, la importancia de realizarlos durante las 4 semanas después de ser notificado. La UPGD debe garantizar la toma de los laboratorios para aquellos eventos que los requieran con el fin de garantizar el cumplimiento en los tiempos para los ajustes según los lineamientos dados por Secretaría Distrital de Salud. Se evidencia en diapositivas las UPGD que tienen pendientes en el aplicativo Sivigila del ingreso de laboratorios.

Es obligación de la UPGD enviar soportes e ingresar los laboratorios de aquellos eventos que lo requieran, ejemplo: VIH, TB (todas las formas), Dengue, Hepatitis A, B y C.

Se informa a las UPGD's la importancia de enviar la notificación semanal e inmediata de forma oportuna con calidad en el dato, para la notificación semanal las UPGD's la deben enviar los días lunes antes de las 3:00 pm para que se considere oportuna y debe contar con las fichas de notificación y los archivos planos.

Se socializan los principales hallazgos en el proceso de notificación como el inadecuado registro de la información en las fichas de notificación como no ingreso de fecha de notificación, código del evento, no concordancia entre el nombre del evento y el código del evento, datos de ubicación del paciente no diligenciados, de igual forma se muestra los principales hallazgos de ingreso de información al aplicativo SIVIGILA como errores en la georreferenciación, código del evento, tipo de caso. Se hace énfasis en tener mucho cuidado al ingresar la información, que haya concordancia entre la ficha y el archivo plano, y la calidad del dato.

Se habla acerca de la notificación inmediata, la cual se debe realizar todos los días incluyendo los domingos y festivos, el envío de los archivos planos de esta notificación se realiza los días lunes, miércoles, jueves y viernes antes de las 12:00 m.

Se habla acerca de los eventos 356 y 365, toda intoxicación por sustancias químicas con tipo de exposición intencional suicida se deberá notificar al evento intento de suicidio código 356. En caso que la intoxicación por sustancias químicas de tipo suicida sea condición final muerto se deberá notificar a este evento con código 365.

Las UPGD refieren que la notificación del evento intento de suicidio en ficha SIVIGILA 356 y ficha de SISVECO generará molestias en los médicos quienes no diligenciarán las dos fichas porque no cuentan con el tiempo. Se informa que se consultará con referentes de SISVECO e Intoxicaciones para definir como continuar el proceso.

Se retoma nuevamente el tema de la notificación oportuna y con calidad en el dato de los archivos RIPS- SIANIESP como fortalecimiento al proceso de

notificación de archivos RIPS, los cuales deben ser cargados al aplicativo SIANIESP de manera mensual y enviados los primeros 10 días, mes vencido. Se recuerda que en el momento de la instalación del aplicativo Sivigila 2018 se dejó en cada una de las UPGD las herramientas de consulta: Manual de Nomenclaturas, Calendario Epidemiológico 2018, Eventos de Notificación Inmediata, Codificación eventos SIVIGILA 2018, Código de Laboratorios, Letras identificación de localidades distritales y sus respectivas UPZ's. Se recomienda socializar todo lo relacionado con la Notificación de Eventos de Interés en Salud Pública, los temas tratados en el COVE LOCAL al compañero de equipo de trabajo, al reemplazo de vacaciones y/o incapacidad.

8. Decisiones y conclusiones

- Para la notificación de los casos de Sífilis gestacional y congénita es necesario tomar las pruebas treponémicas y las no treponémicas y así como subirlas al aplicativo SIVIGILA.
- Se explicó los protocolos de Morbilidad Materna Extrema, resaltando la importancia del seguimiento de los protocolos, debido a comportamiento epidemiológico del evento, normatividad y justificación del mismo
- Se aclararon los eventos de notificación para VSPC y la importancia de la notificación comunitaria, por lo cual se informa correo para el proceso.
- Se enfatizó la importancia de la notificación adecuada, el ingreso correcto de todas las variables al SIVIGILA y la importancia de cumplir con los algoritmos diagnósticos de todos los eventos a fin de garantizar una base completa, así como la unificación de conceptos de los nombres de las localidades.
- Se recalca la importancia de realizar la notificación de todos los eventos de SSR SMI de acuerdo al protocolo y cumpliendo con los algoritmos de cada uno de los eventos.

9. Cierre

Anexa Listados de asistencia

Ver acta

Bibliografía:

1. OMS. Estrategia Mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. [Fecha de consulta: 2017 Octubre 2017].
Disponibile en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>.

2. Vigilancia y Análisis el Riesgo en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Sífilis Congénita y Gestacional. Instituto Nacional de Salud Versión 02. 10.01.2018.
3. OPS. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004.
www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSífilisLAC.pdf.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, 2014.
5. Vigilancia y Análisis del riesgo en Salud Pública protocolo de Vigilancia en Salud pública morbilidad materna extrema. 29 Diciembre 2017. Versión 03.
6. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, 2013 Guías No. 11-15
7. Secretaria Distrital de Salud Guía de hemorragia posparto - Código Rojo, 2014.
8. Anexo operativo componente Vigilancia Comunitaria en Salud Pública. Plan de Intervenciones Colectivas, 2018.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3518 de 2006.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.