

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

LOCALIDAD SUBA-ENGATIVA

MAYO 2019



Datos de identificación.

Fecha: 31/Mayo/2019

Lugar: Auditorio - CAPS Rio negro

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte

Objetivo:

Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento de conceptos y conocimiento de los protocolo de vigilancia de salud pública morbilidad materna extrema y mortalidad materna y eventos de interés en salud pública del componente SSR SMI.

Metodología: El desarrollo del COVE requirió de tres fases: preparación y gestión de la información, en la cual se realizó un proceso de articulación de las referentes responsables de las temáticas centrales e itinerantes; la segunda fase correspondió al análisis de la información, en el cual se elaboró el informe del COVE. Finalmente la fase de divulgación, en la cual se procedió a 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 de forma magistral por cada una de las intervenciones previstas, mediante la presentación de diapositivas e interactuando con los asistentes a partir de la proyección de imágenes; El espacio de análisis de los temas centrales, se desarrolló mediante la exposición de los Protocolo de Vigilancia de Salud Pública para Salud Sexual y Reproductiva y Salud materno Infantil.

Número de Participantes:

Se contó con un total de asistentes 77 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. Instalación Comité de Vigilancia Epidemiológica. Lectura del Acta anterior.
2. Socialización hallazgos de la BAI
3. Receso
4. Socialización del protocolo de morbilidad materna extrema-Ángeles guardianes,
5. Socialización del protocolo mortalidad materna
6. Unidad de Análisis SSR-SMI
7. Socialización Varios Transmisibles y SIVIGILA

Desarrollo de la agenda.

1. Lectura del acta anterior Comité de Vigilancia Epidemiológica.
2. Socialización de hallazgos BAI SSR

La presentación se realiza a cargo de la Epidemióloga Nayibe Rocío Jimenez de la Subred norte quien da inicio a la presentación en primera medida de algunos aspectos básicos de la BAI como la definición dada por el Instituto Nacional de Salud describiéndola como un proceso en el cual se indagan o rastrean diagnósticos diferenciales de los eventos de interés en Salud Pública en fuentes distintas, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente el último mes; en todos los niveles de complejidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del territorio Nacional, que por cualquier motivo no fueron notificados o ingresados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

El fin principal de este proceso se da ante el riesgo de adquisición de brotes o de epidemias, dadas entre otros factores por el riesgo epidemiológico y carencia de notificación correspondientes, el distrito capital adopta la estrategia definida por el Instituto nacional de salud INS de búsqueda activa institucional (BAI) para aquellos eventos de interés en salud pública relacionados en los lineamientos, los cuales incluyen eventos de eliminación y erradicación. De igual manera frente a los eventos de control de alto impacto en la comunidad.

Normatividad legal que respalda la BAI:

- Decreto único de salud 780 de 2016. Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud.
- Decreto 3518 de 2006 el cual reglamenta la Vigilancia en Salud Pública y en su Artículo 20. Obligatoriedad de la notificación de estos eventos en el sistema de Salud Pública - SIVIGILA. Artículo 13. Funciones de las unidades primarias generadoras de datos.
- Resolución 3374 del 2000, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades

administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

- Circular 020 de 2013 Búsqueda Activa Institucional Eventos De Salud Pública.

Circular 020 de 2013 Búsqueda Activa Institucional Eventos De Salud Pública.

Efectuar búsqueda activa interna identificando cada caso, a través del registro individual de la prestación del servicio (RIPS). De todos los servicios prestados por la institución, y para los eventos de mortalidad materna y perinatal se pueden tomar como fuente la base de datos de estadísticas vitales.

Involucrar a los laboratorios clínicos y de referencia para que realicen la búsqueda de estos casos a través de sus solicitudes y reportes de exámenes de laboratorio.

Identificar los casos encontrados y correlacionar su respectiva notificación en el SIVIGILA.

Obtener las historias clínicas (HC) de casos que no se encuentren notificados, para el correspondiente estudio y análisis que permita su posterior registro, cumpliendo con la definición de caso.

Garantizar la notificación al SIVIGILA de los eventos que cumplan con la definición de casos y tomar las muestras correspondientes para el evento, cumpliendo con los tiempos establecidos en los mismos.

Consolidar la información en los formatos establecidos para tal fin, precisando total de RIPS revisados, total de eventos encontrados, total de eventos notificados al SIVIGILA, total de HC revisadas, eventos descartados por error de digitación o mal codificación, eventos descartados porque no cumplen con la definición de caso.

Diligenciar la base de datos donde se consignan los casos encontrados según códigos CIE 10 y se definen los criterios de descarte y cumplimiento de definición de caso.

Enviar el magnético con: formato de BAI diligenciado, RIPS según la estructura. Fichas de notificación de los eventos que cumplieron con definición de caso y no fueron notificados, los cuales deben ser ingresados al SIVIGILA y visualizarse en la semana siguiente. Historias clínicas clasificadas por evento.

La información debe ser remitida a la subred dentro de los 10 primeros días del mes vencido.

Posteriormente se realiza la presentación de cada una de las definiciones de caso para los eventos:

Sífilis gestacional 750: evento siempre **confirmado por laboratorio** y de notificación semanal con una treponémica positiva y una no treponémica VDRL o RPR reactiva a cualquier dilución, además de ingresar los laboratorios en el aplicativo en la casilla correspondiente, tanto en la cara B y hoja de laboratorios.

Reinfección cuando cumpla con alguno de los siguientes criterios:

1. Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo al estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.

2. Gestante o mujer en puerperio (40 días post-parto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y 6 meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden 4 veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda.

Sífilis congénita 740: evento siempre confirmado por nexo epidemiológico y de notificación semanal y definición del evento claro para su respectivo proceso es:

*Todo recién nacido vivo o mortinato de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado, sin importar los resultados de la prueba no treponémica RPR o VDRL del neonato,

*Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores a los títulos de la madre al momento del parto o dos diluciones por encima de la materno.

*Todo fruto de la gestación con demostración de Treponema Pallidum por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia.

*Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos.

Y se aclara que si el criterio medico es independiente del criterio de notificación y que los casos se deben analizar institucionalmente al **100%** y ser enviados a la Subred.

Hepatitis b, c y coinfección delta 340, evento siempre confirmado por laboratorio notificados de manera semanal, con definición de caso, cuadro para clasificar:

Prueba tamiz (HbsAg)	Anti-HBc (IgM)	Anti-HBc Total	Interpretación	OBSERVACIONES
Reactiva	Sin Prueba	Sin Prueba	<u>Hepatitis a</u> <u>Clasificar</u>	notificar como "probables" con la salvedad de que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico NOTA: EVITAR NOTIFICAR SIN LOS LABORATORIOS COMPLETOS
Reactiva	Positivo	Negativo	<u>Hepatitis Aguda</u>	Cumple con al menos 1 criterio: Malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria. Ictericia o elevación de alanino-aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal
Reactiva	Negativo	Positivo	<u>Hepatitis Crónica</u>	Antígeno de superficie (HbsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses

- Si las tres pruebas me salen positivas se clasifica como hepatitis aguda. Se informa que ningún caso debe quedar a clasificar.

Hepatitis C: Anti VHC y una confirmatoria Cuantitativa.

Vih/sida/mortalidad por VIH 850, se notifica siempre confirmado por laboratorio.

*Menores de 18 meses: se notifica con carga viral.

*A partir de los 18 meses no gestantes: 1 prueba presuntiva Elisa o rápida reactiva, una segunda Elisa o rápida reactiva segunda prueba indeterminada se realizará una tercera carga viral o Wester Blot, inmuno ensayo o rápida si esta sale reactiva se confirma caso.

*Gestante: 1 prueba presuntiva Elisa o rápida reactiva, una segunda Elisa o rápida reactiva y una **tercera carga viral** > o igual a 5.000 copias/ml se confirma caso, se

activará protocolo de prevención de transmisión materno infantil que se activó desde la segunda prueba positiva.

Se informa que se deben realizar actas a nivel institucional siempre que se notifique un caso por probable mecanismo de transmisión perinatal, transfusión sanguínea o accidente laboral, estas se deben enviar a la Subred para su respectivo envío a Secretaría Distrital de Salud, allí se debe documentar:

- Reporte a la ARL.
- Inicio de esquema de terapia antiretroviral
- A que programa se lo entregaron.
- Tener presente la historia natural de la enfermedad de VIH.
- Seguimiento al paciente desde el momento del accidente laboral al momento en que se positivizan las pruebas.
- Se debe adjuntar los reportes de laboratorio e historia clínica de los casos.
- Registrar el laboratorio o institución donde se realizó la transfusión y si se tiene el lote.

Mortalidad perinatal 560: Se explica la definición del evento haciendo énfasis en las semanas de gestación a partir de las 22 semanas o más de gestación y/o 500gr de peso en el producto, se informa la importancia de diligenciar todos los espacios de la ficha tales como talla, semanas de gestación y la calidad del dato, se hace énfasis en este evento en la importancia de que todos los casos deben coincidir con la base RUAF tanto en número de casos que cumplan con definición de caso como en cada una de las variables ingresadas, ejemplo semanas, peso, momento de ocurrencia y causa de muerte, esto aplica para todos los casos de mortalidad según las variables pertinentes para cada uno. Los casos deben ser ingresados al Sivigila con datos de identificación de la madre, sin adicionar el número de hijos al documento de identidad, en caso de muertes gemelares se adiciona el número 1 para diferenciar uno del otro y poder ingresar la información al SIVIGILA, no poner separaciones como /,-, o puntos.

Morbilidad materna extrema 549, Todo caso de morbilidad materna extrema confirmado por clínica como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos. Se informa que se debe realizar unidades de análisis individual, 4 al mes con la metodología Protocolo de Londres, en caso de fallecer la gestante la institución descartara el caso y notificara la Mortalidad si fallece en la misma institución.

Mortalidad materna 551: Se informa que la definición del evento toda mujer en edad fértil que al fallecer estuvo embarazada en el último año.

Defectos congénitos 215: el cual incluye hipotiroidismo congénito, estos casos solo notificados hasta los doce meses de edad y siempre que ingresen como probables y sospechosos, se deben ajustar máximo a las cuatro semanas, la UPGD notificadora es la encargada de realizar dicho ajuste ingresando los laboratorios, resultados de TSH, T4 total, T4 libre y T3, así como la variable del tratamiento, los casos notificados con microcefalea y defectos del sistema nervioso central deben continuar con el seguimiento con el STORCH (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis, toxoplasmosis), el careotipo, PCR ZIKA, examen neurológico, oftalmológico, auditivo, ecográfica de cráneo, RNM, TAC de cabeza y enviar soportes del seguimiento a la Subred.

Todos los casos ingresados como probables o sospechosos o que requieran de ajuste deben ser ajustados a las 4 semanas en la base SIVIGILA posterior a la notificación. Si se trata de una muerte por este evento se deberá registrar la misma causa de muerte en SIVIGILA y RUAF.

Seguidamente se informa de los hallazgos encontrados en la realización de la BAI de se presentan errores como:

- Ingresar datos como generales como Poner x - no -na- positivo-ninguno, donde debe ir un número 2= no 1=si.
- Registran la unidades de medida en números, cuando debe ser A= Años, M= Meses, D= Días
- Registran datos donde no corresponden
- Confirman casos por clínica donde se requiere laboratorios.
- Casos que no cumplen con la definición de caso, como sífilis gestacional en hombres.
- Casos sin análisis de información registrada: como reportar 6 muertes maternas por clínica.

Entre otros hallazgos que se dan a conocer y se aclaran dudas respecto a la realización de la BAI para SSR SMI.

3. Receso

4. Socialización del protocolo de morbilidad materna extrema-Ángeles guardianes, Socialización del protocolo mortalidad materna

La morbilidad materna extrema se cataloga como un evento en salud pública, cuya importancia radica en el impacto para la evaluación del sistema de salud y sus

servicios respectivos, ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define así: "estado en el que 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", y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la define así: "complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".

La aparición de la morbilidad materna extrema está directamente relacionada con la exposición de la mujer a múltiples situaciones adversas. Una de las principales condiciones relacionadas con la aparición de la mortalidad materna es el pobre acceso a los servicios de salud y una atención en salud deficiente. Otros factores asociados son la exposición a condiciones socioeconómicas desfavorables, no tener pareja, pobre historia nutricional, alta paridad, alto número de comorbilidades, obesidad, edad materna extrema, entre otros. Conocer las características epidemiológicas de las mujeres que desarrollan morbilidad materna extrema atendidas en cada institución es de gran importancia. Rastrear los casos es útil para la asignación adecuada de los recursos en salud, diseño de estudios de investigación y desarrollo de estrategias para mejorar la calidad del cuidado obstétrico, con la consecuente disminución de los resultados maternos severos que agrupan la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna.

Dentro del comportamiento del evento, según el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (volumen 23 número 18, del 30 septiembre de 2018), desde 1987 cuando se emprendió la "iniciativa para una maternidad sin riesgo" en Nairobi, Kenia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó el Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas que tenía como objetivo reducir la razón de mortalidad materna en un 50% o más para el 2000. Ya desde el 2006 FLASOG con el apoyo de la OMS, la OPS y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) propuso la vigilancia de la morbilidad materna extrema como un complemento adicional a la vigilancia de la mortalidad materna.

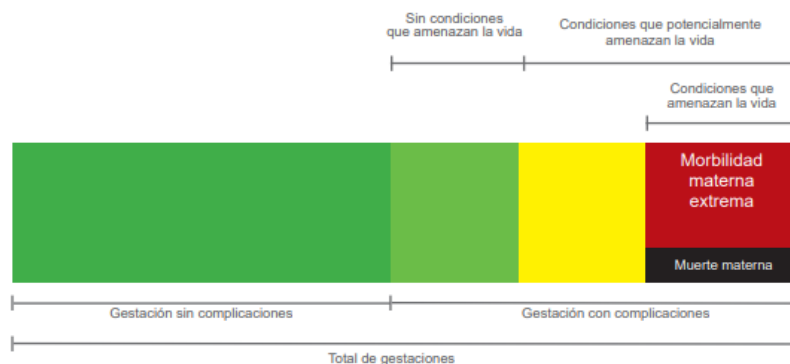
Ahora dentro del contexto de Colombia quien inicio la vigilancia del evento en el 2012, desde su implementación se han realizado ajustes al proceso, inicialmente la notificación se realizaba en el momento del egreso hospitalario, pero a partir del 2015 se realiza al ingreso; en el 2016 se incorporaron nuevos criterios de inclusión. Sumado a esto, el fortalecimiento de la vigilancia ha permitido identificar más

casos cada año aumentando su sensibilidad. Ya dentro de los resultados de este informe epidemiológico se evidenció un aumento en la notificación de este evento tras los reajustes y criterios de inclusión establecidos, donde los trastornos hipertensivos son los más frecuentes durante los últimos 3 años, seguidos de las complicaciones hemorrágicas, igualmente, el grupo de edad con la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema ha sido el de 20 a

24 años, pero la mayor razón se ha presentado históricamente en las mujeres con edades extremas (de 35 y más años y las mujeres menores de 15 años). La Razón de morbilidad materna extrema nacional ha presentado un comportamiento creciente iniciando en 22,9 casos por 1.000 nacidos vivos en 2015 hasta llegar a 35,8 casos por 1000 nacidos vivos en 2017.

Continuando con el protocolo del Instituto Nacional de Salud la tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, con el 4,9 % en América Latina, 5,7 %, en Asia y 14,9 %, en África, mientras que en los países de altos ingresos se documentan tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del norte.

Conceptualmente existe un espectro de la morbilidad con dos extremos: en uno se encuentran las mujeres que cursan una gestación sin complicaciones y en el otro extremo aquellas que cursan con complicaciones, dentro de este último extremo, en el primer tercio se encuentra la gestación sin condiciones que amenazan la vida, y los dos tercios restantes aquellas condiciones que potencialmente amenazan la vida, donde se encuentra las morbilidades maternas extremas, que pueden llegar a generar un desenlace fatal si no se intervienen.



Fuente: Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal healthcare. 2009

Es importante aclarar que esta progresión se relaciona con el tipo de evento, los factores sociales y demográficos, las características del prestador de servicios y la actitud de la paciente hacia el sistema.

Actualmente el país cuenta con una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para población materno-perinatal establecida dentro del Modelo Integral de

Atención en Salud (MIAS), en la búsqueda de una atención integral desde la intención de una mujer en edad fértil que manifiesta su deseo de reproducción a corto plazo, evaluando todos los posibles factores de riesgo clínicos, sociales, psicológicos, entre otros que encaminan al adecuado control y gestión del riesgo, y así de esta forma brindarle a la paciente todo su proceso de atención encaminado a la prevención y la promoción, esta ruta incluye actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos donde transcurre la vida de las personas y/o los prestadores primarios.

En cuanto al **protocolo de vigilancia en salud pública para morbilidad materna extrema**, que es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave y morbilidad materna extremadamente grave o "*maternal near miss*".

La definición operativa de caso debe tener las siguientes condiciones:

- Se define un caso de morbilidad materna extrema como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.

Dentro de los criterios de inclusión, se documentan así:

Criterios de inclusión	
Relacionado con enfermedad específica	Eclampsia Pre-eclampsia severa Sepsis o infección sistémica severa Hemorragia obstétrica severa Ruptura uterina
Relacionado con disfunción orgánica	Falla vascular Falla renal Falla hepática Falla metabólica Falla cerebral Falla respiratoria Falla de coagulación
Relacionado con manejo	Necesidad de transfusión Necesidad de UCI Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia

Dentro de los criterios de inclusión se debe considerar cada una de las definiciones operativas para cada caso en particular:

1. Relacionado con enfermedad específica

Pre-eclampsia severa	<p>PAS persistente de 160 mmHg o más o PAD 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trombocitopenia < 100.000 2. Oliguria < 400 ml en 24 horas.
	<p>Asociado a los anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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.</p>
Sepsis o infección sistémica severa	<p>Infección documentada o sospecha de infección que cumple con dos de los siguientes criterios: Temperatura > 38,3°C o < 36°C Frecuencia cardíaca > 90 Lat/min Frecuencia respiratoria > 20/min PAS < 90 mmHg, PAM < 70 mmHg o una disminución de la PAS > 40 mmHg. Además de los anterior se acompaña 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 < 100.000 μL - Hiperbilirrubinemia (bilirrubina total en

		<p>plasma > 4mg/dL o 70 µmol/L)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Íleo paralítico
Hemorragia severa	obstétrica	<p>Pérdida sanguínea de origen obstétrico con pérdida de 25 % de la volemia. Pérdida mayor de 150 mL/ min o 1.000 mL o más. Presencia de cambios hemodinámicos (TAS <= 90 o TAD <= 50) Caída de hematocrito mayor de 10 puntos.</p>
Ruptura uterina		<p>Es la pérdida de continuidad del músculo uterino. Antecedente de 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>
2. Relacionado con disfunción orgánica		
Cardiaca		<p>Choque cardiaco. Edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.</p>
Vascular		<p>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 PAS por debajo de 40 mmHg, índice cardiaco >3,5 L/min. Llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo.</p>

	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 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 plejia 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).

3. Relacionado con manejo

Necesidad de transfusión	Administración de tres unidades o más de hemoderivados en paciente con compromiso
---------------------------------	---

	hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.
Necesidad de UCI	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 falla orgánica puede ser originada por alguna de las siguientes enfermedades específicas:	
Aborto séptico hemorrágico	<p>Aborto séptico cumple con criterios de infección sistémica severa o disfunción orgánica.</p> <p>Aborto hemorrágico cumple con criterio de hemorragia obstétrica severa o algún criterio de disfunción orgánica.</p>
Enfermedad molar	Que cumpla con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
Embarazo ectópico roto	Que cumpla con criterio de hemorragia obstétrica severa o por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
Enfermedad autoinmune	<p>LES: Lupus eritematoso sistémico</p> <p>SAA: Síndrome antifosfolípídico</p> <p>PTI: Púrpura trombocitopénica idiopática</p> <p>Miastenia gravis</p>
	Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación según los criterios de cada patología, y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
Enfermedad hematológica	<p>Discrasia sanguínea</p> <p>Anemia (se consideran casos de morbilidad materna extrema aquellas gestantes con anemia severa hemoglobina <7 g/dL o anemia moderada hemoglobina 7,1 - 10 g/dL).</p>

	<p>Anemia de células falciformes (crisis vasoclusivas que afectan todos los órganos, incluyendo hueso, corazón, pulmón, riñón, sistema digestivo y cerebro)</p> <p>Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación según los criterios de cada patología, y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.</p>
Enfermedad oncológica	<p>Tumores cerebrales Leucemia</p>
Enfermedad endocrina / metabólica	<p>Diabetes pregestacional y gestacional Hipotiroidismo severo (TSH >5.0 mUI/L) + síntomas Hipertiroidismo TSH indetectable</p>
	<p>Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación según los criterios de cada patología, y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.</p>
Enfermedad renal	<p>Síndrome hemolítico urémico atípico (SHUA) Tríada: anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda</p>
Enfermedad Gastrointestinal	<p>Pancreatitis aguda Colecistitis aguda complicada Apendicitis peritonitis Hígado graso agudo del embarazo Las 4 enfermedades deben cumplir con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.</p>
Eventos tromboembólicos	<p>Tromboembolismo pulmonar Enfermedad tromboembólica venosa Trombosis venosa cerebral</p>
Enfermedad cardiocerebrovascular	<p>Epilepsia (neurológico) (que cumpla con por lo menos un criterio de disfunción orgánica) Accidente cerebrovascular Hemorragia subaracnoidea</p>
Otros	<p>Placenta previa, abrupción de placenta, inversión uterina, embolia del líquido amniótico, cardiopatía en el embarazo, cardiomiopatía, hematoma hepático roto, crisis asmática, reacción transfusional.</p>

La falla orgánica puede ser causada por una lesión de causa externa (LCE):

LCE	Definición operativa
Accidente	Cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario y que da lugar a una lesión corporal que pone en riesgo la vida de la mujer y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
Intoxicación accidental	Gestante que posterior al contacto con una o más sustancias químicas por la vía dérmica (piel y mucosas), respiratoria (inhalación), digestiva, parenteral (intravenosa, subcutánea o intramuscular) u ocular, presenta manifestaciones de un toxidrome o un cuadro clínico de intoxicación compatible o característico con la exposición a la(s) sustancia(s) implicada(s) y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
Intento suicida	Conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
Víctima de violencia física	El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra otra persona, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones que ponen en riesgo la vida de la mujer y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.

Ya teniendo claridad acerca de las diferentes definiciones operativas y sus criterios de inclusión, la notificación de este evento debe ser **inmediata** en el momento en que se identifica el caso de morbilidad materna extrema confirmado por clínica desde la UPGD (baja, mediana o alta complejidad) a la dirección local de salud respectiva a través de Sivigila escritorio (por medio de archivos planos). La dirección municipal de salud reportará de forma inmediata los casos hacia la dirección departamental a través de Sivigila escritorio (por medio de archivos planos). A su vez, los departamentos o distritos reportarán de forma inmediata los casos a través del Portal Web Sivigila.

ACCIONES INDIVIDUALES

- **Activación de mecanismos de respuesta inmediata**

Una vez notificado el caso, en el momento del ingreso a la institución de salud de baja, mediana y alta complejidad donde se identifique una complicación que pone en riesgo la vida de la paciente, la aseguradora mediante la consulta del Portal Web

Sivigila o comunicación por parte de la UPGD realizará el respectivo seguimiento de cada caso y activación de su red de referencia para garantizar la atención y tratamiento en el nivel de complejidad requerido.

- **Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**

- **Seguimiento de los casos**

El seguimiento de los casos es una actividad a cargo de la EAPB) de la paciente y se realizará a 100 % de las mujeres notificadas con una morbilidad materna extrema. En los casos en los cuales las mujeres se encuentren sin afiliación, el seguimiento será responsabilidad del municipio de residencia de la paciente.

El seguimiento inmediato tiene por objetivo, garantizar el manejo integral de las complicaciones obstétricas de la mujer para prevenir su progresión y evitar desenlaces fatales. Se realizará de forma inmediata una vez se ha identificado el caso a través de la notificación diaria de las entidades territoriales, asegurando, en primer lugar, la red de atención que requiera la paciente de acuerdo con sus necesidades y la eliminación de demoras o barreras administrativas en los procesos de referencia

a los niveles de alta complejidad requeridos para el manejo del evento.

Para el seguimiento posterior al egreso hospitalario se debe evaluar 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 para, de esta forma, evitar reingresos hospitalarios.

El seguimiento posterior al egreso hospitalario se realizará en los siguientes momentos:

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

- **Visitas domiciliarias**

Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

Criterios de priorización de casos:

1. Adolescentes menores de 15 años.
2. Adolescentes entre 15 y 19 años con dos o más gestaciones.

3. Adolescentes con histerectomía.
4. Mujeres mayores de 35 años.
5. Mujeres con siete o más criterios de inclusión.
6. Mujeres con pérdida perinatal.

Estrategia Ángeles Guardianes - intensificación de MME:

Esta estrategia permite realizar un seguimiento estricto a las mujeres en gestación, parto y pos parto, a fin de identificar complicaciones posteriores al egreso hospitalario, fortalecer la consulta oportuna, identificar si existen barreras administrativas y la remisión de urgencias en caso de ser necesario. Así mismo se realiza acompañamiento por parte del distrito que consiste en el acompañamiento y evaluación de los casos intrahospitalarios por un ginecólogo experto para evaluar el manejo y dar opciones terapéuticas ceñidas a la guía práctica clínica y la Resolución 3280.

Se informa sobre el fortalecimiento de la notificación inmediata de las siguientes 4 patologías: Preeclampsia severa, Choque séptico, Choque hipovolémico, Tromboembolismo pulmonar y el paso a paso de la estrategia donde se debe captar todos los casos que cumplan con los criterios de inclusión para morbilidad materna extrema.

Las **EAPB** tienen la obligación de hacer seguimiento a cada caso de morbilidad materna extrema en una frecuencia que debe ir entre las 48-72 horas del egreso, 42 días después del egreso y 3 meses después del egreso, esto es para conocimiento de las acciones de las EAPB.

La importancia de la notificación inmediata de estas pacientes radica en que permite iniciar de forma oportuna estrategias por parte de la Secretaría Distrital de Salud, encaminadas a que se presenten **0 muertes maternas evitables e intervenibles**.

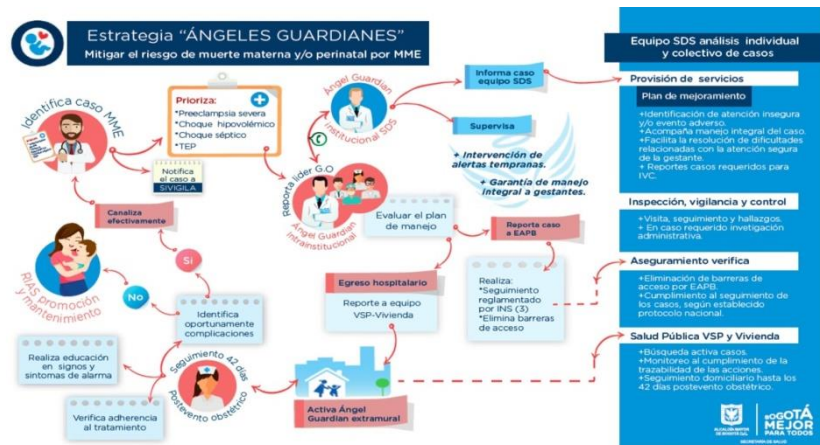


Grafico Estrategia Ángeles guardianes e intensificación de la notificación de MME.SDS

2. Mortalidad materna (código de notificación 550)

La mortalidad materna es un problema de salud pública que tiene mayor prevalencia en países de ingresos bajos, según la OMS se define como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

En Colombia, entre 2000 y 2008, la mortalidad materna se redujo en 44,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Entre 2008 y 2011, el indicador osciló entre 60,7 y 71,6.

La mortalidad materna es mayor en las mujeres en el quintil más pobre. La razón de esta mortalidad es 3,02 veces mayor en los departamentos del quintil con mayor índice de pobreza multidimensional (IPM) (Chocó, Vichada, Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo). El departamento con la mayor reducción anual fue Caquetá con 7,8 %, seguido por Bogotá 6,4 %, Valle del Cauca 5,7 %, Norte de Santander 5,6 %, Nariño 5,6 %, Huila 5,5 %, Chocó y Tolima 5,5 %, Boyacá 3,9 % y Cundinamarca 3,7 %.

Se considera la mortalidad materna como la suma de múltiples factores determinantes relacionados con el contexto social (redes sociales, nivel educativo, económico y familiar), relacionados con su estado de salud, antecedentes patológicos, gineco-obstétricos y acceso a los servicios promoción y prevención.

Las principales causas de muerte son las conocidas históricamente en el país: los trastornos hipertensivos y las hemorragias obstétricas son las principales causas de mortalidad en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Con el lema "toda madre y todo niño y niña contarán", en el 2005 la OMS resaltó la gravedad de la pérdida de cualquier madre o hijo para la familia, la sociedad y la necesidad de evitarla, así como la violencia intrafamiliar y el suicidio, que son causas intervenibles y prevenibles con adecuadas intervenciones psicosociales integrales. Por esto se amplió el espectro de la vigilancia a la mortalidad relacionada con el embarazo y se introdujo una definición de caso a partir de la cual se evidenciaron las causas de muerte descritas, así como la mortalidad materna tardía, muchas de cuyas causas obedecen a determinantes prevenibles e intervenibles.

Ya dentro del **protocolo de vigilancia en salud pública para mortalidad materna**, la definición operativa de caso debe tener las siguientes características dentro de su clasificación:

- **Defunción materna temprana:** La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Defunción materna tardía:** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- **Defunción relacionada con el embarazo:** Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.
- **Muertes maternas producidas por causas coincidentes:** Según el documento de OMS frente a revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna, se consideran aquellas muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales, ataque - agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, etc.
- **Muerte materna dudosa:** Son aquellas en las cuales el certificado de defunción no cuenta con información sobre el antecedente del embarazo o aquellos en los

cuales se presenta un antecedente de embarazo negativo pero las causas de muerte no permiten descartar el caso.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- **Defunciones obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

- **Defunciones obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Ya teniendo claridad acerca de las diferentes definiciones operativas para la clasificación, la periodicidad de los casos debe ser inmediata, el flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, departamento, asegurador y nivel nacional a través de la plataforma de vigilancia de la mortalidad materna en plataforma web (SVEMMBW). La información de la notificación de las muertes maternas se conoce de forma simultánea e inmediata por los actores del sistema involucrados en la misma. La UPGD es responsable de captar y notificar de forma inmediata cada caso de muerte materna.

5. Unidad de Análisis SSR-SMI

Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos durante las presentaciones realizadas en el espacio del COVE realizado la localidad de Usaquén.

Metodología: Evaluación de conocimientos del protocolo de Morbilidad Materna Extrema, y elaboración de la BAI, mediante la elaboración e preguntas de selección múltiple con única respuestas y pregunta de falso y verdadero

- a. Se imparte una evaluación individual
- b. Se procede a permitir a los asistentes a resolver el cuestionario, y se da retroalimentación de las preguntas
- c. Se finaliza actividad con respectiva retroalimentación.

Se realizan 6 preguntas en el cuestionario, se obtienen 30 respuestas, las cuales se analizan a continuación:

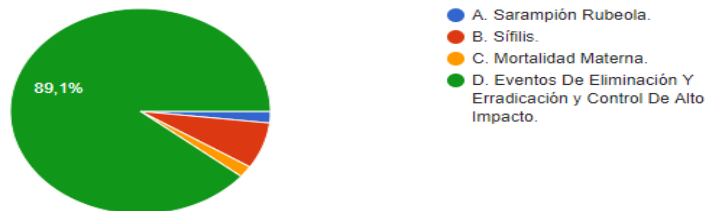
Pregunta 1: ¿A cuales eventos se le debe realiza BAI?

El 89,1 % de los participantes consideran, se debe realizar la BAI los eventos de eliminación y erradicación y control de alto impacto, cuya respuesta es correcta, seguido del 4% Sífilis, con lo que podemos evidenciar que aunque hay un gran porcentaje de personas tienen claridad en el proceso de la BAI, aun una parte de los asistentes considera que la BAI es solo para algunos eventos.

Grafica 1. Respuesta pregunta 1, ¿A cuales eventos se le debe realiza BAI?

1. ¿A cuales eventos se le debe realiza BAI?

55 respuestas

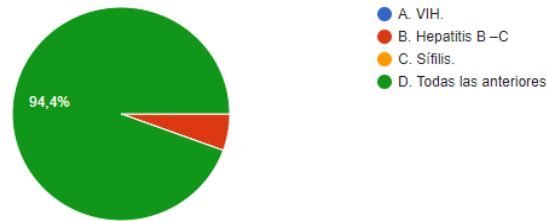


Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidad de Suba Engativá. Mayo 2019.

Pregunta 2: Que eventos requiere confirmación con laboratorios:

Dentro de los hallazgos más relevantes se encontró que el 94,4% refirieron que la opción correcta es la D todas las anteriores, siendo la respuesta esperada, lo que demuestra que un 5,6% de los participantes aún no tiene claro que eventos se confirman por laboratorio sin embargo demuestra que en su mayoría los participantes estuvieron atentos durante el COVE y reconocen que eventos requieren para su confirmación los laboratorios, de acuerdo a la definición de caso.

Grafica 2. Respuesta pregunta 2, Que eventos requiere confirmación con laboratorios:



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidad de Suba y Engativá. Mayo 2019.

Pregunta 3: En la BAI de sífilis gestacional algunos de los criterios de descarte es:

Ante ésta pregunta se observa que si hay claridad en relación a que para notificar un caso se deben tener unos criterios básicos, como el ser gestante, ante la adherencia en un 23,6%, que respondieron correctamente que todos los casos enumerados tenían criterios de descarte para sífilis, a lo cual se evidencia que se requiere continuar fortaleciendo los protocolos de SSR y el proceso de BAI.

Grafica 3. Respuesta pregunta 3, En la BAI de sífilis gestacional algunos de los criterios de descarte es:

3. En la BAI de sífilis gestacional algunos de los criterios de descarte es:

55 respuestas



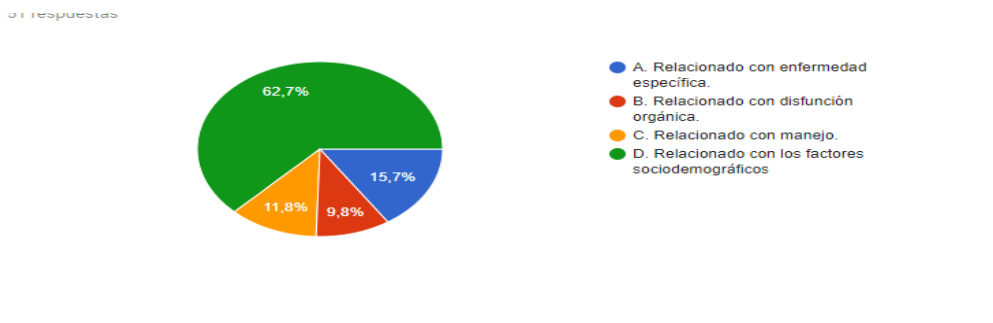
Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidad de Suba y Engativá. Mayo 2019.

RESPUESTAS RELACIONADAS CON MME Y MM

Pregunta 4: En relación a los criterios de inclusión establecidos en la definición operativa, cuál de los siguientes no hace parte:

La respuesta más frecuente con un 62.7% fue: Relacionado con los factores sociodemográfico, cuya respuesta es correcta, por el contrario solo 37.3% de los participantes refirieron las otras opciones que si se encuentran dentro de los criterios de inclusión en el protocolo de MME como Relacionado con Disfunción orgánica y con el manejo lo cual se puede inferir que no entendieron la pregunta.

Grafica 4. Respuesta pregunta 4, En relación a los criterios de inclusión establecidos en la definición operativa, cuál de los siguientes no hace parte:

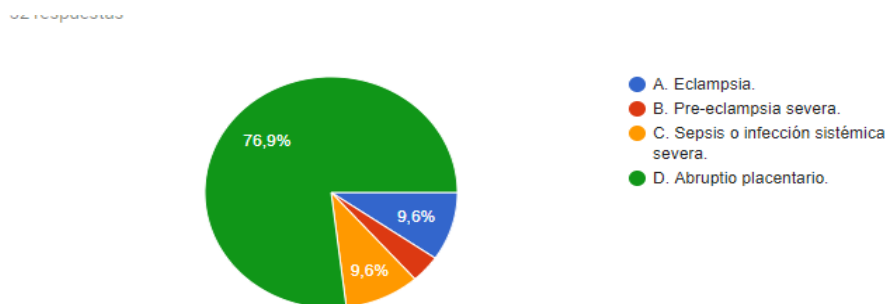


Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidad de suba Engativá. Mayo 2019.

Pregunta 5: Cuál de las siguientes condiciones no hace parte del criterio "relacionado con enfermedad específica":

Esta pregunta reflejó una adecuada respuesta con el 76,9% con el abrupto placentario la cual era la respuesta correcta, a diferencia del 33,1% que indicó que eran una de las otras patologías lo cual refleja falla en el reconocimiento de los criterios de inclusión en el evento de MME.

Grafica 5. Respuesta pregunta 5, Cual de las siguientes condiciones no hace parte del criterio "relacionado con enfermedad específica":

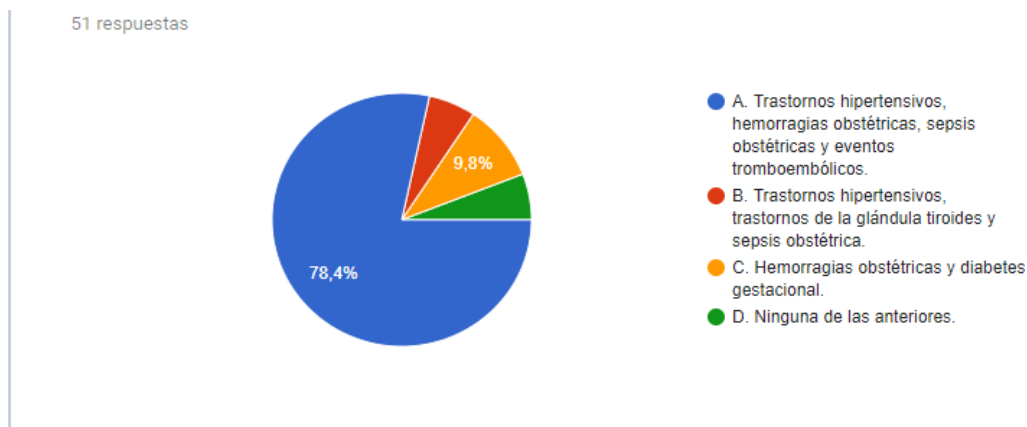


Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidad de Suba Engativá. Mayo 2019.

Pregunta 6: Cuáles son las principales causas asociadas a muerte materna:

El 78.4% respondió trastornos hipertensivos, hemorragias obstétricas, sepsis obstétricas y eventos tromboembólicos siendo la respuesta esperada la cual fue presentada dentro de una gráfica con un porcentaje bajo dado que un 21.6% respondieron una respuesta incorrecta, lo cual no permite definir que los participantes tienen apropiación de la información expuesta en el Cove.

Grafica 6. Respuesta pregunta 6, Cuáles son las principales causas asociadas a muerte materna:



Fuente: Resultados unidad de análisis SSR. Localidad de Suba y Engativá. Mayo 2019.

6. Varios TRANSMISIBLE - SIVIGILA

Se inicia la presentación informando que los tableros de control por UPGD del mes de abril de 2019 para las localidades de Suba y Engativá fueron socializados a través de correo electrónico. Se explica cada indicador evaluado empezando por la notificación negativa, positiva y silenciosa en donde se evidencia que el 100% de las UPGD de las localidades de Suba y Engativá notificaron durante todas las semanas, se informa que la UPGD que tenga más de 3 semanas negativas será evaluada con el fin de verificar si realmente no se presentaron eventos de interés en Salud Pública. Se informa que a partir de abril se incluyó en la base eventos de notificación semanal e inmediata para el cálculo de oportunidad. Es importante retroalimentar al interior de las instituciones la importancia del diligenciamiento completo y oportuno de información y entrega de la misma dentro de la oportunidad establecida para evitar notificaciones tardías de la información referente a eventos de interés en salud pública.

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, será evaluada aparte la notificación semanal de la inmediata. 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 muestran las UPGD que tienen pendiente el ingreso de los resultados de laboratorio en el aplicativo SIVIGILA de los eventos que han sido confirmados por laboratorio. Se resuelven dudas acerca de los datos obtenidos en los tableros de control. Se refuerza el envío oportuno y con calidad de la notificación inmediata y semanal a través de archivos planos y fichas de notificación. Enviar notificación semanal todos los lunes antes de las 3:00 pm incluyendo los festivos.

Anexa Listados de asistencia

Ver acta

Bibliografía:

1. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B-delta. Ministerio de Salud
2. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. VIH/SIDA
3. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Perinatal
4. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema
5. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Defectos Congénitos
6. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Sífilis Gestacional
7. Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Sífilis Congénita
8. Decreto 3518 de 2006 el cual reglamenta la Vigilancia en Salud Pública y en su Artículo 20. Obligatoriedad de la notificación de estos eventos en el sistema de Salud Pública - SIVIGILA. Artículo 13. Funciones de las unidades primarias generadoras de datos.
9. Resolución 3374 del 2000, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
10. Circular 020 de 2013 Búsqueda Activa Institucional Eventos De Salud Pública.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Norte E.S.E.