Gobernación de Norte de Santander

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NORTE DE SANTANDER

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

SaSeR_NdeS

PROTOCOLO DE Morbilidad Materna Extrema

PROTOCOLO DE Morbilidad Materna Extrema

1. IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA EL EVENTO

1.1 JUSTIFICACION

La mortalidad materna e infantil expresan el grado de inequidad en que viven los más desprotegidos. En septiembre del 2000, las Naciones Unidas convocó a los líderes del mundo a la Cumbre Mundial del Milenio, con el objetivo de reflexionar sobre la situación del planeta, poniéndose en evidencia que la humanidad está entrando en la era de la globalización, proceso que entraña grandes oportunidades para los pueblos del mundo, y al mismo tiempo grandes desafíos. El resultado de esta cumbre es expresado en los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**.

En América y el Caribe, los gobiernos y los organismos de cooperación internacional han realizado grandes esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna e infantil, pero los resultados no han sido coherentes con los esfuerzos desplegados; por ésta razón se han replanteado nuevas metas.

En la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en el 2002, dando seguimiento a los acuerdos establecidos por los países se establecieron Metas del Milenio para la Región de Las Américas, para ser alcanzadas en el año 2015. Junto con la reducción de la pobreza los países asumieron el compromiso de disminuir la mortalidad materna, en un 75%, y la infantil, en un 66%, respecto de los niveles de 1990.

En ese contexto, El Departamento Norte de Santander, ha desarrollado múltiples acciones que deben ser revisadas y reconducidas con seriedad. El Gobernador William Villamizar y la Secretaria de Salud Nelly Patricia Santafé Andrade, están decididos a dar cumplimiento a esta política. Por ello, se ha dispuesto desde el año 2008 la implementación del análisis de la morbilidad materna extrema teniendo como base que el control y análisis de la morbilidad resulta la forma más acertada y precisa para evaluar el nivel de salud de cualquier grupo humano, y en la actualidad adquiere gran importancia, pues sustituye al de mortalidad como indicador de la situación sanitaria de la población.

Realizar la caracterización clínica epidemiológica de este indicador; nos permita la obtención de nuevos conocimientos sobre una base científica del problema y así contribuir a mejorar la calidad asistencial. De esta manera en la vigencia 2008 se dio inicio a la implementación de esta estrategia con apoyo de la UNFPA en convenio con el Ministerio de la Protección Social, en la vigencia 2009 se emanaron las circulares N° 123 de 12 de abril de 2009 y la circular 234 de agosto de 2009, en las cuales se les notificaba a las Instituciones del Departamento el inicio de la implementación de esta estrategia, teniendo encuenta las dificultades presentadas, en la vigencia 2010, se incluye para un mejor control y reporte de los casos la morbilidad materna extrema como evento de obligatoria notificación a nivel departamental en el SIVIGILA. El principal fruto de este trabajo es este documento, que proporciona las orientaciones estratégicas básicas que deberán adoptarse en forma inmediata para alcanzar los resultados previstos.

El análisis de la morbilidad materna extrema (MMS) es necesario para obtener información relevante y número suficiente de casos para evaluar las necesidades y definir prioridades para lograr optimizar la atención obstétrica perinatal. Ella, debe ser complementaria con la información de la mortalidad materna, Conocer la morbilidad materna extrema es un excelente instrumento para evaluar la calidad de la atención, conocer las necesidades, establecer prioridades e implementar programas que optimicen los cuidados de la salud tanto para la madre como para el feto. Es un indicador complementario a las tasas de mortalidad materna ya sea durante el embarazo, el parto o el puerperio, es considerado como un indicador de desarrollo social debido a que su causalidad tiene mucho que ver, con el grado de educación y acceso a los servicios de salud.1

1.2 PROBLEMA

A nivel mundial, el promedio anual estimado es de *22.000* muertes en mujeres a causa de complicaciones del embarazo y el parto, de las cuales el 99% se presentan en los países en desarrollo, y solo un 1% en los países industrializados.

En Latinoamérica, la mortalidad materna ha presentado un comportamiento hacia la disminución teniendo en cuenta el comportamiento de la misma a comienzos del siglo XXI, se consideraba una razón de *190* por cada 100.000 nacidos vivos, para 2006, la razón estimada fue de *91,1* por 100.000 NV. Sin embargo existe una diferencia marcada entre países de América, en donde el nivel de desarrollo marca esta diferencia, dado que en países como Canadá la muertes estimadas son 4 por cada 100.000 nacidos vivos, Chile 17,3 muertes maternas por cada 100.000 NV en el año 2006, mientras que Haití continua con la razón mas alta de la región, 523 por cada 100 nacidos vivos, Bolivia con 230 por cada 100 nacidos vivos, Perú 240 por cada 100 nacidos vivos.

El comportamiento de la mortalidad matera en Colombia, evidencia para el periodo 1990 – 2005 una disminución del 16% en un lapso de 15 años. Desde 1998 las muertes han venido disminuyendo en 3.85 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos anualmente hasta 2005, sin embargo el descenso anual esperado de 5.5 muertes maternas no se ha alcanzado. (Fino, Cuevas. DANE)

En el Departamento para las vigencias 2003 -2008, con la información de los registros de certificados de defunción, se ha captado un total de 72 casos de muertes maternas. El embarazo, el parto y el puerperio no son enfermedades pero las mujeres de Norte de Santander, todavía mueren por causas generadas en estas etapas. La mortalidad materna debida a complicaciones son innecesariamente alta, Los factores de riesgo para mortalidad materna fueron en orden de prioridad: dentro de los Sociales, económicos y culturales se destacan el Bajo nivel socio-económico, difícil accesibilidad geográfica a los servicios de salud, inasistencia al control prenatal. Dentro de los factores de Prestación de servicios de salud se destacan la poca accesibilidad a los servicios de salud, inadecuada calidad en la atención, poca capacitación al personal asistencial, baja credibilidad institucional. Poca información y educación a la gestante sobre factores de riesgo del embarazo, no aplicación de las Normas Técnicas y Guías de Atención definidas por el nivel Nacional.

Frente a mortalidad perinatal a nivel nacional el promedio de la mortalidad infantil es de 15 niños muertos por cada 1000 nacidos, en Norte de Santander la mortalidad perinatal es de 13.6 niños muertos por cada 1000 nacidos. Los factores que influyen en la muerte perinatal en ocasiones son comunes a aquellos que afectan la salud de la madre y de la población en general; por lo tanto, las acciones que se implementen para disminuirla actuarán de forma favorable sobre las condiciones de salud de la sociedad, es decir, tendrán repercusión más allá de la sobrevida perinatal.

La situación de mortalidad materna y perinatal no es alentadora, en especial en zonas pobres, rurales y de exclusión. Los motivos que determinan la alta tasa son diversos. Para la vigencia 2008 se resalta el municipio de Lourdes, con un caso pero una razón de mortalidad materna de 25 por 1000 NV, seguido de los municipios del área del catatumbo Teorama con una razón de 8.3 MM por 1000 NV y Sardinata 3.4 MM por 1000 NV. Para mortalidad perinatal en la vigencias 2008 se resalta los municipios de El Carmen con una tasa de mortalidad perinatal de 35 por 1000 NV, seguido de La Esperanza con 29.1 por 1000 NV, Silos con 27.4 por 1000 NV y Abrego con 25.8 por 1000 NV. Así mismo, la mortalidad es mayor en comunidades con elevados niveles de pobreza y alta fecundidad, en áreas rurales en situación de lucha armada, desplazamiento forzoso y bajas coberturas educativas. Las dificultades económicas y geográficas para tener acceso a centros de salud, la falta de información sobre los cuidados fundamentales en el período de gestación e incluso, factores culturales, son causas decisivas de esta preocupante situación.

Según ENDS 2000, el 13% de las mujeres entre 15 y 19 años ya son madres, y esto tiene efectos nefastos sobre la vida de las mujeres, incluyendo el de muerte de la madre por causas relacionadas a la gestación, parto o puerperio. En norte de Santander las muertes por embarazo o parto de las adolescentes constituyen, junto a las de mujeres mayores de 35 años, el 42% de las muertes maternas, lo que corrobora una vez mas que las edades extremas en la vida son un factor de riesgo preponderante, Los riesgos son particularmente elevados para las adolescentes. Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor" (Ciudades para la niñez, UNICEF 2004).

Los sindromes hipertensivos asociados al embarazo fueron la mayor causa registrada en el ámbito nacional, representando el 34.3% de los fallecimientos. El 12% de las muertes maternas se debieron a hemorragias. Todas las mujeres tienen derecho a tener las condiciones necesarias para disfrutar de embarazos y partos seguros. El que la mujer tenga o no acceso a estas condiciones depende en gran parte del compromiso de los gobiernos.

Uno de los principales retos de Norte de Santander, es generar un impacto positivo en la reducción de la morbi- mortalidad materna y mortalidad perinatal en el departamento, el fortalecimiento de La vigilancia epidemiológica de la MME, permitirá apuntar a lograr los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007.

Por lo anterior es muy importante que todos los sectores e instituciones se una a estas iniciativas y ayude a crear condiciones para mejorar los resultados de la atención en salud, trabajar día a día con la convicción de que la salud sexual y reproductiva es una inversión vital, rentable e indispensable. Promover la salud de la población no sólo mejora la salud individual, sino la sobrevivencia de sus familias.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la Morbilidad Materna Extrema (MME) a en el nivel Institucional, Municipal, y Departamental a partir de los casos analizados, para la toma de decisiones que permitan reducir la morbilidad y mortalidad materno – perinatal, en concordancia con los objetivos de desarrollo del milenio, a través de intervenciones basadas en evidencias, sectoriales, intersectoriales e interinstitucionales, que aseguren la calidad, integralidad, universalidad y oportunidad del sistema y de los servicios de salud, el ejercicio de derechos y la participación de sus comunidades.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, y así identificar los factores de riesgo y demoras que inciden en las actuales tasas de mortalidad[1].
- Notificar y analizar el 100% de las morbilidades maternas extremas a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Implementar las unidades de análisis individuales de las morbilidades maternas extremas en el 100% de las instituciones que prestan servicio materno – infantil
- Generar planes de mejoramiento en el nivel municipal a partir de los análisis individuales y colectivos de las morbilidades maternas extremas, conducentes a fortalecer y mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención materna.
- Evaluar los criterios utilizados para la identificación de casos de MME.
- Identificar los retrasos determinantes de la ocurrencia del evento.
- Calcular los indicadores derivados de la vigilancia de la MME.

1.4 ESTRATEGIAS

1.4.1 Estrategias de vigilancia pasiva

- Vigilancia a través de la notificación inmediata y semanal obligatoria de la ocurrencia de morbilidades maternas extrema por municipio y departamento.

1.4.2 Estrategias de vigilancia activa

- Búsqueda mensual en los RIPS, de casos de morbilidad materna extrema.

---

[1] La Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad y Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil es el componente del sistema de información en salud que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación, de las causas de morbilidad y mortalidad materno, perinatal e infantil y la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y períodos determinados con el objeto de contribuir en el desarrollo de las medidas necesarias para su prevención. Declaración conjunta OPS / OMS, 1991.

2. INFORMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DEL CASO

2.1 DEFINICIÓN DE CASO

Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte y se define con la presencia de una o más de las condiciones descritas en los criterios de inclusión.

2.1.1 CRITERIOS DE INCLUSION RELACIONADOS CON:

2.1.1.1 Enfermedad especifica

- ECLAMPSIA: Presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclamsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos, que tienen su causa desencadenante en un vasoespasmo cerebral con isquemia local, encefalopatía hipertensiva con hiperperfusión, edema vasógeno y daño endotelial.

- CHOQUE SÉPTICO: corresponde a la hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica. Se define hipotensión a la disminución de la presión sistólica por debajo de 90 mmHg o como una presión arterial media menor de 60 mmHg que no tenga otra causa.

- CHOQUE HIPOVOLÉMICO: Es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxigeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

2.1.1.2 Falla orgánica

- CARDIACA: Paro cardiaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos.

- VASCULAR: Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque séptico o de cualquier etiología; hipovolemia secundaria a hemorragia. Se manifiesta en general, por presión arterial < 90 mmHg, presión arterial media < 60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de de 40 mmHg, índice cardiaco > 3.5 L /min.m^2, llenado capilar disminuido >2 segundos.

- RENAL: Corresponde a un deterioro agudo de la función renal medular que se correlaciona con incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria que no responde al reemplazo de líquidos y a diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio acido básico y electrolitos.

- HEPÁTICA: Corresponde a una alteración importante de la función hepática, que se manifiesta por ictericia en piel y escleras, pudiendo existir o no hepatomegalia, asociada a transaminasas en niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, bilirrubina total mayor de 4 mg/dl y LDH ≥600 UI/L.

- METABÓLICA: Aquella que corresponde a coomorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia >1 mmol/L, hiperglicemia glicemia plasmática > 120 mg/dl, ó 7.7 mmol/l, sin necesidad de padecer diabetes.

- CEREBRAL: Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización.

- RESPIRATORIA: Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio.

- COAGULACIÓN: CID, trombocitopenia (< 100000 plaquetas) o hemólisis (LDH > 600).

2.1.1.3 Manejo

- INGRESO A UCI: Paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto, para monitoria hemodinámica secundaria a cirugía electiva.

- CIRUGÍA: Se refiere a procedimientos diferentes al parto o la cesárea, practicados para la manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante. El ítem otros, se refiere a procedimientos practicados de urgencia, como toracotomia, craneotomia etc.

- TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA AGUDA: Administración de tres unidades o más de hemoderivados en una paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.

3. PROCESOS OPERATIVOS DE VIGILANCIA

3.1 Flujo de información

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) de mediana o alta complejidad, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo. Son responsabilidades primarias de estas unidades:

• Aplicar los protocolos Departamentales de vigilancia en salud pública.
• Identificar el caso de morbilidad materna extrema
• Recolectar las variables mínimas en relación con el caso.
• Diligenciar la ficha de datos básicos y el formato de recolección de la información de MME (según instructivo de diligenciamiento)
• Transferir los datos básicos al municipio en los plazos y formatos definidos y en ausencia de eventos, realizar la notificación negativa en los mismos plazos y formatos.

Las unidades notificadoras municipales, una vez consolidada y analizada la información para el desarrollo de las acciones respectivas, remitirá semanalmente la información de sus unidades primarias a la unidad notificadora departamental (Instituto Departamental de Salud). (ver flujograma)

3.2 Notificación

Las acciones técnicas del proceso de vigilancia en salud pública a partir de la ocurrencia de una morbilidad materna extrema son:

- Notificación de casos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional – SIVIGILA (anexo1) y diligenciamiento del formato de recolección de datos para casos de morbilidad materna extrema (anexo 2), los cuales deben concordar en el 100% para cada caso de morbilidad materna extrema presentados.

- Investigación de campo. (anexo 3)

- Comité de análisis de la morbilidad materna de acuerdo a la metodología de la ruta de la vida – camino a la supervivencia (4 demoras) (anexo 4)

- Elaboración del plan de mejoramiento a partir de la metodología la ruta de la vida – camino a la supervivencia (4 demoras). (anexo 5)

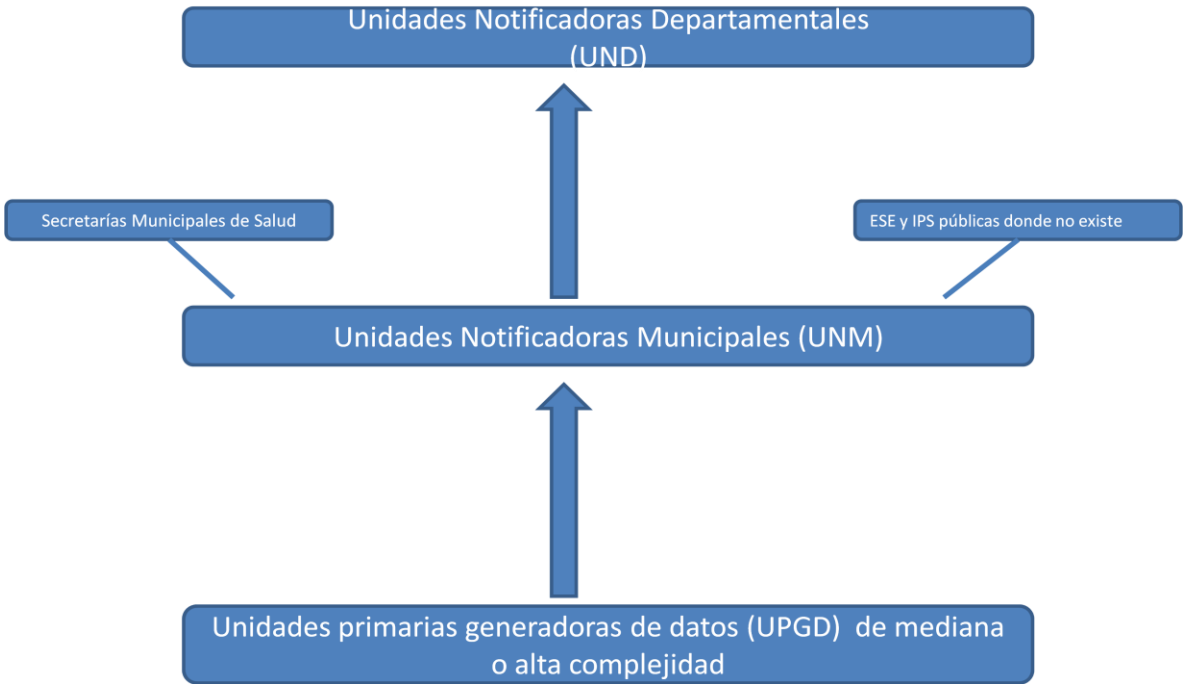
3.2.1 Proceso de notificación semanal

De la unidad primaria generadora de datos al municipio UPGD (dirección local de salud u hospital local):

- Notificación de morbilidad materna extrema discriminadas por UPGD a través del SIVIGILA a la unidad notificadora local e información de la morbilidad a la aseguradora respectiva.

Del municipio al departamento:

- Notificación de morbilidad materna extrema a través de la ficha por archivos planos
- Revisión y recolección del formato de recolección de datos para casos de morbilidad materna extrema



3.2.2 Ajustes por periodos epidemiológicos

Los ajustes a la información correspondiente de casos confirmados que no fueron notificados por el municipio, en la semana correspondiente se deben realizar a más tardar en la semana epidemiológica inmediatamente posterior, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema

3.3 Responsabilidades por Niveles

3.3.1 Institucional (UPGD)

- Identificación y notificación de la morbilidad materna extrema de forma inmediata a la unidad notificadora (Dirección local de salud) y a la respectiva aseguradora (EPS – ARS).
- Iniciar la configuración del caso, revisión de registros clínicos de ingreso a UCI, atención del parto, del control prenatal, de los procedimientos y otras atenciones dentro de la misma institución.
- Análisis y elaboración del plan de mejoramiento.
- Reporte Semestral de Indicadores en el formato establecido para tal fin (anexo 6)

3.3.2 EPS S/C

- Configurar en conjunto con la UPGD el caso de morbilidad materna extrema y realizar la investigación de campo y / o autopsia verbal.
- Realizar el análisis a cada morbilidad materna extrema una vez ocurra el caso.
- Proponer el plan de mejoramiento.
- Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y contar con soportes del mismo.
- Analizar la situación y caracterizar la morbilidad materna extrema (causas directas e indirectas; criterios de inclusión, indicadores de MME, variables de persona, tiempo, lugar y aspectos socioculturales).

3.3.3 Municipal

- Configurar en conjunto con la UPGD el caso de morbilidad materna extrema y realizar la investigación de campo y / o autopsia verbal.
- Realizar el análisis a cada morbilidad materna extrema una vez ocurra el caso.
- Proponer el plan de mejoramiento.
- Retroalimentar a los comités e instancias respectivas, si es el caso, para dar cumplimiento al plan de mejoramiento (comité auditoria, comité de ética, alcaldía municipal, planeación etc.).
- Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y contar con soportes del mismo.
- Analizar la situación y caracterizar la morbilidad materna extrema (causas directas e indirectas; criterios de inclusión, indicadores de MME, variables de persona, tiempo, lugar y aspectos socioculturales).

3.3.4 Departamental

- Revisar los análisis de la morbilidad materna extrema municipal.
- Brindar acompañamiento en los comités de morbilidad materna extrema municipal y de las EPS.
- Solicitar los ajustes al plan de mejoramiento.
- Realizar el seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento y contar con soportes del
- mismo.

- Analizar la situación y caracterizar la morbilidad materna extrema (causas directas, indirectas, criterios de inclusión, indicadores de MME, variables de persona, tiempo, lugar y aspectos socioculturales) a nivel departamental.
- Citar a comité Departamental al municipio y/o EPS cuando se considere necesario.

3.4 Fuentes de Información

- Certificado de Defunción (cuando amerite)

El certificado de defunción deberá permitir la identificación primaria de muertes maternas y proporcionar los datos claves para iniciar el proceso de configuración del caso.

- Historia Clínica

Se contemplan: la historia de control prenatal, la historia clínica de atención de parto y puerperio y la historia clínica de la atención de la situación que puso en riesgo la vida de la madre gestante o lactante. Se debe recordar que una gestante puede tener una o más historias clínicas debido a que recibe atención en diferentes instituciones de salud, durante su control prenatal o atención de urgencia.
.

- **Visita de campo o Entrevista a la mujeres gestante o lactante (anexo 7)**

La entrevista/visita es una actividad extramural o institucional a cargo de la UPGD y/o ente municipal en acompañamiento de la EPS si amerita el caso, la cual debe ser realizada por un profesional con experiencia en el manejo técnico de la misma y en el abordaje del duelo familiar. Esta investigación se debe efectuar con la usuaria ó en el caso que haya fallecido se debe efectuar con el compañero o esposo, de no ser posible con algún familiar preferentemente una mujer (madre o hermana) o convivientes de la gestante, que puedan aportar datos sobre la ruta crítica que siguió la gestante, ojala desde el inicio de su embarazo.

Las entrevistas/visita de las morbilidades materna extremas pretenden definir los factores Biológicos, sociales y psicológicos y condiciones asociadas frente a perspectiva de la usuaria, practicas, aptitudes determinantes en la ocurrencia del evento, incluyen la exploración de las condiciones o situaciones médicas y no médicas relacionadas con la morbilidad, las condiciones de accesibilidad y uso de los servicios de salud por la población, así como la calidad de los procedimientos desarrollados y los servicios prestados.

4. ANALISIS DEL CASO

4.1 Comités de análisis individuales de las Morbilidades maternas extremas.

El comité es una instancia de análisis de información para establecer los factores determinantes en torno a la morbilidad materna extrema, y que sirven de insumo para formular correctivos, pero no se constituye en una instancia punitiva, puesto que no suple otras instancias o comités que se puedan realizar en el marco del sistema de garantía de calidad y auditoria médica de lo cual es responsable la IPS, las aseguradoras (EPS, ARS) y las Direcciones Territoriales de Salud. El proceso de análisis busca realizar una evaluación cuyo objetivo es implementar planes de mejoramiento los cuales requieren de seguimiento y evaluación.

4.2 Insumos para la realización del comité de análisis de la morbilidad materna extrema

4.2.1 Nivel Institucional:

- El certificado de defunción completamente diligenciado (si amerita)
- La ficha epidemiológica y el formato de recolección de datos para casos de morbilidad materna extrema (una vez realizado el comité de análisis se termina de diligenciar la
- parte de datos complementarios).
- La historia clínica completa diligenciada en la IPS donde ocurrió la morbilidad.
- Indicadores de MME

Participantes

- Gerente o director de la IPS
- Coordinador del área de Ginecoobstericia.
- Coordinador de epidemiología
- Auditor de la IPS
- Personal asistencial no involucrado en la atención directa del caso

4.2.2 Nivel municipal

- El certificado de defunción completamente diligenciado (si amerita)
- La ficha epidemiológica y el formato de recolección de datos para casos de morbilidad materna extrema (una vez realizado el comité de análisis se termina de diligenciar la parte de datos complementarios).
- La historia clínica completa diligenciada en la IPS en la cual fue atendida la gestante durante los controles prenatales (si amerita) y donde ocurrió la morbilidad (pueden ser IPS distintas).
- La investigación de campo y autopsia verbal (si fue requerida), (ver anexo 3).
- Indicadores de MME por UPGD y por EPS S/C

Participantes

- Responsable de la vigilancia en salud pública del municipio
- Médico y enfermera de la IPS o IPSs donde ocurre la morbilidad
- Gerente o administrador de la IPS en la cual ocurre la morbilidad
- Auditor médico de la IPS
- Representante de la aseguradora con poder decisorio
- Representante de garantía de la calidad
- Gineco-obstetra (opcional)
- Responsable de Estadísticas Vitales.
- Representante del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuando sea necesario.

4.2.3 Nivel departamental

- Contar con la información remitida por el nivel municipal a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA
- Contar con las actas y planes de mejoramiento resultado de los análisis de MME realizados en el nivel municipal.
- Contar con los análisis situacionales de MME del departamento con el fin de establecer el comportamiento, los factores determinantes y permitir la toma de decisiones.

- Contar con las fotocopias de los certificados de defunción(si amerita), así como con las fichas y los formatos de recolección de datos para cada casos de morbilidad materna extrema de notificación
- Contar con el Reporte Semestral de Indicadores de las UPGS y los municipios

Participantes

- Coordinador de vigilancia en salud pública departamental o distrital.
- Coordinador de garantía de la calidad y /o vigilancia y control de la oferta departamental distrital.
- Representante de las aseguradoras (EPS o ARS).
- Gineco-obstetra.
- Cuando sea necesario, el coordinador de vigilancia en salud pública municipal, el auditor médico de la IPS en donde ocurrió el caso.
- Representante del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuando este sea necesario

4.3 Metodología del comité de análisis de la morbilidad materna extrema

- Será convocado por el responsable de la vigilancia en salud pública en el municipio, cada vez que a través del SIVIGILA se notifique una morbilidad materna extrema. Se recomienda que este comité se realice dentro de las siguientes dos semanas, para tener oportunidad en el proceso de configuración del caso.
- El comité podrá ser coordinado por el responsable de vigilancia del municipio.
- Se realizará una lectura de la historia clínica prenatal y de la atención médica realizada; se podrá hacer un resumen siempre y cuando no se omita información que ayude a identificar los riesgos asociados a la morbilidad materna extrema
- Se deberá leer y analizar el informe de la investigación de campo.
- Para los análisis de morbilidad materna extrema se recomienda la metodología “La Ruta de la Vida - Camino a la Supervivencia” (4 demoras)
- El comité podrá ser convocado por la EPS, el nivel municipal o el nivel departamental.

4.4 Plan de mejoramiento

Es una serie de actividades a realizar con el objeto de evitar que las condiciones medicas que llevaron a ésta morbilidad, y que dependen directamente de la calidad del proceso de atención no se repitan, cuando se presente de nuevo un caso con similares condiciones. Con respecto a las condiciones no médicas, el plan de mejoramiento va dirigido a que la autoridad sanitaria del municipio implemente, según sea el caso, actividades intersectoriales conducentes a evitar que problemas relacionados con aspectos logísticos, sean parte causal de la ocurrencia de morbilidad materna extrema y que las aseguradoras e IPS también fortalezcan las actividades conducentes a mejorar el acceso a los servicios.

El plan de mejoramiento no solo estipulará las actividades a realizar, sino que además debe identificar claramente quién será el responsable, cómo se realizará la actividad propuesta, en dónde y en cuánto tiempo se espera cumplir con lo planteado. Por lo tanto, se enviará copia del plan de mejoramiento a todos los participantes que deben ejecutar actividades.

4.5 Analisis situacional de la morbilidad materna extrema

A continuación se mencionan algunos aspectos a tener en cuenta en cada uno de los niveles territoriales para el análisis de la MME.

Es importante señalar que este análisis debe ser liderado por el sector salud en cada entidad territorial, en el debe incluir a los otros actores que participan en los comités de análisis con el fin de mantenerlos informados y sensibilizados. ver tabla

INDICADORES

5. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

El enfoque integral de la vigilancia en salud pública que incluye el análisis de la magnitud y tendencia, el análisis de algunos factores determinantes y la evaluación de los servicios de atención materna es una herramienta, que aplicada a los usos de la epidemiología, sirve para desarrollar acciones a corto, mediano y largo plazo en aras de fortalecer la planeación de los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad.

5.1 Acciones individuales

En el nivel individual teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el Comité de Análisis de la Morbilidad materna extrema y lo establecido en los planes de mejoramiento, es posible tomar medidas que incidan en la salud individual de las maternas que ingresen bajo las mismas condiciones.
Se debe garantizar el tratamiento de urgencia para las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y la atención materna básica a todos los embarazos.

5.2 Acciones colectivas

Las acciones a nivel colectivo deben estar integradas con la política nacional de salud sexual y reproductiva. Los planes de mejoramiento permitirán generar acciones que incidirán en el nivel colectivo y por lo tanto se deberán plantear acciones a desarrollar en los diferentes aspectos hallados, con base en el análisis situacional de la MME, de acuerdo con el nivel donde fue realizado

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz, Edgar Ivan. Caracterización de la morbilidad materna extrema. Cali. Colombia: Universidad del Valle. Departamento de Ginecología y Obstetricia., 2006. Disponible en: http://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Publicaciones/FOROPDF/caracterizacionmorbili.PDF (Acceso 8 de mayo 2008)

2. UNFPA. Millennium Development goal 5. Improve Maternal Health. Disponible en: http://www.unfpa.org/icpd/goals/goal_5.htm. Consultado 27.Enero 2008

3. Geller SE, Rosenberg D. Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near miss maternal morbidity during pregnancy. J ClinEpidemiol 2004; 7: 16-20.

4. Plasencia Asorey C. et al. Calidad de la Atención Materno-Infantil en Hospitales Maternos del municipio Santiago de Cuba. Premio Anual de la Salud Año 2002.

5. Morbilidad materna extremadamente grave FLASOG 2007. Acceso 2 agosto del2009.Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/CapacitacionesTalleres/Taller%20MMEG% 20oct-07

6. Carbonell IC, López BR, Alba AY, Gómez PT, Salazar LS, Álvarez TM, Salvador AS, Pérez GDR, Cordero IR. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. Santiago de Cuba 2009.

7. Velasco Ricardo, Capurro Haroldo, Nacerlatinoamericano, patologias de la morbilidad materna extrema o severa, Actualización: Agosto 2008. Disponible en: www.nacerlatinoamericano.org

8. República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil 2005-2008.Santo Domingo, D. N.: SESPAS, ©2005.

9. Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad materna en las Américas. Boletín epidemiológico .1993.14: (1). Colombia. Departamento Nacional de Planeación. “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -- 2015” CONPES SOCIAL 91.

10. Organización Mundial de la Salud, (OMS). Informe sobre la salud del mundo 2004. Cambiar el rumbo de la historia, anexo estadístico.

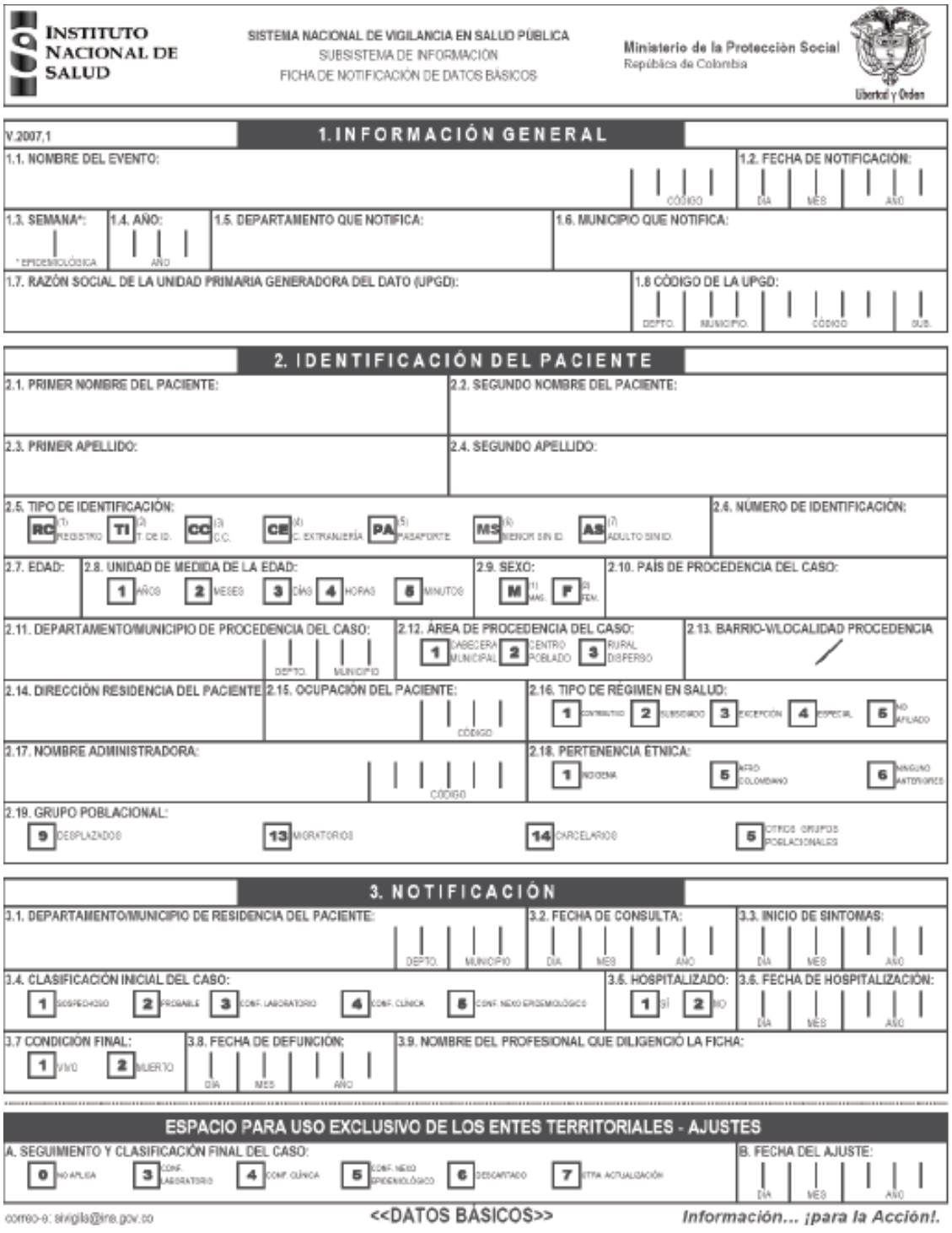
11. Instituto Nacional de Salud, protocolo de mortalidad materna 2007. Colombia, Bogotá

12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Parque Melitón Porras, Maternidad segura en el Perú Un diagnóstico desde el vientre materno, Lima 18, Perú, www.unicef.org/peru

13. Organización panamericana de la salud, Magda Palacio Hurtado M.D. sección 4 ¿Qué hacer para una maternidad segura?, 1998

Anexo 1

Ficha de datos básicos



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

V.2007,1

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. NOMBRE DEL EVENTO: | CÓDIGO | 1.2. FECHA DE NOTIFICACIÓN: DÍA MES AÑO

1.3. SEMANA*: * EPIDEMIOLÓGICA | 1.4. AÑO: AÑO | 1.5. DEPARTAMENTO QUE NOTIFICA: | 1.6. MUNICIPIO QUE NOTIFICA:

1.7. RAZÓN SOCIAL DE LA UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DEL DATO (UPGD): | 1.8 CÓDIGO DE LA UPGD: DEPTO. MUNICIPIO. CÓDIGO SUB.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1. PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: | 2.2. SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE:

2.3. PRIMER APELLIDO: | 2.4. SEGUNDO APELLIDO:

2.5. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC (1) REGISTRO; TI (2) T. DE ID.; CC (3) C.C.; CE (4) C. EXTRANJERÍA; PA (5) PASAPORTE; MS (6) MENOR SIN ID.; AS (7) ADULTO SIN ID. | 2.6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

2.7. EDAD: | 2.8. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD: 1 AÑOS; 2 MESES; 3 DÍAS; 4 HORAS; 5 MINUTOS | 2.9. SEXO: M (1) MAS.; F (2) FEM. | 2.10. PAÍS DE PROCEDENCIA DEL CASO:

2.11. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO DE PROCEDENCIA DEL CASO: DEPTO. MUNICIPIO | 2.12. ÁREA DE PROCEDENCIA DEL CASO: 1 CABECERA MUNICIPAL; 2 CENTRO POBLADO; 3 RURAL DISPERSO | 2.13. BARRIO-VILOCALIDAD PROCEDENCIA

2.14. DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL PACIENTE | 2.15. OCUPACIÓN DEL PACIENTE: CÓDIGO | 2.16. TIPO DE RÉGIMEN EN SALUD: 1 CONTRIBUTIVO; 2 SUBSIDIADO; 3 EXCEPCIÓN; 4 ESPECIAL; 5 NO AFILIADO

2.17. NOMBRE ADMINISTRADORA: CÓDIGO | 2.18. PERTENENCIA ÉTNICA: 1 INDÍGENA; 5 AFRO COLOMBIANO; 6 NINGUNO ANTERIORES

2.19. GRUPO POBLACIONAL: 9 DESPLAZADOS; 13 MIGRATORIOS; 14 CARCELARIOS; 5 OTROS GRUPOS POBLACIONALES

3. NOTIFICACIÓN

3.1. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: DEPTO. MUNICIPIO | 3.2. FECHA DE CONSULTA: DÍA MES AÑO | 3.3. INICIO DE SINTOMAS: DÍA MES AÑO

3.4. CLASIFICACIÓN INICIAL DEL CASO: 1 SOSPECHOSO; 2 PROBABLE; 3 CONF. LABORATORIO; 4 CONF. CLÍNICA; 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO | 3.5. HOSPITALIZADO: 1 SI; 2 NO | 3.6. FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: DÍA MES AÑO

3.7 CONDICIÓN FINAL: 1 VIVO; 2 MUERTO | 3.8. FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA MES AÑO | 3.9. NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIÓ LA FICHA:

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES

A. SEGUIMIENTO Y CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO: 0 NO APLICA; 3 CONF. LABORATORIO; 4 CONF. CLÍNICA; 5 CONF. NEXO EPIDEMIOLÓGICO; 6 DESCARTADO; 7 SIN ACTUALIZACIÓN | B. FECHA DEL AJUSTE: DÍA MES AÑO

correo-e: sivigila@ins.gov.co

<<DATOS BÁSICOS>>

Información... ¡para la Acción!.

Anexo 2

Formato de recolección de datos para casos de MME

FORMATO DE RELOCECCION DE DATOS PARA CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PACIENTE Y EL EMBARAZO

EDAD | | | años **PROCEDENCIA** (Lugar residencia habitual) ________________ **INSTITUCIÓN** ________________

NIVEL DE EDUCACIÓN ⓪Ninguno ①Primaria ②Secundaria ③Técnica ④Universitaria **AÑOS CURSADOS** | | |

ESTADO CIVIL ①Casada ②Unión estable ③Soltera ④Otro **OCUPACIÓN** ________________

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN ①Contributivo ②Subsidiado ③Vinculado ④Particular ⑤Especial ⑥Sin información

GESTAS | | | **PARTOS** | | | **CESÁREAS** | | | **ABORTOS** | | | **MORTINATOS** | | | **PER. INTERG** | | | meses

No. CONTR. PRENATALES | | | **TRIMESTRE 1er. CPN** | | | **REFERENCIA** ①Si ②No **EDAD GEST.** | | |

TER. EMBARAZO ①Vaginal ②Cesárea ③Legrado ④No finalizado ⑤Otro **RECIÉN NACIDO** ①Vivo ②Muerto ③No aplica **PESO RN** | | | | | g

MOMENTO DE OCURRENCIA DEL EVENTO ①Anteparto ②Intraparto ③Postparto

DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

INGRESO A UCI ①Si ②No **DÍAS DE ESTANCIA EN UCI** | | | **TRANSFUSIONES** | | | unidades

CIRUGIAS ADICIONALES ①Histerectomía ②Cesárea-histerectomía ③Laparotomía ④Legrado
⑤Otras ________________

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN TOTAL | | | **ESTADO DE LA GESTANTE AL ALTA** ①Viva ②Muerta

DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO Y LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CAUSA PRINCIPAL DE LA MORBILIDAD O MORTALIDAD (CIE 10) ________________

OTRAS CAUSAS DE LA MORBILIDAD O MORTALIDAD (CIE 10) ________________

CRITERIO(S) DE INCLUSIÓN RELACIONADO CON	**①Enfermedad especifica**	**②Falla orgánica**	**③Manejo**
	A- Eclampsia	A-Cardiaca	A- UCI
	B- Shock séptico	B-Vascular	B- Cirugía
	C- Shock hipovolémico	C- Renal	C- Transfusión
		D- Hepática	
		E-Metabólica	
		F-Cerebral	
		G- Respiratoria	
		H- Coagulación	

DATOS RELACIONADOS CON EL ANÁLISIS CUALITATIVO

RETRASOS

①Tipo I ________________

②Tipo II ________________

③Tipo III ________________

④Tipo IV ________________

Anexo 2.1

Instructivo del Formato de recolección de datos para casos de MME

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE RELOCCION DE DATOS

Información General de la Paciente y el Embarazo

EDAD: La de la embarazada en años cumplidos.

PROCEDENCIA: Lugar de residencia habitual

INSTITUCIÓN: Nombre de la Institución que reporta el caso.

NIVEL DE EDUCACIÓN: De acuerdo al establecido en el sistema formal de educación.

AÑOS CURSADOS: Marcar solamente los cursados en el máximo nivel alcanzado, completado o no.

ESTADO CIVIL: Se entiende por "Unión Estable" la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En "otro" se incluye separada, divorciada y viuda.

OCUPACION: Labor desempeñada de manera habitual por la gestante.

REGIMEN DE AFILIACION: El que corresponda de acuerdo a lo establecido en el SGSS.

GESTAS: Numero de gestaciones (partos o abortos), incluida la actual.

PARTOS: Numero de nacidos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, por vía vaginal.

CESAREAS: Numero de nacidos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, por vía abdominal.

ABORTOS: Numero de gestaciones interrumpidas de manera espontánea o inducida en embarazos con edad gestacional menor de 22 semanas o fetos con pesos menores de 500 gramos.

MORTINATOS: Numero de nacidos muertos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, independiente de la vía de nacimiento.

PERIODO INTERGENÉSICO: numero de meses transcurridos entre la finalización de la última gestación y la fecha de última regla del embarazo actual.

No. DE CONTROLES PRENATALES: Numero de consultas realizadas durante la gestación, independientemente si estas fueron realizadas por personal auxiliar, enfermera profesional, medico general o especialista.

TRIMESTRE 1er CONTROL: Se refiere al trimestre de gestación en el que se realizo el primer control prenatal.

REFERENCIA: Hace referencia a si la paciente fue remitida desde un nivel inferior.

EDAD GESTACIONAL: Tiempo de gestación calculado por FUM confiable o por ecografía al momento de ocurrencia del evento (Morbilidad o Mortalidad).

TERMINACIÓN DEL EMBARZO:
Vaginal: nacimiento vía vaginal.
Cesárea: nacimiento vía abdominal.
Legrado: embarazo terminado en aborto
No finalizado: gestante que presento la morbilidad y fue dada de alta sin finalizar el embarazo.
Otros: Aplica para laparotomía en casos de embarazo ectópico.

RECIÉN NACIDO: Condición del recién nacido al momento del alta de la institución (cuando aplique).
PESO DEL RECIEN NACIDO: En gramos (cuando aplique)

MOMENTO DE OCURRENCIA DEL EVENTO: Se refiere al momento en el que se genera la morbilidad materna extrema (anteparto, intraparto, postparto).

Datos Relacionados con el Manejo

INGRESO A UCI: Se refiere al hecho de ingresar a una Unidad de Cuidado Intensivo o Intermedio de adultos, por indicación médica, para el manejo de una complicación materna.

DÍAS DE ESTANCIA EN UCI: Numero de días de internacion en cuidado intensivo o intermedio.

TRANSFUSIÓN: Numero de unidades de sangre o glóbulos rojos empacados transfundidos durante el manejo de un evento agudo.

CIRUGÍAS ADICIONALES: Se refiere a procedimientos diferentes al parto o la cesárea, practicados para la manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestantes. El ítem otros, se refiere a procedimientos practicados de urgencia, como toracotomía, craneotomía etc.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN TOTAL: Numero de días transcurridos desde el ingreso hasta el egreso de la gestante de la institución, independientemente si fue viva o muerta.

ESTADO DE LA GESTANTE AL ALTA: Condición materna al egreso de la institución.

Datos relacionados con el Diagnostico (Solo serán diligenciados por el investigador responsable)

CAUSA PRINCIPAL DE LA MORBILIDAD O MORTALIDAD (CIE 10): La afección o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos. Deberá asignarse el diagnostico de conformidad con lo establecido en la CIE 10.

OTRAS CAUSAS (CIE 10): Aquellas afecciones que coexistieron o se desarrollaron durante el proceso de atención y afectaron el tratamiento de la gestante. Las afecciones que hayan afectado anteriormente a la gestante pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

CRITERIO(S) DE INCLUSIÓN RELACIONADO CON
Se permite marcar uno o más en cada grupo de criterios.

1. Enfermedad especifica

A- ECLAMPSIA: Presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos, que tienen su causa desencadenante en un vasoespasmo cerebral con isquemia local, encefalopatía hipertensiva con hiperperfusión, edema vasógeno y daño endotelial.

B- CHOQUE SÉPTICO: corresponde a la hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica. Se define hipotensión a la disminución de la presión sistólica por debajo de 90 mmHg o como una presión arterial media menor de 60 mmHg que no tenga otra causa.

C- CHOQUE HIPOVOLÉMICO: Es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxigeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

2. Falla orgánica

A- CARDIACA: Paro cardiaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos.

B- VASCULAR: Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque séptico o de cualquier etiología; hipovolemia secundaria a hemorragia. Se manifiesta en general, por presión arterial < 90 mmHg, presión arterial media < 60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de de 40 mmHg, índice cardiaco > 3.5 L /min.m^2, llenado capilar disminuido >2 segundos.

C- RENAL: Corresponde a un deterioro agudo de la función renal medular que se correlaciona con incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria que no responde al reemplazo de líquidos y a diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio acido básico y electrolitos.

D- HEPÁTICA: Corresponde a una alteración importante de la función hepática, que se manifiesta por ictericia en piel y escleras, pudiendo existir o no hepatomegalia, asociada a transaminasas en niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, bilirrubina total mayor de 4 mg/dl y LDH ≥600 UI/L.

E- METABÓLICA: Aquella que corresponde a coomorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia >1 mmol/L, hiperglicemia glicemia plasmática > 120 mg/dl, ó 7.7 mmol/l, sin necesidad de padecer diabetes.

F- CEREBRAL: Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización.

G- RESPIRATORIA: Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio.

H- COAGULACIÓN: CID, trombocitopenia (< 100000 plaquetas) o hemólisis (LDH > 600).

3. Manejo

A- INGRESO A UCI: Paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto, para monitoria hemodinámica secundaria a cirugía electiva.

B- CIRUGÍA: Se refiere a procedimientos diferentes al parto o la cesárea, practicados para la manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un

compromiso grave de la gestante. El ítem otros, se refiere a procedimientos practicados de urgencia, como toracotomia, craneotomia etc.

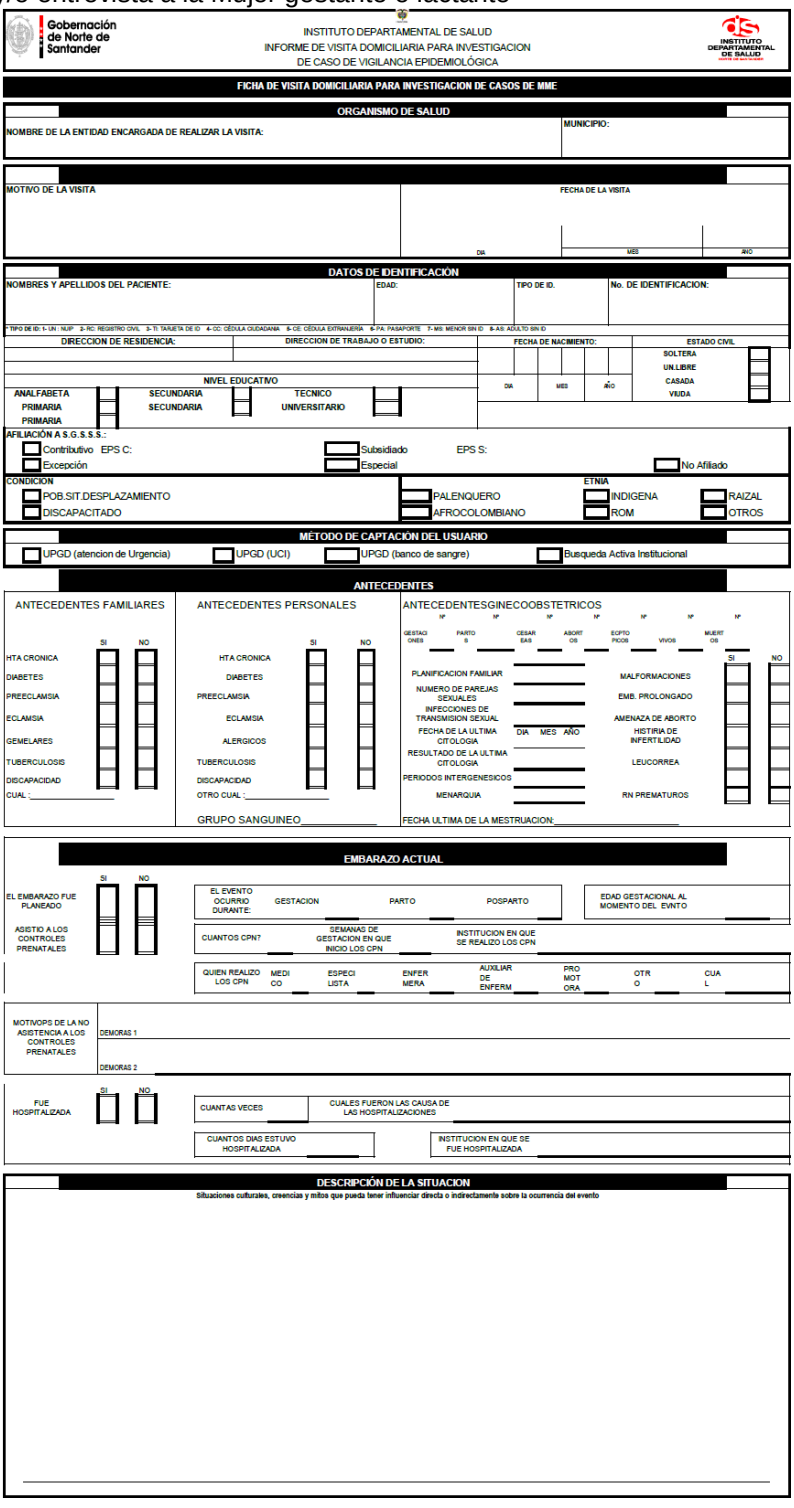
C- TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA AGUDA: Administración de tres unidades o más de hemoderivados en una paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.

Datos Relacionados con el Análisis Cualitativo

Retraso Tipo I: Retraso en reconocer los signos y síntomas de alarma que pueden ocasionar complicaciones de la gestación en la salud materna y perinatal para lo cual se requiere proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, busquen atención, y asegurarse que reciban atención adecuada en las instituciones de salud.
Retraso Tipo II: Retraso en la oportunidad y calidad requerida en la atención prenatal, de conformidad con la severidad del cuadro clínico.
Retraso Tipo III: Retraso por manejo inapropiado de la emergencia obstétrica y en la remisión por falta de disponibilidad de ginecólogo, clasificación inadecuada del riesgo y barreras administrativas entre otros.
Retraso Tipo IV: Retraso ocasionado por deficiente calidad de la atención motivado por reconocimiento tardío de la patología de base, desconocimiento de protocolo para prevención, diagnóstico, clasificación y manejo de las complicaciones del embarazo, deficiencias en la disponibilidad de unidad de cuidados intensivos y falta de oportunidad de laboratorio entre otros.

Anexo 3

Visita de campo y/o entrevista a la Mujer gestante o lactante



Gobernación de Norte de Santander

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
INFORME DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION
DE CASO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

FICHA DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASOS DE MME

ORGANISMO DE SALUD

NOMBRE DE LA ENTIDAD ENCARGADA DE REALIZAR LA VISITA: | MUNICIPIO:

MOTIVO DE LA VISITA | FECHA DE LA VISITA (DIA / MES / AÑO)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: | EDAD: | TIPO DE ID. | No. DE IDENTIFICACION:

1-TIPO DE ID: 1- UN - NUIP 2- RC REGISTRO CIVIL 3- TI TARJETA DE ID 4-CC CÉDULA CIUDADANIA 5-CE CÉDULA EXTRANJERIA 6-PA PASAPORTE 7-MS MENOR SIN ID 8-AS ADULTO SIN ID

DIRECCION DE RESIDENCIA: | DIRECCION DE TRABAJO O ESTUDIO: | FECHA DE NACIMIENTO: (DIA / MES / AÑO) | ESTADO CIVIL: SOLTERA, UN LIBRE, CASADA, VIUDA

NIVEL EDUCATIVO: ANALFABETA, PRIMARIA, PRIMARIA, SECUNDARIA, SECUNDARIA, TECNICO, UNIVERSITARIO

AFILIACIÓN A S.G.S.S.S.: Contributivo EPS C: | Subsidiado | EPS S: | Excepción | Especial | No Afiliado

CONDICION: POB.SIT.DESPLAZAMIENTO, DISCAPACITADO, PALENQUERO, AFROCOLOMBIANO

ETNIA: INDIGENA, ROM, RAIZAL, OTROS

MÉTODO DE CAPTACIÓN DEL USUARIO

UPGD (atencion de Urgencia) | UPGD (UCI) | UPGD (banco de sangre) | Busqueda Activa Institucional

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES (SI / NO): HTA CRONICA, DIABETES, PREECLAMSIA, ECLAMSIA, GEMELARES, TUBERCULOSIS, DISCAPACIDAD, CUAL :_____

ANTECEDENTES PERSONALES (SI / NO): HTA CRONICA, DIABETES, PREECLAMSIA, ECLAMSIA, ALERGICOS, TUBERCULOSIS, DISCAPACIDAD, OTRO CUAL :_____

GRUPO SANGUINEO_____

ANTECEDENTESGINECOOBSTETRICOS: Nº GESTACIONES | Nº PARTOS | Nº CESAREAS | Nº ABORTOS | Nº ECPTOPICOS | Nº VIVOS | Nº MUERTOS

PLANIFICACION FAMILIAR
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL
FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA (DIA MES AÑO)
RESULTADO DE LA ULTIMA CITOLOGIA
PERIODOS INTERGENESICOS
MENARQUIA

MALFORMACIONES (SI / NO)
EMB. PROLONGADO
AMENAZA DE ABORTO
HISTIRIA DE INFERTILIDAD
LEUCORREA
RN PREMATUROS

FECHA ULTIMA DE LA MESTRUACION:_____

EMBARAZO ACTUAL

EL EMBARAZO FUE PLANEADO (SI / NO)

ASISTIO A LOS CONTROLES PRENATALES

EL EVENTO OCURRIO DURANTE: GESTACION | PARTO | POSPARTO

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL EVNTO

CUANTOS CPN? | SEMANAS DE GESTACION EN QUE INICIO LOS CPN | INSTITUCION EN QUE SE REALIZO LOS CPN

QUIEN REALIZO LOS CPN: MEDICO | ESPECIALISTA | ENFERMERA | AUXILIAR DE ENFERM | PROMOTORA | OTRO | CUAL

MOTIVOPS DE LA NO ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES: DEMORAS 1 | DEMORAS 2

FUE HOSPITALIZADA (SI / NO)

CUANTAS VECES | CUALES FUERON LAS CAUSA DE LAS HOSPITALIZACIONES

CUANTOS DIAS ESTUVO HOSPITALIZADA | INSTITUCION EN QUE SE FUE HOSPITALIZADA

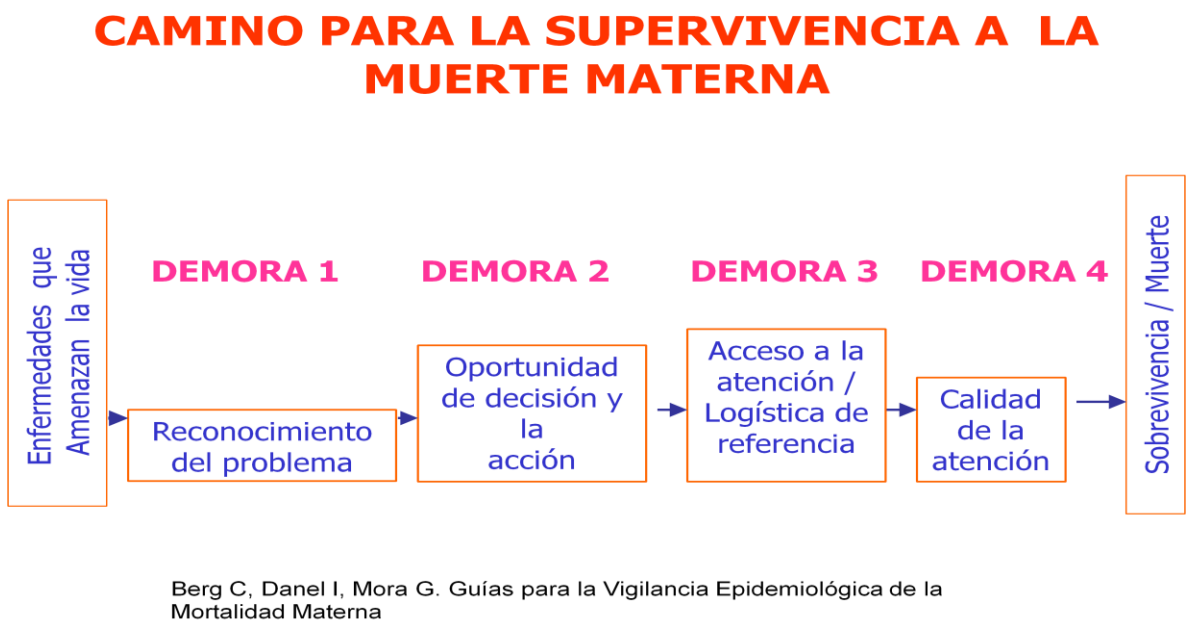
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION

Situaciones culturales, creencias y mitos que pueda tener influenciar directa o indirectamente sobre la ocurrencia del evento

Anexo 4

Metodología para el análisis

Metodología "la ruta de la vida - camino a la supervivencia"



Berg C, Danel I, Mora G. Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna

Los servicios de atención obstétrica de emergencia son necesarios si se quiere reducir la MME y la MMMP, incluso cuando los servicios están funcionando bien, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlos. Algunas de barreras son económicas –por ejemplo, falta de dinero para pagar el transporte o los servicios-. Algunas son geográficas –por ejemplo, distancias largas y vías en mal estado-. Algunas son culturales –por ejemplo, la vida de las mujeres tiene un bajo valor-. Cualquier situación que cause demora en la atención de una mujer embarazada, en parto o puerperio le puede costar la vida (14).

DEMORA 1. Reconocimiento del problema. Ejemplos:

- Desconocimiento de factores de riesgo asociados con el embarazo:
  Edad materna, multiparidad, obesidad, Preeclampsia en embarazo anterior, embarazo prolongado, trastornos hipertensivos del embarazo, adolescencia, retardo mental, trastornos hipertensivos de base, patología cervical o cualquier enfermedad que afecta la salud materna
- Desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo
- Abandono social
- Desconocimiento del riesgo asociado a la población desplazada
- Desconocimiento de derechos y deberes de la mujer en Salud Reproductiva
- Reconocimiento tardío del embarazo

DEMORA 2. Oportunidad de la decisión y de la acción. Ejemplos:

• Presencia de inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica.
• Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención.

DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia. Ejemplos:

- Falta de oportunidad de acceso al nivel de referencia por deficiencias en la red de prestadores de la emergencia obstétrica
- Subestimación del riesgo asociado a: anemia severa, trastornos hipertensivos, sangrado vaginal en el segundo y tercer trimestre, hemorragia postparto, sepsis.
- Desconocimiento de los Protocolos de Diagnostico y Manejo de las Emergencias Obstétricas (Trastornos Hipertensivos, Hemorragias, sepsis) desde el nivel primario de atención.
- Barreras administrativas que afectan la oportunidad de la remisión a los Niveles adecuados de atención incluyendo UCI.
- Falta de disponibilidad de los insumos necesarios para el manejo de la Emergencia Obstétrica en la fase aguda y durante la referencia
- No disponibilidad de ginecólogo de presencia física en las Instituciones
- Problemas con la logística de la referencia (disponibilidad de ambulancia medicalizada, problemas de comunicación entre las diferentes Instituciones, exigencia de Internista para aceptar la remisión)
- Problemas del asegurador relacionados con el gerenciamiento del riesgo y desconocimiento de los estándares de garantía de la calidad de las clínicas receptoras de la referencia

DEMORA 4. Calidad de la atención. Ejemplos:

- Deficiente calidad de las actividades de P y P y del Gerenciamiento del riesgo durante la atención prenatal
- Desconocimiento de los protocolos de Diagnostico y Manejo de la Morbilidad Obstétrica
- Uso inadecuado de tecnologías apropiadas durante el parto: Inducción del parto, uso del Partograma, manejo activo del tercer periodo, manejo del Puerperio)
- Desconocimiento de los Protocolos de manejo del Puerperio inmediato, mediato y tardío
- Mala calidad de los registros clínicos
- Tratamiento médico adecuado y oportuno.
- Atención en niveles no acordes a su gravedad.
- Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc).
- Deficiente historia clínica.
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.
- Protocolo inadecuado de manejo del sulfato de magnesio y del Nifedipino 30 mg. como uteroinhibidores
- Falta de evaluación de la red de prestadores
- Intervenciones medicas no justificadas
- Fallas en la disponibilidad del laboratorio Clínico para la atención de pacientes de riesgo
- Funcionamiento inadecuado de los sistemas de Referencia y Contrareferencia
- Falta de oportunidad de UCI de adultos y UCI Neonatal

Cuando se definen cada una de las demoras que determinaron la ocurrencia del evento se identifican las diferentes áreas de Problemas y su relación con los niveles del Sistema de atención en salud de cada una de las demoras

Retraso tipo : _____

_____

_____

SECTORES / ÁREAS	COMUNIDAD	FORMAL	INTERSECTORIAL
ACTITUD			
CONOCIMIENTOS / DESTREZAS			
RECURSOS			

Anexo 5
Plan de mejoramiento

DEMORA IDENTIFICADA	ACTIVIDAD A REALIZAR	RESPONSABLE EJECUCION	COMO	DONDE	FECHA DE INICIO ACTIVIDAD	FECHA DE TERMINACION ACTIVIDAD	CUMPLIO		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	REPLANTEAMIENTO DE ACTIVIDAD
							SI	NO			
DEMORA 1. Reconocimiento del problema											
DEMORA 2. Oportunidad de la decisión y de la acción											
DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia											
DEMORA 4. Calidad de la atención.											

Anexo 6
Formato de indicadores

Nacidos vivos (NV)	
Muertes maternas (MM)	
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	
Total criterios de inclusión casos de MMEG	
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	#¡DIV/0!
Razón de MMEG (x1.000 NV)	#¡DIV/0!
Indice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	0,0
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	0,0%

NACIDOS VIVOS(NV)
Se registra el número de nacidos vivos de la vigencia evaluada en una institución

MUERTES MATERNAS (MM)
Se registro el número de casos de muerte materna que se hayan presentado en la vigencia evaluada en una institución

MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE (MMEG)
Se registro el número de casos de morbilidad materna extrema que se hayan presentado en la vigencia evaluada en una institución

TOTAL CRITERIOS DE INCLUSIÓN CASOS DE MMEG
Es la sumatoria de los criterios de inclusión de todos los casos presentados durante la vigencia en una institucion

RAZON DE MM
Numerador: No. de MM
Denominador: No. de NV
Coeficiente de multiplicación: 100.000
Meta: <ó= 30 x 100,000 NV

RAZON DE MMEG
Numerador: No. de casos de MMEG
Denominador: No. de NV
Coeficiente de multiplicación: 1.000
Meta: <ó= 8 x 1.000 NV

INDICE DE MORTALIDAD
Numerador: No. de casos de MM
Denominador: No. de casos de MM + No. de casos de MMEG
Coeficiente de multiplicación: 100
Meta: <ó= 4%

RELACIÓN MMEG / MM
Numerador: No. de casos de MMEG
Denominador: No. de casos de MM
Meta: > 35

RELACION CRITERIO / CASO
Numerador: S criterios de inclusión en el total de casos de MMEG
Denominador: No. de casos de MMEG
Meta: < 5

Numerador: No. de casos de MM con 3 o más CI
Denominador: No. de casos de MMEG
Coeficiente de multiplicación: 100
Meta: < 30%

Elaborado por: Marlen Johanna Castro Sanguino
PE. Línea prioritaria de salud sexual y reproductiva
Referente de maternidad segura