Tema: Fortalecimiento técnico de los procesos de vigilancia, notificación y análisis de los eventos de salud materno-perinatal.

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección de vigilancia en salud pública	Gestión Social y Territorial en Salud Pública

Objetivo	Fecha: 18/03/2026			
Fortalecer los procesos de vigilancia, notificación y análisis de los eventos de salud materno-perinatal en el Distrito, con el fin de mejorar la respuesta institucional y comunitaria ante riesgos de morbi-mortalidad en esta población.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Orientación ( ) Capacitación (X) Acompañamiento ( )		
		Otro		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ()	Mixta ( )
	Lugar: Secretaría Distrital de Salud Edificio Administrativo, auditorio principal.			
	Hora Inicio: 08:00 a.m. Hora Fin: 12:00 m			
	Notas por: Jeimy Fuentes Rueda			
	Próxima Reunión: De acuerdo con priorización			
	Quien cita: Referentes Distritales – Diana Franco.			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se dio inicio a la jornada de Fortalecimiento de la vigilancia, notificación y análisis de eventos materno-perinatales en el Distrito. El objetivo de este encuentro no es solo cumplir con un protocolo administrativo, sino transformar el dato en acción. Cada notificación correcta y cada análisis profundo representan una oportunidad de salvar vidas y mejorar la calidad de la atención de las usuarias.

Como primera actividad de la agenda, se procedió a la aplicación inicial pretest a todos los asistentes. Esta herramienta técnica tuvo como propósito: Identificar el nivel de conocimiento sobre los protocolos de notificación obligatoria de Salad sexual y reproductiva y salud materno perinatal.



Se observa que 157 asistentes realizaron el pretest, obteniendo un promedio general una de 15/14 puntos, lo que refleja un alto desempeño en los eventos de salud sexual. Es importante resaltar los resultados (100% de aciertos) en el uso de Penicilina Benzatínica para sífilis gestacional y un 97.5% de claridad sobre el objetivo de la vigilancia epidemiológica: identificar factores de riesgo y mejorar la calidad de atención.

- Inicia el Dr. Héctor Augusto González Ginecólogo de SISS Sur Occidente y Entrenador FECOLSOG quien Socializo Protocolo nacional de Sífilis gestacional y congénita

La sífilis gestacional y congénita es un evento de interés en salud pública 100% prevenible. Se caracteriza por ser una infección bacteriana que, de no ser diagnosticada mediante pruebas treponémicas rápidas y tratada oportunamente con Penicilina G Benzatínica, genera consecuencias graves como aborto, muerte fetal o secuelas multisistémicas irreversibles en el recién nacido. Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 casos por cada 1,000 nacidos vivos (incluyendo mortinatos). La estrategia se basa en que toda sífilis congénita es considerada un evento prevenible y una falla del sistema de salud.

- ✓ Pruebas Treponemas Rápidas (PTR): Se mantienen como el estándar de inicio en el lugar de atención Deben realizarse en cada trimestre y en el momento del parto/aborto.
- ✓ Si la PTR es positiva, se debe realizar inmediatamente una prueba no treponémica (VDRL o RPR) para determinar títulos y seguir el tratamiento. No se debe esperar el resultado de la segunda prueba para iniciar la primera dosis de penicilina.

Tratamiento de la Gestante

- ✓ Medicamento de elección: Penicilina G Benzatínica. 2.4 millones de UI (IM).
  - Sífilis temprana (<1 año de evolución): 1 dosis.
  - Sífilis es desconocida o tardía: 3 dosis (una cada semana).
- ✓ No se requiere prueba de sensibilidad a la penicilina la evidencia muestra que el riesgo de anafilaxia es bajísimo frente al riesgo de sífilis congénita.

Un recién nacido se considera caso de sífilis congénita si cumple cualquiera de estos puntos:

- ✓ Se considera tratamiento inadecuado si la madre no terminó el esquema 30 días antes del parto o si usó un antibiótico distinto a la penicilina.
- ✓ Evidencia clínica o paraclínica: Signos físicos al nacer o alteraciones en laboratorios cuadro hemático, radiografías de huesos largos.
- ✓ Si los títulos de la prueba no treponémica (VDRL/RPR) del bebé son 4 veces mayores (dos diluciones) que los de la madre al momento del parto.

Responsabilidades del Sector Salud

- ✓ Tratamiento inmediato: "Prueba positiva, dosis puesta". No se debe enviar a la gestante a casa sin la primera dosis si la prueba rápida dio positiva.
- ✓ Tratamiento a contactos: Es obligatorio localizar y tratar a la(s) pareja(s) sexual(es) para evitar la reinfección de la gestante.
- ✓ Notificación: La sífilis gestacional y congénita son eventos de notificación obligatoria

Nota: La principal barrera detectada en las actualizaciones es la demora administrativa. El protocolo exige eliminar las barreras de acceso a la penicilina en los servicios de urgencias y control prenatal.

- Continua la Dra Matha Padilla Comportamiento epidemiológico de Sífilis gestacional y congénita

Indicadores y Situación Epidemiológica (2021-2026) La información consolida reportes de la Base Sivigila (2021-2024 finales, 2025 preliminar a semana 53 y 2026 preliminar a semana 8. Se utilizan las bases DANE de Nacidos Vivos (NV) y Muertes Fetales (MF). Se evidencia una mejora en la intervención tras las investigaciones de campo, logrando que casos que inicialmente aparecían con "cero dosis" de tratamiento se redujeran de 10 a solo 3 casos

reportados. El seguimiento se realiza bajo los mismos parámetros de temporalidad (2021-2026) para asegurar la trazabilidad de los casos de transmisión vertical.

La presentación incluye un tablero de indicadores diseñado para medir la eficiencia de la captación y el tratamiento oportuno antes del parto. El análisis de las tablas y el tablero de control se estructura en puntos críticos para reducir la incidencia:

- ✓ Captación temprana mediante la RIAS materno perinatal.
- ✓ Garantía de esquemas completos para la gestante y su pareja.
- ✓ Control de contactos e investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) para el ajuste de datos y cierre de casos.
- ✓ Acciones directas para evitar la transmisión vertical.
- ✓ Se continúa con la Dra. Diana Franco la cual muestra Comportamiento epidemiológico de Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna

MME se define como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación. Se observa una tendencia al alza en el reporte de casos. En el año 2025 se registraron 6,033 casos, lo que representa una razón de 108.1 por cada 1,000 nacidos vivos, cifra superior a la reportada en 2024 (4,997 casos y razón de 88.4).

Entre enero y febrero de 2026 se han notificado 985 casos razón preliminar de 108.1, manteniéndose por encima de los reportes del mismo periodo en años previos. Según el método MMWR, durante las primeras 8 semanas de 2026 el evento se ha ubicado sistemáticamente en la zona de alerta, superando los valores esperados.

La distribución de los casos según la complicación presentada en 2026 es:

- ✓ Trastornos Hipertensivos: Representan el 62% de los casos (608 registros).
- ✓ Choque Hipovolémico (Hemorragia): Constituye el 25% de los eventos (246 registros).
- ✓ Choque Séptico (Sepsis): Representa el 10% (95 registros)

Caracterización morbilidad materna extrema Bogotá, D.C. Enero -febrero 2026, donde se observa

- ✓ La Subred Norte lidera en cantidad con 340 casos (razón de 107,4).
- ✓ La Subred Centro Oriente presenta la razón más alta con 125,0, destacándose la localidad de La Candelaria con una razón crítica de 263,2.
- ✓ Localidades críticas por volumen: Suba y Kennedy con el mayor número de casos individuales (141 cada una), seguidas de Ciudad Bolívar (101).

Existe una relación proporcional entre la edad temprana y la gravedad del indicador. El grupo de 10 a 14 años presenta la razón más alarmante de 400,0, a pesar de tener pocos casos (6). Los grupos de 25 a 34 años concentran el mayor volumen de casos. Las mujeres extranjeras presentan una razón de 130,7, significativamente superior a la de las mujeres colombianas (105,6), lo que sugiere una mayor vulnerabilidad o barreras de acceso para esta población. La población indígena registra una razón extremadamente alta de 291,7, lo que evidencia una disparidad crítica en salud materna para estas comunidades.

- ✓ Se continua con el fortalecimiento donde se habla de MM. Se observa una tendencia variable, en 2021 se presentó un pico crítico con 46 casos (razón de 68,7), mientras que para 2025 y 2026 (datos preliminares a la semana 11) se reporta una disminución significativa a 1 caso por año, situando la razón en 11,5 y 11,0 respectivamente.

Morbilidad Materna Extrema (MME): Presenta un incremento en la detección, en 2025 se reportaron 6.033 casos (razón de 108,1), y en el primer bimestre de 2026 se registraron 985 casos. El índice de letalidad por MME ha bajado de 0,9 en 2021 a 0,1 en 2026.

Caracterización de las Muertes Maternas 2026

- ✓ Los trastornos hipertensivos son la causa predominante de morbilidad extrema (62%), seguidos por el choque hipovolémico (25%) y el choque séptico (10%).
- ✓ El grupo etario con mayor concentración de casos de MME son mujeres de 25 a 29 años y de 20 a 24 años.
- ✓ En cuanto a mortalidad, el 60% de los casos en 2026 corresponden a mujeres de 35 años o más.
- ✓ El 80% de las muertes maternas en 2026 se caracterizaron por ser mujeres multíparas con periodos intergenésicos prolongados.
- ✓ Ciudad Bolívar registra el mayor número de muertes maternas en 2026 (3 casos), seguida por Kennedy y Engativá con 1 caso cada una.

Controles Prenatales

- ✓ En la caracterización de muertes maternas de 2026, el 80% de las mujeres fallecidas habían asistido entre 4 y 8 controles prenatales, mientras que un 20% asistió a solo 1-3 controles.
- ✓ Consulta Preconcepcional: Se destaca una falla en la prevención, ya que el 100% de los casos no contaron con consulta Preconcepcional.
- ✓ Se continúa con la Dra. Ana Maria García Bedoya la cual socializa protocolo de Mortalidad Materna – Sivigila Maternidad Segura.

El modulo de la Unidad de Análisis en Sivigila Web 4.0 está diseñado para facilitar la recolección, gestión y análisis de casos de muertes de mujeres entre 10 y 54 años. Su objetivo principal es garantizar el seguimiento de posibles muertes maternas para identificar causas, factores contribuyentes y establecer la evitabilidad del caso. El sistema Sivigila Web 4.0 asigna permisos específicos según el nivel de gestión:

- ✓ INS Acceso total sin filtros a todos los procesos.
- ✓ UPGD filtran por código de IPS; gestionan el resumen de atención clínica y notificación.
- ✓ EAPB Gestionan el instrumento de y visualizan casos según su población afiliada.
- ✓ Entidades Territoriales Distritos; Filtran por jurisdicción de defunción o residencia para supervisar y coordinar el análisis.

El sistema identifica automáticamente muertes de mujeres en edad fértil y los clasifica según su estado de gestión:

- ✓ Muerte Materna Temprana: Ocurre durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su terminación.
- ✓ Muerte Materna Tardía: Ocurre después de los 42 días pero antes de un año del fin del embarazo.
- ✓ Muerte por Causas Coincidentes: Incluye lesiones de causa externa (accidentes, violencia) durante el periodo gravídico-puerperal.
- ✓ Estados del caso: Los registros se marcan como pendientes, Sospechosos, Confirmados o Descartados.

La notificación se realiza mediante la Ficha 550

- ✓ Antecedentes maternos: Se permiten de 1 a 20 gestaciones.
- ✓ Si se marca que no hubo CPN, el sistema bloquea automáticamente las preguntas sobre número de controles y semana de inicio.

- ✓ Si la Muerte es "Durante la gestación", se bloquea los campos de fecha de terminación, tipo de parto y quién atendió el parto.
- ✓ El momento de la muerte debe coincidir estrictamente con lo reportado en el certificado de defunción.

Antes de realizar la Unidad de Análisis, deben diligenciarse en el módulo de recolección:

- ✓ Resumen cronológico de hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y resultados de necropsia.
- ✓ Entrevista Familiar: Explora el entorno social, antecedentes, barreras de acceso y decisiones de la familia.
- ✓ Autopsia Verbal: Se aplica obligatoriamente en muertes extra-institucionales o cuando se desconoce la causa.
- ✓ Diligenciado por la EAPB sobre demanda inducida y tiempos de remisión.

Una vez recolectada la información y con el caso en estado confirmado, se procede al análisis para definir:

- ✓ Causa Básica de Muerte: La enfermedad o lesión que inició la cadena de eventos fatales.
- ✓ Clasificación de Causas: Directas (trastornos hipertensivos, hemorragia, sepsis, aborto), o Indirectas (cardiopatías, cáncer, dengue).
- ✓ Determinación de si la muerte pudo haberse prevenido.
- ✓ Tablero de Problemas: El sistema genera dinámicamente un resumen de factores relacionados (individuo, familia, comunidad, servicios de salud) que puede exportarse a un Excel.
- ✓ Se continúa con la Dra. Melissa Sierra Perea Socialización protocolo Morbilidad Materna Extrema

Actualización del Protocolo de Morbilidad Materna Extrema (Evento 549)

Se socializarón los cambios técnicos del protocolo 2024 frente a la versión de 2022, destacándose ajustes en los criterios de inclusion para mejora la sensibilidad de la vigilancia:

- ✓ Preeclampsia: Se incorporó la definición según la resolución 3280 de 2018, aclarando que su ocurrencia se vigila desde la semana 20 de gestación. Se añadieron criterios clínicos como epigastralgia, fosfenos, tinnitus, vasoespasmo retiniano y hallazgos como el hematoma subcapsular y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
- ✓ Sepsis u infección sistémica severa: Se ajustaron los parámetros hemodinámicos y de laboratorio. Por ejemplo, la frecuencia respiratoria de inclusión cambió de >20 a >24 respiraciones por minuto y la frecuencia cardíaca de >90 a >110 latidos por minuto (ambas tomas en 15 minutos). Se incluyeron signos como piel moteada y cianosis.
- ✓ Hemorragia Obstétrica Severa: La nueva definición integra pérdidas sanguíneas mayores a 500 ml y 1.000 ml, además de taquicardia persistente (>100 lpm).
- ✓ Falla de Órgano: Se desagregaron características clínicas para darles mayor relevancia, especificando de manera más clara los criterios para fallas hepáticas, renales y hematológicas (cambio en el umbral de plaquetas a <100.000).

Se presentó el funcionamiento del Módulo de Unidades de Análisis de Maternidad Segura, diseñado para la gestión integral de casos en mujeres de 10 a 54 años:

- ✓ Identificación y Gestión: El sistema permite clasifica casos como sospechosos, confirmados o Descartados. Los casos Confirmados requieren el diligenciamiento obligatorio de instrumentos como la Entrevista familiar, el resumen de atención clínica y la Autopsia verbal (en casos extrainstitucionales).
- ✓ Análisis de Evitabilidad: El módulo facilita establecer la causa Básica de muerte y clasifica el evento como evitable o no evitable, identificando factores contribuyentes en cuatro niveles: individuo, familia, comunidad y sistema de salud.

- ✓ Tablero de Problemas: El sistema genera de forma dinámica un tablero de problemas basado en las situaciones específicos identificadas, el Cuál es exportable para la toma de decisiones administrativas y clínicas

Se definieron los alcances por nivel:

- ✓ IPS (UPGD): Responsables del resumen clínico y reporte según código de institución.
- ✓ EAPB: Deben realizar la gestión del aseguramiento, documentando barreras administrativas y acciones de demanda inducida.
- ✓ Entes Territoriales. Encargados de la coordinación de las unidades de análisis y el seguimiento departamental.

- Se continúa con la Dra. Adriana Guaca Ruíz Comportamiento epidemiológico de la mortalidad en la primera infancia y defectos congénitos.

Se presenta el resumen del comportamiento epidemiológico de la mortalidad en la primera infancia y los defectos congénitos en Bogotá (datos a corte de marzo de 2026):

Mortalidad en la Primera Infancia

- ✓ Vigilancia del Virus Sincitial Respiratorio (VSR): Se identifica como la causa principal de bronquiolitis, siendo especialmente crítico en menores de 6 meses y bebés prematuros.
- ✓ Riesgos asociados: Este grupo poblacional presenta el mayor riesgo de enfermedad grave, hospitalización y fallecimiento por infecciones respiratorias agudas.
- ✓ Metodología de análisis: Se utiliza el método MMWR para comparar casos observados contra líneas de base históricas (mínimo 5 años), permitiendo detectar desviaciones significativas en la incidencia.

Defectos Congénitos

- ✓ Fortalecimiento del Seguimiento: Se enfatiza la necesidad de una gestión inmediata para confirmar o descartar patologías en recién nacidos con tamizajes alterados para asegurar tratamiento oportuno.
- ✓ Ampliación del Tamizaje Neonatal: Implementación de la Resolución 117 de 2026, la cual expande las pruebas obligatorias para la detección temprana de anomalías.
- ✓ Hallazgos en Morbilidad Materna: Se reporta una relación entre defectos congénitos y la morbilidad materna extrema, con un porcentaje significativo de casos asociados a bajo peso al nacer (entre 22% y 24% en el periodo 2022-2025).

Principales Fallas Identificadas en el Proceso

Para mejorar los indicadores, la Secretaría de Salud identificó errores recurrentes que deben corregirse:

- ✓ Toma de muestra inadecuado: Muestras de tamizaje tomadas fuera de la ventana de tiempo (antes de las 24 horas) que generan falsos negativos.
- ✓ Errores de registro: Confusión entre muestras de cordón y talón en pruebas de TSH, lo que altera los puntos de corte diagnósticos.
- ✓ Retrasos administrativos: Demora en el inicio de la confirmación diagnóstica (espera de imágenes o trámites) que pueden ser catastróficas en casos de hipotiroidismo congénito o galactosemia.
- ✓ Subnotificación: Casos probables detectados en laboratorios que no se notifican en SIVIGILA, impidiendo el seguimiento institutional

- Se continúa con la Dra. Karen Vargas Ramírez Socialización Protocolo nacional de Defectos congénitos.

Socialización del Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública de Defectos Congénitos, basado en los lineamientos del Instituto Nacional de Salud (INS) y la Secretaría Distrital de Salud:

Objetivo del protocolo radica en la confirmación o descarte inmediato de patologías ante cualquier tamizaje neonatal alterado con el fin último es garantizar el inicio de tratamiento y seguimiento para la prevención de discapacidades permanentes y mortalidad evitable. Resolución 117 de 2026: Se socializó la ampliación del tamizaje neonatal bajo este nuevo marco normativo, el cual busca una detección más exhaustiva de anomalías desde el nacimiento. Comportamiento Epidemiológico y Hallazgos (Corte 2026)

- ✓ Relación con Morbilidad Materna: Se identificó una asociación significativa entre los defectos congénitos y casos de morbilidad materna extrema.
- ✓ Bajo Peso al Nacer (BPN): En el periodo 2022-2025, entre el 22.5% y 24.6% de los casos con defectos reportados estuvieron asociados a bajo peso al nacer en neonatos a término.

La Secretaría de Salud enfatizó los errores recurrentes que afectan la calidad del dato y la vida del paciente:

- ✓ Toma de muestras antes de las 24 horas de vida, lo que genera resultados falsos negativos.
- ✓ Falta de claridad al marcar el origen de la muestra (confusión entre sangre de cordón y talón en pruebas de TSH), lo que invalida los puntos de corte diagnósticos.
- ✓ Retrasos en la confirmación diagnóstica por trámites de autorizaciones o espera de imágenes, lo cual es crítico en eventos como el Hipotiroidismo Congénito (HC) o Galactosemia.
- ✓ Casos detectados por laboratorios que no son reportados en el sistema Sivigila, impidiendo el seguimiento institucional.

- Se continúa con la Dra. Lucía López Paternóster Socialización ampliación de tamizaje neonatal Res. 117 de 2026

Resolución 117 de 2026, que define los lineamientos para la ampliación del tamizaje neonatal en el Distrito: como Objetivo es garantizar la gestión inmediata (confirmación o descarte) de patologías en recién nacidos con pruebas alteradas para asegurar tratamiento oportuno y prevenir discapacidad o mortalidad. La resolución expande el panel de eventos sujetos a vigilancia obligatoria, fortaleciendo la detección temprana de errores innatos del metabolismo y otras anomalías congénitas.

Recomendaciones toma de muestras, al menos tres tomas completas, leche materna, formula con proteínas, el intervalo mínimo entre alimentación y toma de muestra, es de 1,5 a 3 horas Seguir todas las recomendaciones para garantizar la calidad en la muestra recolectada en todo el proceso de toma, manejo, almacenamiento y transporte

La toma de muestra debe realizarse estrictamente después de las 24 horas de vida. Tomas prematuras generan falsos negativos; tomas tardías tras el egreso aumentan el riesgo de pérdida del caso. Es obligatorio registrar con precisión el origen de la muestra. La confusión entre sangre de cordón y talón (especialmente en TSH) invalida los puntos de corte diagnósticos. Se prohíbe el retraso del inicio del tratamiento o la confirmación diagnóstica por trámites administrativos, autorizaciones o espera de imágenes diagnósticas.

- Responsabilidades de las IPS:

- ✓ Garantizar la adecuada toma de muestra y el correcto diligenciamiento del papel filtro.
- ✓ Asegurar el consentimiento informado y la sensibilización de los padres.

- ✓ Notificación obligatoria en SIVIGILA de todos los casos probables detectados en laboratorio para permitir el seguimiento de la Secretaría de Salud.

Se reportó que entre el 22.5% y 24.6% de los defectos detectados se asocian a bajo peso al nacer en neonatos a término, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento estricto en este grupo poblacional.

Durante el desarrollo de la sesion del fortalecimiento, se habilitó un espacio de interlocución donde se despejaron las dudas técnicas y operativas planteadas por los asistentes, específicamente en lo relacionado con la ventana de oportunidad para la toma de muestras, los flujos de notificación en SIVIGILA y la aplicación de los nuevos lineamientos de la Resolución 117 de 2026.

Tras verificar el cumplimiento de la agenda programada y asegurar la apropiación de los protocolos por parte de los actores del sistema, se da por finalizada la jornada de fortalecimiento en vigilancia de eventos materno-perinatales, con el compromiso institucional de garantizar la gestión inmediata de los casos para la prevención de la morbi mortalidad.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Fortalecer el diligenciamiento de fichas de notificación para asegurar que el análisis de la MME permita identificar fallas en la atención antes de la ocurrencia de desenlaces fatales	EAPB Y IPS	Continuos
Asegurar que el 100% de las gestantes con prueba treponémica reactiva reciban tratamiento inmediato con Penicilina Benzatínica y se garantice el seguimiento con pruebas no treponémica (VDRL/RPR) conforme a la norma	EAPB Y IPS	Continuos
Optimizar la captación de casos priorizados (cardiopatías, hipotiroidismo y defectos de pared abdominal) y el reporte de vigilancia centinela para mejorar los indicadores de salud perinatal.	EAPB Y IPS	Continuos

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

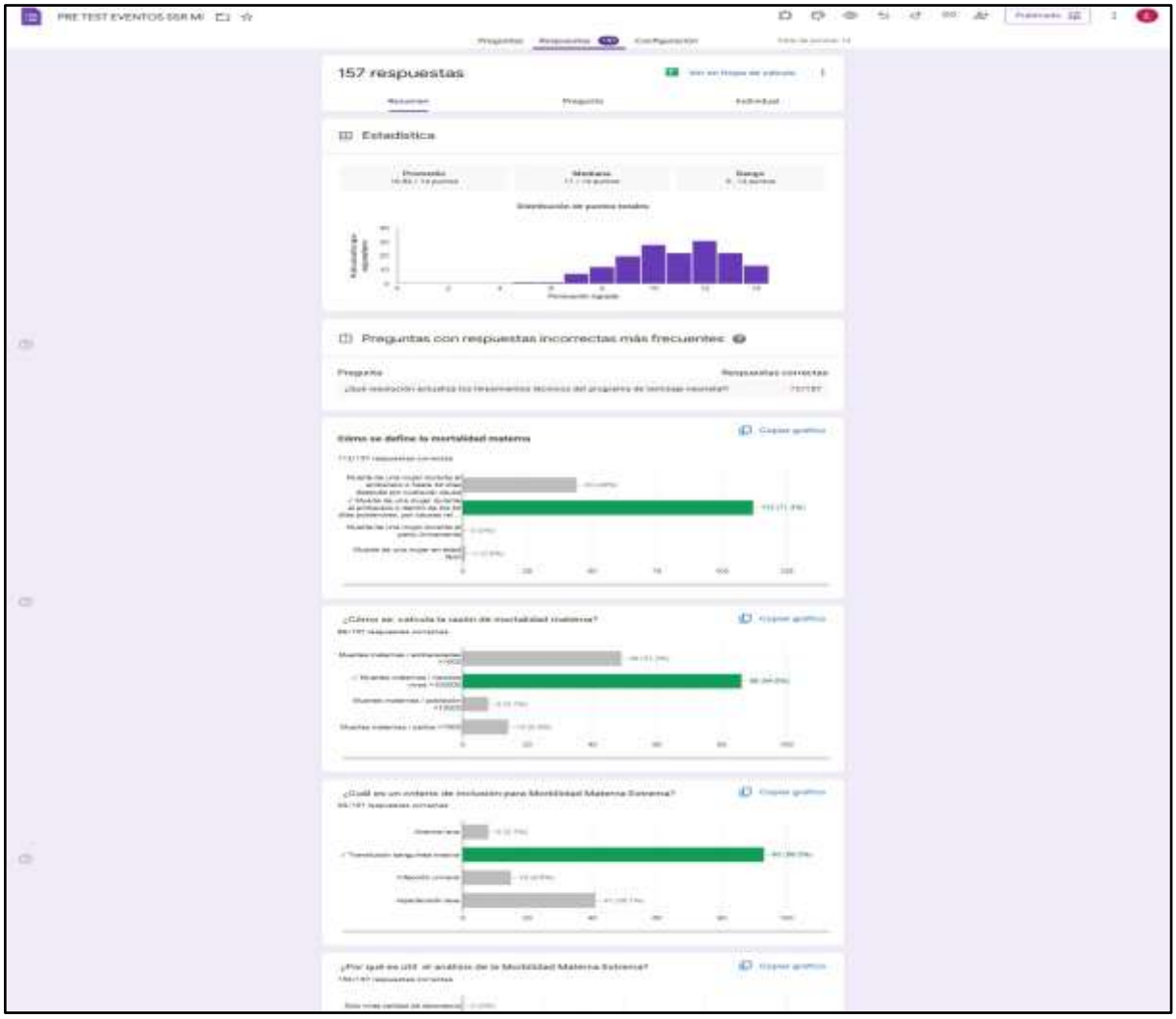
REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

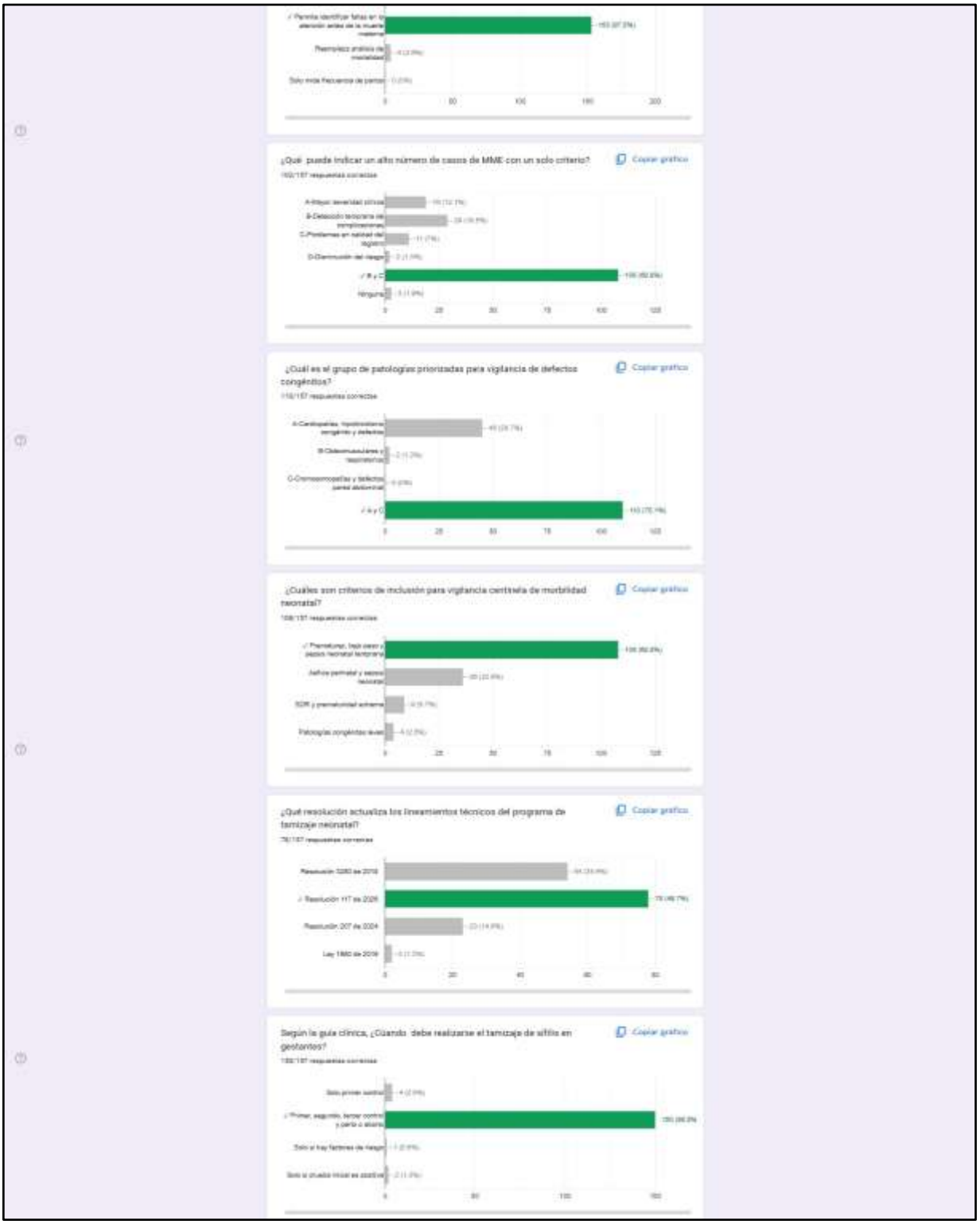
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Diana Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	3164975276	SVSP - SDS	

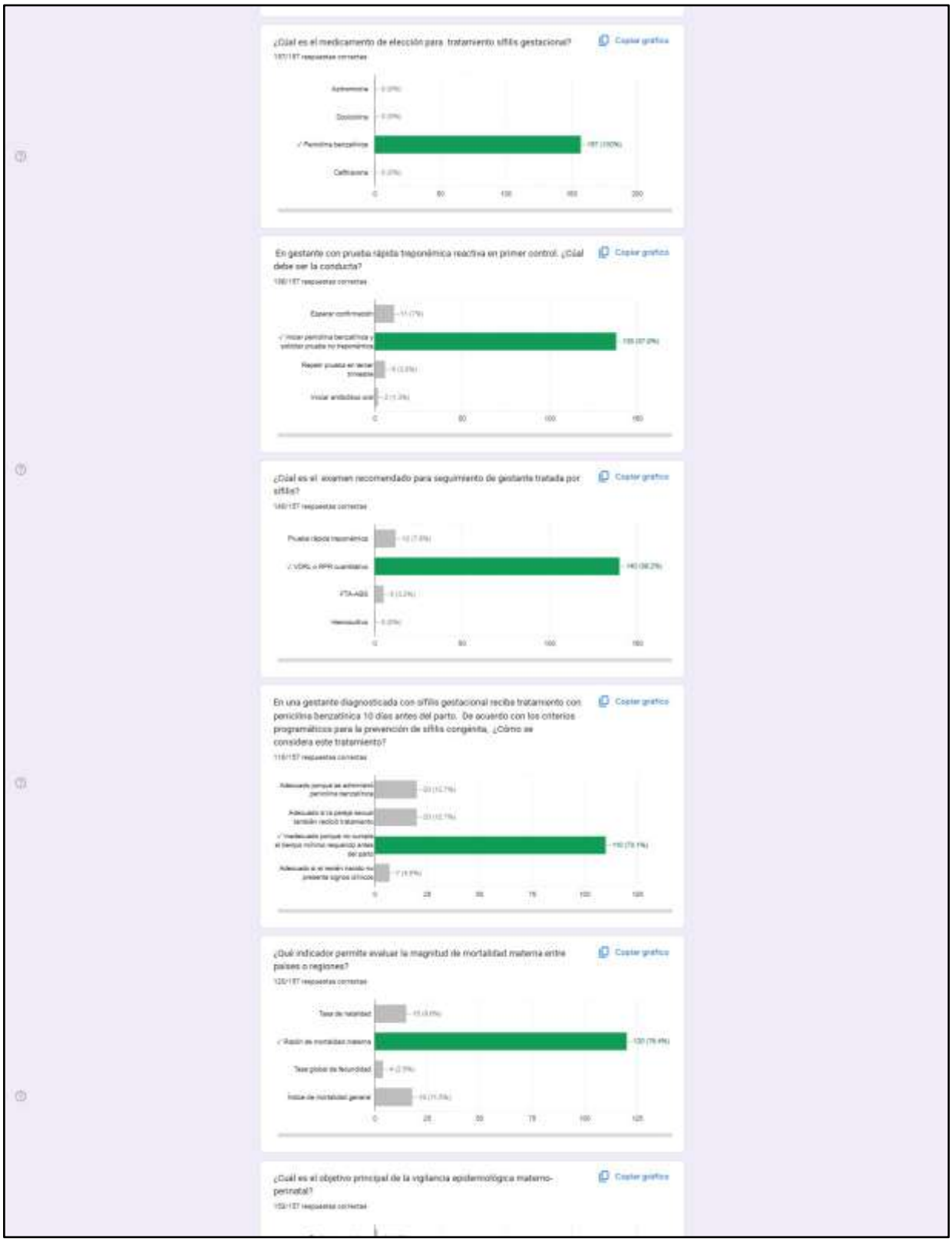
2	Adriana Guaca	amguca@saludcapital.gov.co	3505962278	SVSP - SDS	
3	Martha Padilla	Mp1padilla@saludcapital.gov.co	3132840782	SVSP - SDS	
4	Claudia Silva	cmsilva@saludcapital.gov.co	3214647153	SVSP - SDS	

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	N/A

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.




¿Qué puede indicar un alto número de casos de MME con un solo criterio?
Copiar gráfico
¿Cuál es el grupo de patologías priorizadas para vigilancia de defectos congénitos?
Copiar gráfico
¿Cuáles son criterios de inclusión para vigilancia centinela de morbilidad neonatal?
Copiar gráfico
¿Qué resolución actualiza los lineamientos técnicos del programa de tamizaje neonatal?
Copiar gráfico
Según la guía clínica, ¿Cuando debe realizarse el tamizaje de sífilis en gestantes?
Copiar gráfico


¿Cuál es el medicamento de elección para tratamiento sífilis gestacional?
Copiar gráfico
✓ Penicilina benzatínica
En gestante con prueba rápida treponémica reactiva en primer control, ¿Cuál debe ser la conducta?
Copiar gráfico
¿Cuál es el examen recomendado para seguimiento de gestante tratada por sífilis?
Copiar gráfico
En una gestante diagnosticada con sífilis gestacional recibe tratamiento con penicilina benzatínica 10 días antes del parto. De acuerdo con los criterios programáticos para la prevención de sífilis congénita, ¿Cómo se considera este tratamiento?
Copiar gráfico
¿Qué indicador permite evaluar la magnitud de mortalidad materna entre países o regiones?
Copiar gráfico
¿Cuál es el objetivo principal de la vigilancia epidemiológica materno-perinatal?
Copiar gráfico