

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010

Elaborado por: Diana Ruiz Gloria Navarrete Revisado por: Monica Ulloa Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental -SIG-



PAGINA____ DE_

ACTA DE REUNIÓN

Dependencia	Proceso
Vigilancia de salud pública.	Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia a reuniones 114-MEC-FT-02

Objetivo de la Reunión	Tema: COVE DISTRITAL SSR-SMI
Socializar la actualización de los protocolos de la	Fecha de la Reunión: 01 de Febrero de 2017
vigilancia en salud pública de los eventos en salud	Lugar: Auditorio Principal Hemocentro
	Notas por: Referentes Subred norte ESE
	Próxima Reunión: Por definir
	Quien cita: Secretaría Distrital de Salud

Temas tratados en la reunión

Se da apertura al primer COVE Distrital de maternidad segura del año 2017 con la presentación de la agenda para la jornada:

HORA	ACTIVIDAD/TEMA	RESPONSABLE
3:00 – 08:15 AM	Lectura del acta anterior y revisión de compromisos	Dra. CATHERINE RODRIGUEZ Líder grupo salud materno Infantil. Subdirección Vigilancia Salud Pública Secretaria Distrital de salud.
:15 – 09:00 AM	Actualización protocolo nacional para la vigilancia de los defectos congénitos y enfermedades huérfanas.	Dr. IGNACIO ZARANTE MD. PhD Genética Humana Instituto de Genética Universidad Javeriana Secretaria Distrital de Salud
00 – 09:45 AM	Actualización protocolo nacional para la vigilancia de la mortalidad materna y morbilidad materna extrema.	reference District Profesional Platerna y
:45 - 10:00 AM	BREAK	
:00 – 10:45 AM	Reducción de la transmisión matemo infantil de hepatitis B	Dr. IVAN MAURICIO CÁRDENAS DRA, CIELO RIOS Profesional especializado Ministerio de Salud y Protección Social.
45 – 11:15 AM	Actualización protocolo nacional para la vigilancia de la mortalidad perinatal.	Dra. GLORIA GRACIA Referente Distrital de Defectos Congénitos, enfermedades Huérfanas y mortalidad perinatal. Subdirección de vigilancia en Salud Pública
:15 – 11:45 AM	Balance plan de respuesta en salud: con salud hay navidad 2016-2017.	Dr. JOSÉ J. NAVARRETE RODRÍGUEZ Referente Distrital de Urgencias y Emergencias en Salud Pública. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
1:45 – 12:00 M	VARIOS	₩ GOTÁ





SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA____ DE____ VIGILANCIA INTENSIFICADA EN SALUD PÚBLICA DE LA MICROCEFALIA Y OTROS DEFECTOS CONGÉNITOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR VIRUS ZIKA

El Doctor Ignacio Zarante Medico Genetista da inicio a su tema enfatizando sobre la importancia en que la vigilancia de este protocolo no solo tiene que ver con microcefalia sino que incluye todos los defectos de SNC, aclara que se notificaran todos los productos de la gestación que presenten estos defectos sin importar que la madre tenga o no antecedentes de riesgo (desplazamiento por debajo de 2200 m.s.n.m) dadas las diferentes formas de transmisión del Zika.

Definición operativa de caso

Caso sospechoso: Todo feto en donde se detecte por ecografía obstétrica un perímetro craneano con dos (02) desviaciones estándar por debajo del valor medio, de acuerdo a la edad gestacional correspondiente u otras alteraciones estructurales a nivel del sistema nervioso central, el caso se debe notificar al Sivigila en la ficha 215 de defectos congénitos teniendo en cuenta las siguientes variables en datos básicos: clasificación inicial del caso opción "1 sospechoso" condición final opción "0" y en datos complementarios en la variable diagnóstico opción "1 prenatal", variable nativivo opción "3 no ha nacido"

Caso confirmado Todos los productos de la gestación, vivos y muertos quienes al momento del nacimiento presenten una circunferencia craneal occipitofrontal por debajo del percentil 3 de acuerdo a curvas de referencia para edad y sexo o con hallazgos por neuroimagenes de alteraciones en el sistema nervioso central tales como: Calcificaciones intracraneales, Ventriculomegalia, Atrofia cerebral, Anomalías de la migración celular (lisencefalia , prarigiria), Hidranencefalia , Hidrocefalia, Porencefalia, Anomalías del cuerpo calloso y Secuencia disruptiva del cerebro fetal.

El perímetro cefálico debe ser medido al nacer y confirmado a las 24 horas del nacimiento así como la realización de la ecografía transfontanelar u otra neuroimagen de acuerdo a criterio médico.

El diagnóstico y la notificación pueden realizarse durante el periodo prenatal o posnatal, todos los casos deben ser notificados de forma inmediata al Sivigila en la ficha con el código 215

El Doctor Zarante refiere que se deben reportar las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) sin importar la razón de la IVE, lo que se tiene en cuenta es que ese producto venía con un defecto congénito de SNC; y socializa la nueva ficha de defectos congénitos y el algoritmo para estudio de casos de microcefalia y otros defectos congénitos del SNC para zika contemplados en el protocolo, además de los laboratorios que se deben tomar a todos los niños con estos diagnósticos y Rx huesos largos, RNM cerebral y TAC de cráneo.



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Diaz
Control Documental –SIG-



PAGINA	DE

La Doctora Gloria Gracia interviene enfatizando en que los laboratorios deben estar completos para completar el estudio, entre estos prueba zika, cariotipo mayor de 500 bandas (el cual ya está dentro del POS) y STORCH que incluya prueba para (sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes y rubeola).

Continúa el Doctor Zarante con lo que no puede faltar en la historia clínica en donde deben quedar registrados los hallazgos del examen físico y neurológico completo, la medición del perímetro cefálico y otras medidas antropométricas, las cuales se deben comparar con las curvas de referencia de acuerdo a la edad y sexo del recién nacido, igualmente deben quedar los reportes de los seguimientos ecográficos realizados en la etapa prenatal así como resultados de amniocentesis si fueron realizados; se debe realizar la descripción detallada de los defectos congénitos identificados, tanto los correspondientes a malformaciones del Sistema Nervioso Central y otros defectos congénitos que se evidencien en el nacido vivo o mortinato, así como la evaluación oftalmológica y auditiva.

Se deja claro que toda embarazada con factores de riesgo debe tener un seguimiento estricto, si la ecografía es anormal se debe notificar y continuar con seguimiento, todos los niños con microcefalia deben tener todos los exámenes para saber que no es por otra causa, datos preliminares a nivel mundial registran que el 10% de las mamás infectadas con zika en el periodo prenatal los bebes pueden tener microcefalia, el Dr. Zarante refiere "si estos datos se llegan a confirmar nos encontraríamos ante el peor teratógeno de la historia"

Se enfatiza en que la EAPB sigue siendo la responsable del niño para que se cumpla todo el algoritmo y deben hacer seguimiento a sus instituciones prestadoras quienes realizaran todos los exámenes e interconsultas con previas autorizaciones de las EAPB, es importante saber que aunque la OPS y OMS ya quitaron la alerta de los defectos relacionados a zika, se debe seguir realizando todo el proceso de búsqueda, notificación y seguimiento intensificado ya que las alertas se crearon para definir si el zika estaba relacionado con defectos del SNC y precisamente la quitaron porque ya se comprobó que si hay relación; el pico de estos casos se presentó en la semana 40 de notificación.

Tener en cuenta que a las gestantes siempre se les toma muestra independientemente del tiempo de inicio de los síntomas y entre los factores de riesgo se incluye al padre o pareja de la gestante que haya tenido contacto con el virus, ya que este permanece en semen 6 meses y en la mujer 3 semanas.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA Y SUS COMPLICACIONES COLOMBIA, VIGENCIA2017



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA	DE

Durante la jornada el Doctor Zarante continua con la definición de caso de este protocolo, sospechoso y confirmado el cual aquel que cumple con los criterios clínicos de la infección, resultado positivo

Que presenta un para el virus Zika mediante PCR-RT(o inmunohistoquímica en análisis histopatológico) realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud o centros colaboradores designados por el INS.

En gestantes sospechosas para zika, solo se notifica la ficha 895, la ficha de morbilidad materna extrema 549 ya no se usa para este evento; los productos no se deben notificar en la ficha 895, estos solo serán en la ficha 215 y 560 si cumplen con criterio para muerte perinatal.

PLAN DE RESPUESTA EN SALUD TEMPORADA DECEMBRINA 01 DICIEMBRE 2016 -15 ENERO 2017

1. Realizar vigilancia epidemiológica intensificada de quemaduras producidas por la manipulación inadecuada de artefactos pirotécnicos durante las festividades decembrinas e inicio del nuevo año.

Actividades de Barrido Diario

Barrido diario, desde cada Sub red por Epidemiólogos a sus UPGD de referencia: Barridos dobles en días críticos.

RESULTADOS COMPARADOS VIP 2013 A 2017

Es la temporada donde se tuvo más casos en comparación a temporadas pasadas 2016-2017: 57 2015-2016: 50, 2014-2015: 42, 2013-2014: 48.

Pero estos casos no fueron tan graves como en temporadas pasadas, no hubo mortalidades, ni perdida de miembros, consistieron en quemaduras leves que no requirieron hospitalización.

La localidad que reporto más casos fue Rafael Uribe con 10 casos, seguido de Bosa con 9 y Ciudad Bolívar y Kennedy con 7 casos.

Según día de ocurrencia, permanecen como más críticos los días de fiesta, 7, 24 y 31 de Diciembre, resaltando que el 31 fue muy crítico respecto a quemaduras.

Se menciona que en el área de comunicaciones se intensificaron las piezas publicitarias con el fin de prevenir el uso de la pólvora, pero por parte de las empresas polvoreras también hubo publicidad especialmente en espacios televisivos de horario familiar.

Casos de menores de edad: no se presentó variación con relación al año pasado, donde hubo más afectación en niños con edades entre 7 y 8 años y en la temporada de 2016-2017 pasaron a ser más afectados adolescentes entre 12 y 16 años.



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA	DE

Características de las quemaduras: fueron menos graves que en temporadas anteriores, no hubo quemaduras de 3er grado y se presentaron las lesiones en accidentes múltiples.

Artefactos Causantes: los más comunes fueron totes, mechas, voladores, volcanes y mecha torpedo; estos objetos tienen la característica de ser baratos, fáciles de adquirir, lo que hace que sea difícil el control por parte de los padres.

Balance: Al concluir la temporada de Vigilancia intensificada de la vigencia 2016 – 2017 siendo el día 14 de enero de 2017, en Bogotá se reportaron 57 casos , siendo siete (7) casos más que en la vigencia inmediatamente anterior , para un aumento de 14 % de lesionados . Del total de lesionados, el 26.3% fueron mujeres mientras que el 76.7 % son hombres. Con respecto a los menores de edad, se presenta igual número de casos 25 vs. 25 en las dos temporadas; se mantiene de igual manera la proporción de lesionados hombres vs. Mujeres en los menores de edad.

Discusión: No se observó en general una reducción de MENORES los lesionados por pólvora durante la vigilancia intensificada en relación con el mismo periodo del año anterior. El 43,0 % de los lesionados fueron menores entre 10 y 17 años, seguido del grupo de 18 a 22 años, lo que puede estar explicado porque en muchos hogares las celebraciones se realizan con licor, lo que genera a su vez que los padres o cuidadores y jóvenes descuiden los niños. Las laceraciones fueron las principales lesiones reportadas; un 39,9 % de la población ha tenido lesiones en mano y daños oculares, lo que deja secuelas, alteraciones orgánicas, psíquicas, persistentes en el tiempo, acarreando pérdida de años de vida productivos de una persona y sobre costos al sistema de salud. El periodo de estadía intrahospitalaria fue de un promedio de 24 horas en área de observación, exceptuando un único caso con lesiones de 2 y 3 grado con 5 días de hospitalización. Con corte al 18 de Enero de 2017 hay CERO (0) pacientes lesionados por pólvora Hospitalizados.

2. Realizar vigilancia sanitaria y vigilancia epidemiológica intensificadas de los eventos adversos asociados con las festividades decembrinas y año nuevo, interviniendo oportunamente los riesgos en salud.

En la temporada fin de año 2016-2017 se realizaron 40 operativos más y se visitaron 24 establecimientos más. La cantidad de alimentos inspeccionados fue mayor, ya que se inspeccionaron 237.989 Kg y en el 2015 fueron 113.227 kg. La cantidad de alimentos decomisados fue menor 4.726 Kg (año2016) con respecto a 15.040 Kg (año2015). Lo que permite establecer que hubo un mayor cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura en los establecimientos vigilados. Las causas de los decomisos fueron: producto alterado (inadecuado almacenamiento, alimentos vencidos) con un 71%, incumplimiento de rotulado con un 23% y producto fraudulento con un 6%.

En cuanto a bebidas alcohólicas la cantidad de bebidas alcohólicas inspeccionadas fue mayor, ya que se inspeccionaron 147.584 L y en el 2015 fueron 103.245 L y las decomisadas fueron menos 825 L con respecto a 1.089 L (año2015). En la temporada de fin



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Diaz
Control Documental –SIG-



PAGINA_	DE

de año, del 15 de noviembre de 2016 al 15 de enero de 2017, no se reportaron casos de personas intoxicadas por metanol asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas, presentando el mismo comportamiento de la temporada del año 2016.

En el aspecto de juguetes no se realizaron decomisos, se realizaron 26 operativos más que la temporada anterior; es importante resaltar que en este periodo se encontró que tanto los fabricantes como los expendedores de juguetes reconocen los requisitos sanitarios que deben cumplir estos artículos según la norma nacional.

En el periodo comprendido entre el 1 de noviembre al 15 de enero de 2017 se informaron 21 brotes de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) que afectaron 428 personas, se observa una disminución del 63,79% en brotes (37menos) y del 17,69% en personas afectadas (92personasmenos). Con respecto a los casos individuales reportados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, se presentó una disminución del 27,93% que corresponden a 65 casos menos.

3 .ACTUALIZACION PROTOCOLO NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)

Se continua con la socialización del protocolo de MME DEL el año 2012 donde inicio la Vigilancia Centinela UPGD, en la cual se seleccionaron UPGDs de las localidades quienes notificaron al egreso y diligenciaban la ficha de tamizaje de MME Notificación rutinaria semanal + Envío a las EAPB y a la Unidad Notificadora Municipal casos críticos para seguimiento.

Se deben tener en cuenta los criterios para identificar los casos:

RELACIONADOS CON ENFERMEDAD ESPECIFICA:

Eclampsia Choque hipovolémico Choque séptico

RELACIONADO CON EL MANEJO:

Necesidad de transfusión Necesidad de UCI Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia

RELACIONADO CON FALLA ORGÁNICA:

Disfunción cardiaca
Disfunción vascular
Disfunción Renal
Disfunción Hepática
Disfunción Metabólica
Disfunción Cerebral



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA DE Disfunción Respiratoria
Disfunción de la coagulación

Las unidades de análisis Institucional Mensual: 5 casos

Análisis Municipal Trimestral: 5 a 7 UPGD realizan cinco casos, de 8 a 15 UPGD ocho casos

16 unidades y más UPGD 10 casos.

Análisis Distrital/Departamental Trimestral: 10 casos

Metodología "La ruta de la vida, camino a la supervivencia"

Entrevista a la Sobreviviente cargo de la UPGD

Se realiza la presentación de la ficha de notificación y el formato de la entrevista la cual se tiene que sistematizar y enviar mensual a las ESES.

A partir del 2015 inicia la transición, en la cual la notificación se debe realizar de manera inmediato se presenta el caso y luego se deben realizar los respectivos ajustes en el aplicativo al egreso de la paciente.

También aumentan los criterios de inclusión

RELACIONADOS CON ENFERMEDAD ESPECIFICA:

Eclampsia Sepsis o infección sistémica severa Hemorragia obstétrica severa Preeclampsia severa Ruptura uterina Aborto séptico / hemorrágico Enfermedad molar Embarazo ectópico roto Enfermedad autoinmune Enfermedad hematológica Enfermedad oncológica Enfermedad endocrino / metabólicas Enfermedad renal Enfermedad gastrointestinal Eventos tromboembolicos Eventos cardiocerebro vasculares Otras

RELACIONADO CON LA DISFUSION ORGÁNICA:

Cardiaca Vascular Renal Hepática Metabólica



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA____ DE____ Cerebral

Respiratoria Coagulación

RELACIONADOS CON EL MANEJO

Necesidad de transfusión Necesidad de UCI Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia

LESION DE CAUSA EXTERNA

Accidente
Intoxicación accidental
Intento suicidio
Víctima de violencia física

OTROS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Todo evento de interés en salud pública que origine una condición crítica de salud materna –perinatal, durante la gestación, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación. Ajuste a la totalidad de casos de morbilidad materna extrema una vez la paciente egrese de

la institución.

Las Entrevista a la sobreviviente es una actividad a cargo de la UPGD que da el alta

hospitalaria.
Se hace la presentación del formato de la entrevista sobreviviente.

SEGUIMIENTO A LOS CASOS DE MME

A cargo de la aseguradora (EPS): Inmediato al 100% de las mujeres notificadas.

Seguimiento Posterior : Entre las 48 – 72 horas después del egreso.

A los 42 días después del egreso.

A los tres meses después del egreso.

Sequimiento domiciliario:

- 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 insuficiente control prenatal (tres o menos).
- 6) Mujeres con enfermedades preexistentes como cardiopatías, diabetes, hipertensión crónica, entre otras.
- 7) Mujeres con tres o más criterios de inclusión para morbilidad materna extrema.
- 8) Mujeres con secuelas o discapacidades secundarias al evento obstétrico.
- 9) Mujeres con perdida perinatal

Seguimiento Telefónico para el resto de casos

UNIDADES DE ANÁLISIS

UPGD cuatro casos por periodo epidemiológico



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA	DE
LAGINA	DL

Para el cálculo de las unidades de análisis a nivel departamental, distrital y municipal se tomaron en cuenta el número de casos notificados según residencia en el año 2015.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE CASOS DE MME Y MM POR HEMORRAGIA

- ¿Se buscó anemia en el control prenatal o al momento del parto?
- ¿Se trató adecuadamente la anemia?
- ¿Hubo vigilancia adecuada del T de P cada 30 minutos?
- ¿Hubo vigilancia adecuada del puerperio cada 15 minutos?
- ¿Se detectó trabajo de parto distócico?
- ¿Se trató adecuadamente un trabajo de parto distócico?
- ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento?
- ¿Se atendió en el nivel adecuado para la condición de la paciente
- En caso de parto por cesárea por placenta previa
- ¿Se implementaron las medidas preventivas que estaban indicadas?

CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO DE LA COMPLICACIÓN

- ¿El diagnóstico de hemorragia-choque fue oportuno?
- ¿El diagnóstico de hemorragia-choque fue oportuno?
- ¿Se activó el código rojo?
- ¿Se clasificó el grado del choque?
- ¿Hubo complicaciones intraoperatorias que contribuyeron a la muerte?
- ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?
- ¿Se evidencio trabajo en equipo?

GUÍA PARA ANÁLISIS DE CASOS DE MME Y MM POR PREECLAMPSIA

- ¿Se preguntaron antecedentes de la paciente de riesgo para preeclampsia? Acciones
- ¿Se detectó la aparición de la preeclampsia durante el control prenatal?
- ¿Se monitorizó adecuadamente?
- ¿Se remitió oportunamente?
- ¿Las condiciones de la remisión fueron adecuadas?......
- ¿El empleo del sulfato fue oportuno?
- ¿Se usó adecuadamente el sulfato de magnesio. (Dosis, tiempo antes y después de parto)?
- ¿Hubo buen manejo de las complicaciones secundarias a la preeclampsia?
- ¿Se vigiló por un tiempo prudencial el puerperio de estas pacientes?



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Diaz
Control Documental –SIG-



PAGINA	DE	
¿Se evide	ncio trabajo	o en equipo?

ANÁLISIS BASADO EN DETERMINANTES SOCIALES

GUÍA PARA ANÁLISIS DE CASOS DE MME Y MM POR SEPSIS

Se solicitó urocultivo en el control prenatal

Hubo adecuado tratamiento de la infección urinaria

Se hizo diagnóstico oportuno origen de la infección

Se remitió oportunamente:

Las condiciones de remisión fueron las adecuadas

Se iniciaron antibióticos en las primeras 2h después del diagnóstico de sepsis.

Se seleccionó el cubrimiento antibiótico adecuado:

Hubo control de foco en las primeras 12horas si estaba indicado

La decisión del tratamiento quirúrgico fue apropiada:

Se manejaron adecuadamente las complicaciones de la infección:

Se evidenció trabajo adecuado en equipo:

CARACTERISTICAS DE LA MME BOGOTA 2016

EDAD	NUMERO	POLRCENTAJE
25 a 29 Años	1187	23,53%
20 a 24 Años	1171	23,21%
30 a 34 Años	1080	21,41%
35 y más Años	993	19,68%
15 a 19 Años	589	11,67%
10 a 14 Años	25	0,50%
REGIMEN		
CONTRIBUTIVO	3813	75,58%
SUBSIDIADO	799	15,84%
NO ASEGURADO	192	3,81%
ESPECIAL	183	3,63%
EXCEPCION	46	0,91%
PENDIENTE	12	0,24%
CAUSA AGRUPADA		
Trastornos	3080	61,05%
hipertensivos		
Complicaciones	802	15,90%
hemorrágicas		



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA DE		
Otra causa	582	11,54%
Sepsis de origen	221	4,38%
no obstétrico		
Sepsis de origen	185	3,67%
obstétrico		
Enf. Preexistente	85	1,68%
que se complica		
Complicaciones	69	1,37%
de aborto		
Sepsis de origen	21	0,42%
pulmonar		
TOTAL CRITERIOS		
2 A 4	3236	64,14%
1 CRITERIO	1294	25,65%
5 Y MAS	515	10,21%
J I WIAG	313	10,2170
CRITERIOS		
TOTAL CASOS	5045	100,00%

La localidad que presenta más casos es Kennedy con 724 seguida Suba con 595 y en tercer lugar Bosa con 488 casos.

MME Según UPGD que mayor notificación presentaron en el 2016, Bogotá UPGD

UPGD % Sociedad De Cirugía De 502 9,97% Bogotá Hospital De San José Clínica Esimed Materno 421 8,36% Infantil Hospital Universitario 305 6,06% Clínica San Rafael Hospital Universitario 238 4,73% Mayor Mederi Ese Hospital El Tunal 228 4.53% Clínica De La Mujer 172 3,42% Clínica Materno Infantil 171 3,40% Colsubsidio -Usaquén

169

168

Olaya -

Ignacio

Centro Policlínico Del

Hospital Universitario San

3,36%

3,34%



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



 PAGINA_____ DE___
 DE_____

 Médicos Asociados S.A
 167
 3,32%

 Clínica Federman
 2541
 50,49%

Y las EAPB que mayor número de casos que han presentado cosos son CAPITAL18,13% CAFESALUD E.P.S. S.A. 13,77% COMPENSAR E.P.S. 13,75% FAMISANAR E.P.S. LTDA. 12,15% para el año 2016

4. ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE LA HEPATITIS B 2016 - 2021

La Doctora Cielo Ríos da una introducción a la normatividad para el evento compromisos y estrategias a nivel nacional:

Resoluciones 63.18 de 2010 y 67.6 de 2014 de las Asambleas Mundiales de la Salud. • Reunión regional para hepatitis virales 2012. • Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017 • La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible • Estrategia mundial del sector de la salud para las Hepatitis víricas: Eliminar, a más tardar en 2030, la importante amenaza para la salud pública que suponen las hepatitis víricas. }

Como prevenir la transmisión de las hepatitis víricas de madre a hijo

Administrar oportunamente una dosis neonatal de vacuna contra el virus de la hepatitis B, prestando especial atención a aquellos nacimientos que ocurren fuera de establecimientos de atención de salud y en zonas aisladas.

Actualizar las políticas y directrices nacionales sobre salud materna y neonatal, de conformidad con la evolución de las directrices de la OMS relativas a la eliminación de la transmisión de las hepatitis víricas de madre a hijo.

Resumen de acciones de seguimiento a la gestante con diagnóstico hepatitis B y su Recién nacido, 2014. La importancia de aplicación de la gammaglobulina B a pacientes recién nacido con madres con Hepatitis B, aclara que no se están haciendo las intervenciones que se requieren.

Hallazgos encontrados como causas importantes

Entidades territoriales con demoras o sin contratación de talento humano

- Desconocimiento del PNCHV por parte de las entidades territoriales
- No existe guía manejo clínico de la hepatitis B Baja adherencia a protocolo de vigilancia de Hepatitis B, C y B-D
- Limitada divulgación del evento de hepatitis B, en comparación con VIH y Sífilis.
- Limitaciones en la percepción del riesgo y complicaciones de la Hepatitis B



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



PAGINA DE

Desconocimiento de las acciones de seguimiento a gestantes con diagnóstico de hepatitis
 B y RN expuestos al VHB

Presencia de barreras administrativas, geográficas, culturales, socio económicas para acceder al diagnóstico del evento.

- Entidades territoriales sin insumos para realizar control de calidad a las pruebas de laboratorio de su red a cargo
- Desconocimiento en medidas para reducir el riesgo de TMI de hepatitis B y rutas para la consecución de insumos.
- · Limitada articulación entre EAPB, IPS, ET
- . Desconocimiento/vulneración de DSR (EAPB , IPS, Gestantes)
- Ausencia de herramientas que permitan el seguimiento de gestantes con diagnóstico de Hepatitis B y el RN expuesto al VHB.

Baja respuesta al diligenciamiento de la matriz de casos de gestante diagnosticadas con HB y reportadas al SIVIGILA en el año 2014

- . Pruebas rápidas hepatitis B no validadas.
- · Dificultad para acceder a consultas preconcepcionales
- · Fallas en la gestión del riesgo
- · Fragmentación de la contratación de servicios
- · Demoras en el aseguramiento de gestantes.
- · Estigma, discriminación, manejo de confidencialidad.
- No se realizan acciones preventivas e intervenciones con el grupo familiar del caso identificado y con su(s) pareja (s) sexual (es).
- Aspecto laboral de la gestante Barrera acceso a servicios

OBJETIVO Fortalecer la atención de la gestante con diagnóstico de hepatitis B y su recién nacido expuesto al VHB a fin de orientar los esfuerzos del país hacia la eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B a 2030.

INTERVENCIONES CLAVE DE LA ESTRATEGIA 1. Intervenciones de promoción y prevención. 2. Intervenciones de diagnóstico y atención de la gestante 3. Atención del recién nacido expuesto al VHB. 4. Seguimiento al recién nacido expuesto para VHB 5. Monitoreo y Evaluación.

INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- 1. Garantía del aseguramiento
- 2. Promoción de la consulta preconcepcional
- Identificación de antecedentes de vacunación para hepatitis B
- 4. Recomendación de vacunación a mujer en edad fértil con intención reproductiva sin antecedente vacunal de hepatitis B
- 5. Fortalecimiento de las capacidades comunitarias
- 6. Captación e inducción de la gestante a control prenatal
- 7. Control prenatal de inicio temprano 8. Identificación de situaciones de riesgo para el binomio madrehijo 9. Oferta sin barreras a la prueba de tamizaje para Hepatitis B
- 8. Información sobre Hepatitis B previa a la prueba
- 9. Entrega de condones para la prevención de ITS



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por;
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



DE

INTERVENCIONES DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE LA GESTANTE

- 1. Prueba para HBsAg a toda gestante en el primer control prenatal
- Entrega de resultados
- 3. Abordaje de convivientes y contacto(s) sexual(es)
- 4. Notificación del caso al Sivigila
- 5. Realización de pruebas serológicas complementarias: Anti HBc IgM, Anti HBc Total y HBeAg.
- 6. Ajustes al Sivigila de acuerdo a los resultados
- Realización de carga viral: tercer trimestre

A quien tratar, según GPC; Como prioridad, todos los adultos, adolescentes y niños con HBC y evidencia clínica de cirrosis compensada o descompensada (o cirrosis basada en una puntuación APRI de >2 en adultos) deben tratarse independientemente de los niveles de ALT, el estatus HBeAg o los niveles de ADN VHB. (Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

Se recomienda brindar tratamiento a adultos con HBC que no tienen evidencia clínica de cirrosis (o con base en un puntaje APRI ≤ 2 en adultos), pero que tienen niveles de ALT persistentemente anormales y evidencia de un nivel alto de replicación de VHB (ADN >20 000 UI/mL= 100.000 copias), independientemente del estado de HBeAg. (Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada)

- 8. Atención en control prenatal de Alto Riesgo Obstétrico (ARO)
- 9. Consulta especializada de acuerdo a disponibilidad y acceso (infectologo, hepatólogo o gastroenterólogo)
- 10. Tratamiento antiviral para la gestante (Tenofovir)
- 11. Alistamiento de insumos para profilaxis del recién nacido (Gammaglobulina contra hepatitis B)
- 12. Programación y atención del parto
- Recomendaciones para la alimentación del niño(a) expuesto al VHB
- 15. Asesoría para la anticoncepción y entrega del método antes del alta post-parto 16. Control del puerperio y remisión a atención especializada de la hepatitis B

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VHB

- 1. Aplicación de la vacuna de hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.
- 2. Aplicación de la inmunoglobulina para hepatitis B en las primeras 12 horas de nacido.
- Inicio de la lactancia materna.
- Inicio del esquema de vacunación de acuerdo al PAI.
- 5. Involucramiento de la comunidad.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VHB

Como se ha indicado, la vacunación contra la hepatitis B y la inmunoglobulina de hepatitis B son consideradas medidas seguras y efectivas que evitan la transmisión en 80-95% de los casos cuando se aplican en las primeras 24 horas de vida, seguida del cumplimiento de un



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



esquema de 3 dosis de vacuna de hepatitis B.(7)(15)(16) (Report, 2006). Circular 045 de 2013 la aplicación de la vacuna y la inmunoglobulina específica para la Hepatitis B en las primeras 12 horas de vida independiente del peso del recién nacido.

En recién nacidos hijos de madres con pruebas de HBsAg reactivo y clasificación del caso pendiente, también se deberán administrar la vacuna e inmunoglobulina específica para hepatitis B al neonato de acuerdo a lo indicado en este documento La dosis estándar de inmunoglobulina es de 0,5 ml (100 UI) para la profilaxis posterior a la exposición materno infantil de la hepatitis B.

- 1. Aplicación de la vacuna de hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.
- 2. Aplicación de la inmunoglobulina para hepatitis B en las primeras 12 horas de nacido.
- 3. Inicio de la lactancia materna.
- 4. Inicio del esquema de vacunación de acuerdo al PAI.
- Involucramiento de la comunidad.

SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO EXPUESTO PARA VHB

- 1. Ingreso al control de crecimiento y desarrollo
- 2. Inicio seguimiento del estado de salud del infante
- 3. Realización de pruebas para detección HBsAg y Ac HBs
- 4. En caso de infección por VHB remisión a especialista y notificación al Sivigila
- 5. Realización de unidades de análisis de caso de hepatitis B.

Concluye que toda gestante con una prueba con resultado reactivo, es un caso de hepatitis B y conlleva a la instauración de medidas profilácticas en el recién nacido, como la aplicación de vacuna contra hepatitis B y la inmunoglobulina específica contra el VHB en las primeras 12 horas de nacido; el cumplimiento del esquema PAI para VHB y la definición del estado serológico del niño (niña) expuesto a la TMI de la hepatitis B tres meses después de finalizado el esquema de vacunación contra hepatitis B.

La Doctora Sol Beltrán refiere que se debe aclarar el algoritmo de diagnóstico la doctora Cielo refiere que no hay algoritmo como tal sin embargo se encuentra en la guía de práctica Clínica y otras recomendaciones de la OMS donde se encuentra lo de la transmisión materno infantil pero no al algún algoritmo especifico.

Además la doctora Cielo refiere mejorar la estrategia con la prueba rápida para que el paciente no se pierda

En cuanto a la ficha solo se debe realizar una para la mama y él bebe, realizar el seguimiento al bebe hasta los 9 meses cada 3 meses.

Lo ideal es definir el diagnóstico antes del año

5 ACTUALIZACION PROTOCOLO NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD PERINATAL.

Este evento está enmarcado en planes mundiales como los objetivos de desarrollo sostenible y locales como el plan de desarrollo 2016-2020 Bogotá mejor para todos.

 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Diaz
Control Documental –SIG-



PAGINA	DE

menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

- A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.
- A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.
- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020.

Definición Operativa: se debe notificar todo producto de la gestación mayor o igual a 22 semanas y/o 50 gramos de peso, hasta el nacimiento serán notificadas como mortinatos tipo muerte fetal; las muertes neonatales se subdividen en tempranas, que van del nacimiento hasta los 7 días y tardías que van de los 8 hasta 28 días.

Objetivo: Generar información oportuna, valida y confiable que oriente la puesta en marcha de estrategias para mejorar los procesos de atención integral desde la pre concepción, gestación, parto, post parto y del recién nacido encaminados a disminuir los factores de riesgo relacionados con la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Flujo de la Información: Notificación inmediata de muertes perinatales y neonatales tardías e información de la muerte a la aseguradora respectiva, para la gestión del estudio anatomopatológico y aplicación de los anexos para el análisis individual de caso -- Notificación semanal de muertes perinatales y neonatales tardías discriminadas por UPGD a través del Sivigila a la unidad notificadora local.-- Diligenciamiento y revisión del certificado de defunción de acuerdo con lo establecido en el Manual de Principios y Procedimientos del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales DANE – MPS, para cada muerte perinatal y neonatal tardía, junto con la ficha de datos básicos y Complementarios.

Acciones Individuales:

Necropsia clínica o autopsia médico legal--100% de casos donde la causa de muerte no es clara--Mortinato análisis del feto y de la placenta -- 100% de muertes por lesiones de causa externa o violentas-- Anexo 8. Información a familia para realizar necropsia clínica en caso de muerte materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Entrevista familiar / autopsia verbal: Debe ser realizada en un tiempo no mayor a 30 días después de ocurrida la muerte; se debe tener en cuenta los criterios de evitabilidad ya que en el caso de Bogotá donde se presentan más de 1700 casos al año, no se cuenta con los recursos para el volumen de atención; las autopsias verbales se deben aplicar al 100% de muertes extra institucionales ya que pueden indicar la posible causa de muerte.

Unidades de Análisis: 100% de muertes perinatales y neonatales tardías a nivel institucional; distritales por el volumen de muertes se debe realizar al 20% (325 aproximadamente) deben asistir Responsable de la vigilancia en salud pública Médico y enfermera de la IPS donde ocurre la muerte. Gerente o administrador de la IPS en la cual ocurre la muerte. Auditor médico de la IPS. Representante de la aseguradora con poder decisorio. Representante de garantía de la calidad. Ginecólogos y/o pediatra, perinatólogo. Responsable de Estadísticas vitales. Representante del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuando sea necesario.



DE

PAGINA_

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

Código: 114-MEC-FT. 01 V.03 Noviembre 16 de 2010 Elaborado por:
Diana Ruiz
Gloria Navarrete
Revisado por:
Monica Ulloa
Aprobado por:
Gabriel Lozano Díaz
Control Documental –SIG-



Criterios para la priorización de casos a analizar en subredes o distrito: 1. Muertes perinatales y neonatales tardías ocurridas en el domicilio. 2. Muertes perinatales y neonatales tardías producto de atención de parto domiciliario 3. Muertes perinatales intraparto 4. Muertes neonatales tempranas y tardías 5. Muertes perinatales y neonatales tardías que correspondan a madres adolescentes 6. Muertes perinatales en madres con antecedentes de este evento en gestaciones anteriores 7. Muertes perinatales y neonatales con otros eventos de interés en salud pública. 8. Según resultados matriz de periodos perinatales de riesgo. Acciones colectivas: Análisis trimestral de los periodos perinatales de riesgo: Matriz BABIES UPGD - EAPB - LOCALIDAD - DISTRITO Las intervenciones en salud pública se podrán reorientar y focalizar de acuerdo a los principales determinantes identificados en el análisis como son: la salud materna y la atención durante la gestación, los cuidados intraparto, cuidado del recién nacido y los cuidados neonatales. COVECOM Es un comité que debe realizarse de forma trimestral en las entidad territoriales, siendo un escenario para el diseño de estrategias comunitarias para la atención materna perinatal, detección y seguimiento de gestantes dentro de los procesos de APS y participación social				
COMPROMISOS				
ACCION		RESPONSABLE	FECHA	
No quedaron compromisos				
Evaluación y cierre de la reunión				
Lvalado	ololi y olol	TO UC IN TOURISH		
¿Se logró el objetivo?	Se logró el objetivo?		s	
Sí X No				

