

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento .....	2
1.2. Estado del arte. ....	4
1.3. Justificación para la vigilancia.....	4
1.4. Usos de la vigilancia para el evento (Propósito) .....	5
2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO.....	5
3. DEFINICIÓN DEL EVENTO (Definiciones operativas de caso) .....	5
4. FUENTES DE LOS DATOS.....	6
4.1. Definición de la fuente .....	6
4.2. Periodicidad del reporte .....	6
4.3. Flujo de información .....	6
4.4. Responsabilidad por niveles .....	7
5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	9
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN (Anexo 2) .....	9
7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN.....	10
7.1. Acciones Individuales .....	10
7.2. Acciones Colectivas.....	12
8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	13
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	14
10. CONTROL DE REVISIONES .....	15
11. ANEXOS .....	16

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Comportamiento Mundial, Regional y Nacional del evento

En países como Australia [1,2] donde la muerte materna es exótica, el proceso de la vigilancia se basa en la identificación de madres con potenciales amenazas a su vida a quienes se les brinda la atención oportuna y adecuada en la mejor complejidad para evitar su muerte, el análisis de casos de mujeres quienes sobrevivieron a complicaciones del embarazo parto y puerperio es reconocida como una herramienta para evaluar la calidad del cuidado en salud, y sus resultados son trasladados a las políticas, guías clínicas y recursos educativos para médicos.

Escocia dentro del servicio nacional de salud (National Health Service NHS) desarrolló un sistema para identificación y evaluación de casos de MME (near miss) en maternidad [3], identificando en la metodología de análisis las buenas prácticas para afianzarlas, e igualmente los cuidados subestandar (recurrentes o nuevos) para superarlos. En Inglaterra funciona dentro del UK Obstetric Surveillance System (UKOSS) el sistema de vigilancia obstétrica del Reino Unido [4,5] con la estrategia de más allá de la muerte materna: mejorando la calidad del cuidado materno a través del estudio nacional de “near miss” morbilidad materna. Se basa en la identificación de estrategias de manejo para morbilidades severas y desarrollo de recomendaciones para la práctica y provisión de servicios basados en evidencia.

En Canadá se promueve el Canadian stakeholders to improve maternal morbidity and mortality surveillance nation wide, sistema de vigilancia que integra a todos los involucrados en el proceso de la maternidad en la vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna [6,7], el sistema de vigilancia brinda respuesta inmediata óptima con rápido acceso a unidad de cuidado intensivo a la madre detectada con complicaciones que amenazan su vida, midiendo el tiempo en detalle, calificando la respuesta de la atención. En África se implementó la West Africa Nearmiss audit network (red para la auditoria en morbilidad materna en África oriental) [8]. Nigeria avanzó en la implementación de un sistema de vigilancia nacional, donde ingresa información de los hospitales de tercer nivel de atención, siendo reconocido por la disminución en la mortalidad materna.

A partir del año 2006 la FLASOG con el apoyo de OMS-OPS-CLAP, ha venido promoviendo la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas, para lo cual estimuló reuniones de consenso que permitieron establecer la denominación del evento como MME, y concertar los criterios para la identificación de casos. Con base en estos desarrollos se definió una metodología que fue implementada a nivel centroamericano por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología - FECASOG, aplicada en 16 hospitales de seis países de Centroamérica, y a nivel Latinoamericano por FLASOG, aplicada en 19 hospitales de 9 países del área incluyendo la ciudad de Cali [9].

En Brasil se estudió el puntaje para calificar los criterios de severidad en MME [10,11] implementando la red para la vigilancia de morbilidad que potencialmente amenaza la

vida y near miss, como sistema de vigilancia es el país que más madres con MME tiene reportes a la fecha [12,13]. En Perú la estrategia se lleva desde el Instituto Nacional de Salud de Perú [14], es el segundo país en número de registros reportados en MME, encontrando con mayor frecuencia la hemorragia en 60% de los casos y desórdenes hipertensivos en el 40% de los casos, en el resultado perinatal de las madres con “several maternal outcomes SMO” que incluye las madres con MME y muerte materna, 53% de los recién nacidos fueron pre-término y 16% tuvieron muerte fetal, se obtuvo una incidencia de 11,2 madres con MME por cada 1.000 nacidos vivos, la razón de morbilidad materna extrema/muertes fue de 29,1 y el índice de mortalidad fue de 7,7%.

En Cuba se describen las condiciones de las gestantes adolescentes críticamente enfermas atendidas en UCI, y los hallazgos en madres con MME en La Habana donde encuentran la mayor frecuencia en madres con riesgos pregestacionales: edades extremas en el 43%, malnutrición en el 26%, hábitos tóxicos e ITS ambas con el 10,9%, en los riesgos maternos se encontró hipertensión en el 41,3%, diabetes, asma y sepsis urinaria cada una con 13% y anemia en el 8,7%. [15,16].

La vigilancia epidemiológica de la MME es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de OPS/OMS para mejorar la salud materna y lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el año 2015, como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La primera publicación del tema en Colombia fue la revisión de casos de MME en la clínica Rafael Uribe de Cali entre los años 2003 y 2006 [17], en ese periodo la clínica atendió 6782 partos, y encontraron 32 casos que cumplieran los criterios de preeclampsia severa, síndrome Hellp, eclampsia, hemorragia severa, requerimiento de histerectomía, ingreso a UCI, ruptura uterina, sepsis, edema pulmonar y ruptura hepática.

En el año 2010 se integran las acciones adelantadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS) aunando esfuerzos en la vigilancia y control de la MME como una estrategia prioritaria para contribuir con la reducción de la mortalidad materna evitable en el país. Se acuerda que la estrategia será operada por el INS en cumplimiento de sus competencias, y se establece la definición de caso y criterios de inclusión los cuales serán los definidos por la FLASOG 2006 e indicadores a aplicar.

En el año 2011 se inició piloto de la construcción del proceso de la vigilancia en salud pública (VSP) de la MME por el INS en las entidades territoriales de Huila, Cartagena, Bogotá, Caldas, Meta, Nariño, Santander y Valle y se realizan ajustes con base en el análisis de la información reportada y en los aportes de las entidades territoriales; posteriormente en el año 2012 se entrega el protocolo de VSP MME por parte del INS a la totalidad de las entidades territoriales y se da inicio al proceso de vigilancia.

En el año 2012 se notificaron 4692 casos de madres complicadas con MME, la mayoría de ellas fueron notificadas en el último trimestre del año, sobresalen en los hallazgos las dificultades en el acceso a la complejidad de atención requerida: 30% de mujeres con más de 3 criterios de severidad no lograron acceso a UCI, situación más crítica para mujeres del área rural de las cuales no accedieron el 51%. Las patologías que más

afectaron a madres con MME fueron los síndromes hipertensivos y hemorragia del 2do y 3er trimestre; no dejan de ser menos importante causas menos frecuentes como la sepsis respiratoria, que fue mucho más letal, donde por cada 10 madres complicadas por MME con sepsis respiratoria murieron 3; se enfatiza la necesidad de atención preconcepcional, ya que por cada 10 madres con MME por enfermedades preexistentes como cáncer, autoinmunes, hemoglobinopatías entre otras, fallecieron 4.

## 1.2. Estado del arte.

### 1.2.1. Descripción del evento

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) la define como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” [9].

La Organización Mundial de la Salud OMS adoptó la definición de **morbilidad materna extrema** para aquellos casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo [18].

### 1.3. Justificación para la vigilancia

La razón de mortalidad materna ha sido, a lo largo del tiempo, el indicador utilizado para evaluar la salud materna, reflejando de manera directa las condiciones de desarrollo de los países, sin embargo en la actualidad se propone el análisis de esta problemática a través de la revisión de los casos de severidad y el espectro de morbilidad materna, descrita como aquellas que han estado cerca de morir, o pacientes con patología obstétrica aguda severa que han puesto a riesgo extremo la vida de la gestante, convirtiéndose en un nuevo elemento útil para la investigación en salud obstétrica [19].

Una revisión de casos con falla temprana, o patología obstétrica aguda severa, tiene el potencial de dar luces sobre esta problemática y puede contribuir a mejorar los programas de atención que existen en la actualidad. A diferencia de los países desarrollados, existe una limitada experiencia con el uso de la revisión de los casos de patología obstétrica aguda severa en los países en desarrollo, esto es probablemente como resultado de la persistencia de niveles elevados de mortalidad materna, que han encubierto otras complicaciones obstétricas severas de cuyas lesiones igualmente se podría aprender [19].

Integrar el análisis de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema permite identificar los factores que contribuyen a la presencia de estos eventos y tomar correctivos de una forma más oportuna. De esta forma cobra una mayor importancia la implementación de un sistema de vigilancia de la morbilidad materna extrema ya que además de evitar la muerte de la gestante y su hijo, se disminuyen las repercusiones sociales y económicas en el país [20].

La incorporación de este indicador a los reportes epidemiológicos y a los servicios obstétricos, aportará nuevos conocimientos sobre una base científica del problema, y permitirá de forma oportuna la toma de decisiones para la atención materna futura. Su análisis facilita la oportunidad de identificar los riesgos presentes en las gestantes durante el embarazo, el parto y el puerperio, y puede ser utilizado como una medida de evaluación de los programas maternos a nivel poblacional [21].

Finalmente es fundamental resaltar que las muertes maternas son solo la parte visible de la problemática, el análisis debe iniciar desde antes de la presencia de este evento, las pacientes con morbilidades obstétricas severas, cuya evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal, permanente o muerte [22]. A nivel mundial durante las últimas décadas se ha planteado este interrogante, y se propone por la OPS/OMS la vigilancia epidemiológica de estos casos como una de las acciones para la disminución de la mortalidad materna en el año 2015 [23].

#### **1.4. Usos de la vigilancia para el evento (Propósito)**

Realizar la vigilancia en salud pública de la Morbilidad Materna Extrema que permita la activación de mecanismos de respuesta inmediata, y oriente las estrategias de intervención frente a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna en el territorio nacional.

### **2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DEL EVENTO**

- Identificar y notificar el 100% de casos de MME que ocurren en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) centinela.
- Activar la respuesta institucional frente a los casos de MME que permita resolver la complicación y evitar un desenlace fatal.
- Realizar la caracterización epidemiológica de la MME como apoyo a la formulación de planes de mejora institucionales y territoriales dirigidos al fortalecimiento en la garantía de calidad de la atención obstétrica.
- Establecer los puntos críticos durante la atención de las gestantes, a través de los análisis individuales y colectivos, a nivel institucional y territorial de los casos de MME.
- Medir el comportamiento de los indicadores de resultado a nivel de las instituciones (UPGD) centinelas y de cada ente territorial.

### **3. DEFINICIÓN DEL EVENTO (Definiciones operativas de caso)**

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	<p>Se define un caso de <b>morbilidad materna extrema</b> como aquella complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto o los primeros 42 días postparto, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Para su orientación se definen los siguientes criterios de inclusión (<b>Anexo 1</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionada con enfermedad específica.</li> <li>• Relacionada con disfunción orgánica.</li> <li>• Relacionada con el manejo.</li> </ul>

#### 4. FUENTES DE LOS DATOS

##### 4.1. Definición de la fuente

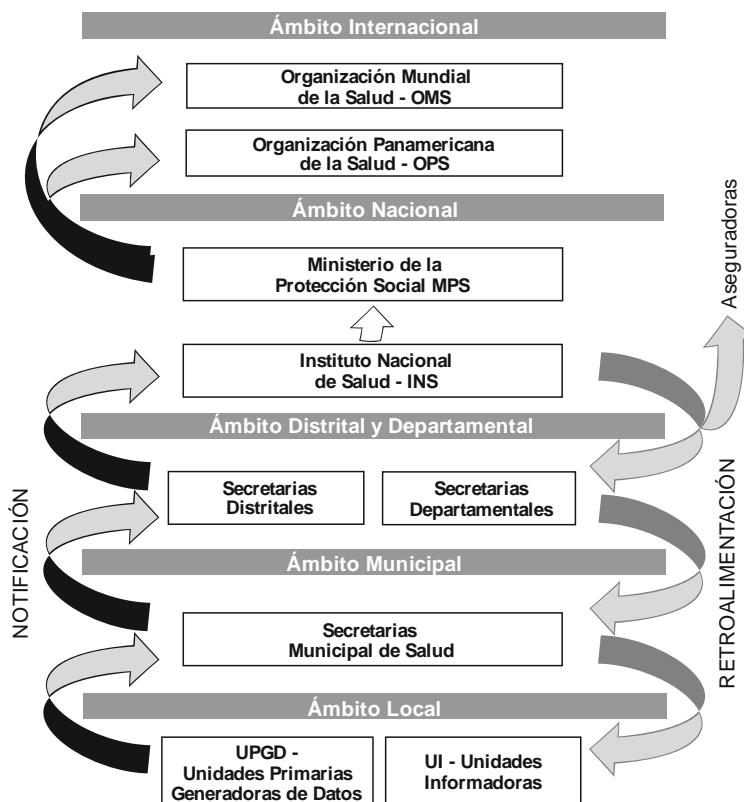
Vigilancia regular

- Notificación individual de casos en UPGD centinela.
- Búsqueda activa institucional mensual de casos.

##### 4.2. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
<b>Notificación inmediata</b>	De la UPGD centinela al municipio <b>al alta hospitalaria</b> de la paciente.
<b>Notificación semanal</b>	Digitación y envío de archivo plano desde la UPGD hacia la UNM según lineamiento.
<b>Ajustes por períodos epidemiológicos</b>	Los ajustes a la información de casos de morbilidad materna extrema se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

##### 4.3. Flujo de información





El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) centinela hacia el municipio, y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

#### **4.4. Responsabilidad por niveles**

##### **Ministerio de Salud y Protección Social**

- Dictar las políticas y garantizar los mecanismos de gestión eficaces para la garantía de derechos en el logro de la maternidad segura.
- Liderar la adopción de medidas a nivel intersectorial en lo relacionado a la disposición de medidas especiales en cada uno de los sectores, así como las intervenciones necesarias identificadas como resultado de los análisis del evento.
- Mantener la gestión de procesos para el aseguramiento de la calidad en la atención de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

##### **Superintendencia Nacional de Salud**

- Realizar inspección, vigilancia y control al cumplimiento del buen funcionamiento de los servicios de atención en salud necesarios para una atención integral al binomio madre e hijo, en coordinación con las direcciones departamentales de salud.

##### **Instituto Nacional de Salud**

- Realizar la vigilancia de este evento mediante la elaboración, publicación, socialización y difusión del protocolo contenido en este documento, y establece los flujos de información y las competencias de los actores del sistema en materia de vigilancia en salud pública, analiza la información obtenida por la vigilancia a nivel nacional, y realiza difusión pública de los documentos construidos

##### **Entidades administradoras de planes de beneficios de salud**

- Garantizar la atención requerida integral e integrada en maternidad segura a su población a cargo, los afiliados y sus familias en todo el territorio nacional.
- Garantizar que en la red de atención contratada se implemente la vigilancia en salud pública de la MME,
- Establecer flujos de información y comunicación eficaz entre la red y las EAPB para que se garantice la respuesta requerida inmediata en la emergencia obstétrica y mediata hasta la recuperación de las madres con morbilidad y MME.
- Realizar la entrevista a la madre y activación de redes requeridas, como parte de la gestión del riesgo de su competencia.
- Hacer seguimiento a cada madre sobreviviente, verificando que se cumplan las acciones requeridas en el post-alta al domicilio, donde se realicen las intervenciones sobre condiciones que puedan poner nuevamente en peligro su vida, se cumpla el plan de manejo post-alta y se superen complicaciones y secuelas de la morbilidad.

- Enviar informes de seguimiento a la entidad territorial secretaria de salud del municipio y departamento de residencia.
- Realizan seguimiento al cumplimiento de planes de mejoramiento y auditorías a los procesos relacionados con la maternidad e infancia
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.

#### **Secretarías departamentales y distritales de salud**

- Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la vigilancia de este evento, del análisis individual y colectivo de los casos, de la consolidación de la información que permita la caracterización en su territorio, y de garantizar el flujo oportuno y adecuado de la información a nivel central.
- Realizar COVE territorial o regional que incluya a los participantes en los procesos y redes de servicios en maternidad segura,
- Envío de información oportuna y completa al Instituto Nacional de salud tanto en archivos planos semanales, como paquetes estudios de caso y actas de COVE.
- Realizar retroalimentación de la información registrada en SIVIGILA sobre madres con MME a los municipios de residencia.

#### **Direcciones municipales de salud**

- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal.
- Realizar COVE municipal en maternidad segura, envío información oportuna y completa al departamento tanto en archivos planos semanales, como paquetes de estudios de caso y actas de COVE.
- Articular en su territorio mecanismos eficaces de identificación y respuesta en emergencia obstétrica y maternidad segura.

#### **Institución prestadora de servicios de salud**

- Las instituciones públicas o privadas que ofertan servicios de obstetricia de mediana y alta complejidad a nivel nacional, **tipificadas como institución centinela**, serán responsables de la implementación del sistema de vigilancia de la morbilidad materna extrema, identificación y notificación de los casos (**al alta hospitalaria de la paciente**), y remisión de la información a la unidad local de salud.
- Garantizar la atención integral, oportuna y adecuada, requerida por la gestante y su hijo de acuerdo a las guías y normas de atención (según la normatividad vigente).



## 5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las unidades primarias generadoras de datos centinela que dan el alta hospitalaria a la paciente, son las responsables notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia de los casos de acuerdo a la definición de caso contenida en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

## 6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN (Anexo 2)

A continuación se presentan los indicadores de vigilancia del evento

Nombre del indicador	Definición
Razón de morbilidad materna extrema	Indica el nivel de MME. Prevalencia
Índice de mortalidad materna	Indica letalidad en las mujeres con MME
Relación MME / Muerte Materna	Letalidad
Índice de Mortalidad Perinatal en MME	<i>Indica letalidad perinatal en las mujeres con MME</i>
Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión	Severidad de la MME
Índice de mortalidad por causa principal	Indica letalidad en las mujeres con MME por causa específica.
Relación MME / Muerte materna por causa principal	Indica severidad por causas específicas
Relación criterios / caso por causa principal	Refleja la severidad y el grado de compromiso en la salud materna.
Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión por causa principal	Severidad de la MME por causa principal

## **7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN**

### **7.1. Acciones Individuales**

#### **7.1.1. Acciones a realizar sobre el caso**

Identificación del caso de MME con al menos un criterio clínico para alertar a los encargados del diagnóstico y manejo de la paciente sobre los cuidados que requiera para evitar su progresión a muerte o discapacidad.

Garantizar a la mujer sobreviviente y su hijo un adecuado seguimiento y manejo de su salud sexual y reproductiva posterior (necesidades de planificación familiar, consultas de seguimiento, medicamentos o patrones de medicación, alimentación o cuidados especiales de acuerdo con las secuelas presentes, etc.).

#### **7.1.2. Entrevista a la sobreviviente (Anexo 3)**

La aplicación de la entrevista es una actividad a cargo de la EAPB a la cual se encuentra afiliada la paciente. Debe ser realizada por personal capacitado para tal fin, con manejo técnico y abordaje del duelo personal y familiar, esta se esta se realizará a las pacientes que cumplen con criterios de selección para unidades de análisis, según criterios de severidad y vulnerabilidad (adolescentes extremas, es decir menor de 14 años o hasta los 19 años si no hay adolescentes tempranas, pacientes con mayor numero de criterios de inclusión o con ingreso a UCI y aquellas en situación de vulnerabilidad).

La entrevista incluye la exploración de las situaciones médicas y no médicas relacionadas con el proceso de MME, acceso, uso de los servicios de salud, calidad de los procedimientos desarrollados y los servicios prestados, así como los aspectos sociales y de redes involucrados. En caso de que la paciente no pueda responder, se podrá entrevistar al compañero o esposo, o algún familiar, de preferencia una mujer (madre o hermana).

#### **7.1.3. Comité institucional de análisis de casos de morbilidad materna extrema:**

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica de la institución. Es una instancia de análisis de información en torno a los casos de MME, cuyo objetivo es tipificar el caso, identificar factores médicos y no médicos predisponentes y agravantes en la ocurrencia de estos eventos, e identificar puntos críticos de intervención para el mejoramiento continuo de los servicios de obstetricia. Se analizarán cinco casos mensuales, priorizando aquellos que ingresan a unidad de cuidado intensivo o tienen más de tres criterios de inclusión, se incluirá al menos un caso ocurrido en adolescentes tempranas (menor de 14 años) o menor de 19 años si no hay adolescentes tempranas. Si se presenta menos de cinco casos durante el mes, se analizará el 100%.

### 7.1.3.1. Comité municipal de análisis de morbilidad materna extrema

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica del municipio de forma **trimestral**. El **análisis individual** pretende evaluar puntos críticos puntuales como oportunidades para el mejoramiento, el análisis municipal incluirá la información proveniente de las IPS donde recibió atención pregestacional, control prenatal y otras atenciones durante la gestación. El objetivo de esta unidad es identificar los puntos críticos relacionados con la presentación de la MME con la misma metodología empleada a nivel institucional, pero con la participación interinstitucional e intersectorial relacionado con la salud materno perinatal de la entidad territorial.

Se seleccionarán aquellas UPGD centinelas que atiendan en conjunto la mayor parte de la población materna, que presenten la mayoría de casos de mortalidad materna y morbilidad materna extrema, y quienes tengan el comportamiento menos favorable de sus indicadores en el ente territorial.

Cada municipio debe hacer el análisis de:

- Cinco casos en el trimestre en las entidades territoriales con 1 a 7 UPGD centinelas.
- Ocho casos en el trimestre en las entidades territoriales con 8 a 15 UPGD centinelas.
- Diez casos en el trimestre en las entidades territoriales con 16 y mas UPGD centinelas.

### 7.1.3.2. Comité departamental o distrital de análisis de casos de morbilidad materna extrema

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica del departamento de forma **semestral**. En esta instancia es importante realizar **análisis individual** para evaluar los factores de riesgo de cada caso, los factores asociados a los servicios de salud y las acciones en salud pública, para reorientar la prestación de los mismos, con base a las falencias detectadas en cuanto a la oportunidad, suficiencia y calidad de la prestación del servicio de salud

Se analizarán los casos de los municipios, localidades y UPGD con mayor número de casos de MME, mayor número de casos de mortalidad materna, Indicadores de MME menos favorables, se empleará la misma metodología de análisis de comité institucional.

Cada Distrito o departamento debe hacer el análisis de:

- Cinco casos en el semestre en las entidades territoriales con 1 a 7 UPGD centinelas.
- Ocho casos en el semestre en las entidades territoriales con 8 a 15 UPGD centinelas.
- Diez casos en el semestre en las entidades territoriales con 16 y mas UPGD centinelas.

### 7.1.4. Elaboración del Plan de mejoramiento

El plan de mejoramiento contiene una serie de actividades de intervención a nivel institucional, interinstitucional, intersectorial y territorial, que se deberán ejecutar con el objeto de evitar que se repitan las condiciones médicas y no médicas que llevaron a la MME, luego de ser identificadas en los comités de análisis de MME, para evitar que se presente un nuevo un caso con similares condiciones.

Las acciones planteadas serán coherentes con el ámbito del análisis. A nivel institucional se revisarán los procesos intrainstitucionales, y se plantearán acciones concretas para corregir puntos críticos que favorecieron la progresión del caso hasta MME, las condiciones identificadas por factores extrainstitucionales serán llevadas a comité territorial, se evaluarán puntos críticos en los diferentes niveles de atención, así como los diferentes sectores que se involucran en la salud integral de la mujer, estará dirigido a que la autoridad sanitaria territorial implemente actividades intersectoriales conducentes a evitar que problemas relacionados con aspectos sociales, políticos, de infraestructura y logísticos sean parte causal de la morbimortalidad materna y perinatal, se realizara además un seguimiento a las EAPB para el fortalecimiento de actividades que mejoren el acceso, oportunidad y calidad de los servicios.

Para cada una de las actividades plasmadas en el plan de mejoramiento, se deberá identificar claramente el responsable de su ejecución, las actividades, y su ubicación en tiempo y lugar incluyendo los plazos de ejecución, además del responsable del seguimiento al cumplimiento de dichas acciones en todos los niveles e indicadores, este seguimiento se hará por parte de las oficinas de control intrainstitucional, y de las entidades territoriales y nacionales.

## **7.2. Acciones Colectivas**

### **7.2.1. Análisis institucional agrupado de los casos**

Se debe realizar el análisis agrupado de los casos por cada una de las UPGD centinela, tratando de caracterizar el evento en los aspectos sociodemográficos como la distribución de casos por edad, etnia, aseguramiento en salud, los antecedentes maternos como el número de gestaciones y el periodo intergenesico, los resultados perinatales como el evento de mortalidad perinatal asociado, el peso al nacer, la georreferenciación de los casos según procedencia, el lugar de atención del evento obstétrico y lugar de referencia en caso de ser necesario, el comportamiento clínico de la MME según causas agrupadas y asociadas, la severidad de los casos de acuerdo a los criterios de inclusión y las intervenciones recibidas.

#### **7.2.1.1. Comité municipal de análisis de morbilidad materna extrema**

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica del municipio de forma trimestral. El **análisis colectivo** determinará el comportamiento en el número de casos, las características sociodemográficas, la procedencia del caso, las causas agrupadas, los criterios de inclusión y los resultados perinatales, y permitirá el cálculo de los indicadores de MME, del municipio y las UPGD para comparar su comportamiento.



### 7.2.1.2. Comité departamental o distrital de análisis de casos de morbilidad materna extrema

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica del departamento de forma semestral. El **análisis colectivo** determinará el comportamiento en el número de casos, las características sociodemográficas, la procedencia de los casos, las causas agrupadas, los criterios de inclusión y los resultados perinatales, y permitirá el cálculo de los indicadores de MME, para el departamento /distrito, los municipios y las UPGD para comparar su comportamiento, que permitirá la caracterización del evento y la búsqueda del mejoramiento en la situación epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal de la región, a través de la obtención de los indicadores, permitiendo la implementación y desarrollo de acciones de prevención y control a los niveles individuales y poblacionales.

## 8. ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

**Estar siempre listos para la emergencia obstétrica y garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva, maternidad e infancia:** Fomentar la calidad y calidez en la atención integral e integrada en salud sexual y reproductiva, materno infantil y garantía de derechos, para que las empresas administradoras de planes de beneficios EAPB cumplan sus responsabilidades, garantizando los servicios requeridos por su población a cargo en todo el territorio nacional y la calidad de las IPS de su red de servicios contratada, las entidades territoriales municipales, distritales y departamentales vigilen que la población de su jurisdicción acceda a los servicios requeridos, y las IPS públicas y privadas cumplan con la garantía de la calidad en sus servicios en el ámbito comunitario, y en los niveles de atención de baja, mediana y alta complejidad.

Se pretende comprometer a las autoridades locales para que desarrollen la gestión intersectorial necesaria con el fin de optimizar recursos y aglutinar todos los esfuerzos posibles en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, a través de herramientas tales como los planes de choque para la disminución de la mortalidad materna en donde una de las áreas de acción prioritarias se encuentra enfocada hacia la comunicación y movilización social para sensibilizar a la comunidad frente al tema. En este sentido las acciones de de comunicación y movilización social deberán estar enfocadas hacia:

- Indiferencia social ante la mortalidad materna
- Barreras administrativas al control prenatal adecuado integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.
- Discriminación positiva de la mujer gestante en la vida cotidiana
- Falta de reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo
- Detección de signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S, J., *Maternal Near Miss*. Obstetrics and gynecology magazine, 2012.
2. Jayaratnam S, e.a., *Developing an assessment tool for maternal morbidity nearmiss- a prospective study in a large regional hospital. Australian and New Zealand Journal of obstetrics and Gynaecology* . . 2011. 51: p. 421-425.
3. Anon., *Building a safer NHS for patients*, ed. D. Health2001, London.
4. Taylor, V., *Systems analysis of clinical incidentos: The London protocol*
5. unit., N.N.p.e., *UKNeS National Maternal near miss surveillance programe*
6. Baskett TF, O.C.C., *Severe obstetric maternal morbidity: a 15 years population-based study*. J Obstet Gynaecol, 2005. 25(1).
7. Baskett, *Epidemiology of obstetric critical care*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2008. 22(5): p. 763-774.
8. Kaye D, M.F., Aziga F, Namulema B, *Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital, Kampala, Uganda*. East Afr Med J, 2003. 80: p. 144-149.
9. *Comité de Mortalidad materna FLASOG2007*, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
10. Souza J, C.J., *The near-miss maternal morbidity scoring system was tested in a clinical setting in Brazil*. J Clin Epidemiol., 2005. 58(9): p. 962-963.
11. Ceccatti, S., OliveiraParpinelli,Sousa M, Say, Pattison, *Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss*. Reproductive Health 2011. 8(22).
12. Souza, C., *Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss*. Cad. Saúde Pública, 2006. 22(2).
13. Lotufo, P., Haddad, Surita,Ceccatti, M.A.P.´tima Aparecida Lotufo, Samira Maerrawi Haddad, Fernanda Garanhani Surita,, and J.G. Cecatt, *Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit*. Clinics 2012. 67(3): p. 225-230.
14. Perú., M.d.s.d., *Morbilidad materna extrema en Perú, que nos dicen las evidencias*, 2011: Videoconferencia , en youtube desde 18 de octubre del 2011.
15. Álvarez, S., González ,Pérez, *Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave (Characterization of critically severe mother morbidity)*. Rev Cubana Hig Epidemiol, 2010. 48(3).
16. Rodriguez-Iglesias G, C.J., Riveiro LP:, *Experiencia de 12 años de trabajo la atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos*. Rev CubanaObstetGinecol 1999. 25: p. 141-14.
17. Cifuentes R, O., Martinez, *Morbilidad materna extrema en la clinica Rafael Uribe Uribe en Cali Colombia en el periodo comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006*. Revista colombiana de obstetricia y ginecología, 2007. 58(3): p. 184-188
18. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss- towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res ClinObstetGynaecol 2009, 23: 287-96
19. Amato, R., Faneite, P., Rivera, C., & Faneite, J. (2011). Morbilidad materna extrema. *Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 112-117.
20. Zuleta, J. J. (2007). La morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica.*Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(3), 180-181.

21. Álvarez Toste, M., Hinojosa Álvarez, M. D. C., Álvarez, S. S., López Barroso, R., González Rodríguez, G., Carbonell, I., & Pérez González, R. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 420-433.
22. Águila Setién, S. I. (2012). Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 281-289.
23. Zapata L. II Taller Latinoamericano de Mortalidad Materna y derechos sexuales y reproductivos. *Flasog* 2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006;66(4):218-24.

## 10. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2014	04	10	Creación del Documento	Equipo Funcional Maternidad segura

REVISO	APROBO
Oscar Eduardo Pacheco	Máncel Enrique Martínez Durán
Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

## 11. ANEXOS

### Anexo 1. Criterios de inclusión morbilidad materna extrema (FLASOG – 2006)

	<b>Criterio</b>	<b>Definición operativa</b>
Relacionada con enfermedad específica	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 identificados.
	Choque séptico	Estado de hipotensión (TAS <90 – TAD<60) inducida por la sepsis, a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica.
	Choque hipovolémico	Estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno 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.
Relacionada con disfunción orgánica	Cardiaca	Paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.
	Vascular	Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología(séptico o hipovolémico) Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial diastólica por debajo de 40 mmHg, índice cardíaco >3.5 L /min.m2, llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo TAS >160 o TAD>110 persistente por más de 20 minutos.
	Renal	Deterioro agudo de la función renal, documentada por 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 (<0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.
	Hepática	Alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras, o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L , o elevación de LDH ≥600 UI/L,
	Metabólica	Aquella que corresponde a comorbilidades 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>200mmol/L, hiperglicemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes.
	Cerebral	Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, lesiones hemorrágicas o isquémicas.
	Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no.
	Coagulación	Criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).
Relacionada con manejo	Necesidad de transfusión	Indicación de transfusión de tres o más unidades de cualquier componente sanguíneo ante evento agudo
	Necesidad de UCI	Indicación para ingreso a UCI, diferente al indicado para estabilización hemodinámica electiva
	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia	Procedimientos diferentes a legrado, parto o cesárea, practicados para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante.



**Anexo 2. Indicadores**

Nombre del indicador	Razón de Morbilidad Materna Extrema
<b>Tipo del indicador</b>	Resultado
<b>Definición</b>	Indica el nivel de MME. Prevalencia
<b>Periodicidad</b>	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
<b>Propósito</b>	Evaluar el aporte de la morbilidad en la atención de las gestantes
<b>Definición operacional</b>	Numerador: número de MME certificadas en el periodo Denominador: número de nacidos vivos dentro del mismo período en donde se certificaron las MME. UPGD: nacidos vivos institucionales Ente territorial según nivel (municipal, distrital o departamental).
<b>Coficiente de multiplicación</b>	1000
<b>Interpretación del resultado</b>	Número de casos de MME que ocurren, por cada mil nacidos vivos en la UPGD, Municipio, Distrito o Departamento durante el periodo evaluado.
<b>Meta</b>	Menor de 8 x 1000 nacidos vivos

Nombre del indicador	Índice de mortalidad
<b>Tipo del indicador</b>	Resultado
<b>Definición</b>	Indica letalidad en las mujeres con MME
<b>Periodicidad</b>	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
<b>Propósito</b>	Evalúa calidad de atención
<b>Definición operacional</b>	Numerador: número casos de muertes materna certificadas en el período Denominador: número casos de muerte materna más numero de MME, certificadas en el mismo periodo.
<b>Coficiente de multiplicación</b>	100
<b>Interpretación del resultado</b>	Porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME
<b>Meta</b>	Menor de 4%

Nombre del indicador	Relación MME / Muerte materna
Tipo del indicador	Resultado
Definición	Letalidad
Periodicidad	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
Propósito	Evalúa calidad de atención
Definición operacional	Numerador: número de MME certificadas en un período Denominador: número de muertes maternas certificados en el mismo período.
Interpretación del resultado	Número de casos de MME por cada caso de muerte materna.
Meta	Mayor de 35

Nombre del indicador	Índice de mortalidad perinatal en MME
Tipo del indicador	Impacto
Definición	Indica letalidad perinatal en las mujeres con MME
Periodicidad	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
Propósito	Evalúa calidad de atención, oportunidad de respuesta para la reducción de la Mortalidad fetal
Definición operacional	Numerador: número de muertes perinatales de casos MME certificadas en un período Denominador: número de casos de MME
Coficiente de multiplicación	100
Interpretación del resultado	Porcentaje de muertes fetales por cada cien casos de MME

Nombre del indicador	Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión
Tipo del indicador	Resultado
Definición	Severidad de la MME.
Periodicidad	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
Propósito	Evalúa impacto de intervenciones y acciones en los diferentes niveles de complejidad.
Definición operacional	Numerador: número de casos MME con tres o más criterios de inclusión certificadas en un período Denominador: número total de casos de MME (sin importar el numero de criterios)

<b>Coefficiente de multiplicación</b>	100
<b>Interpretación del resultado</b>	Porcentaje de MME con alto grado de compromiso en la salud (3 o más criterios).

Nombre del indicador	Índice de mortalidad por causa principal
<b>Tipo del indicador</b>	Resultado
<b>Definición</b>	Indica letalidad en las mujeres con MME por causa específica.
<b>Periodicidad</b>	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
<b>Propósito</b>	Evalúa calidad de atención de la patología en particular.
<b>Definición operacional</b>	Numerador: número de casos muerte materna por una causa específica, certificadas en un período. Denominador: número de muertes maternas asociadas a una causa más número de MME por la misma causa, certificada en el mismo período.
<b>Coefficiente de multiplicación</b>	100
<b>Interpretación del resultado</b>	Porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME asociadas a una causa específica

Nombre del indicador	Relación MME / Muerte materna por causa principal
<b>Tipo del indicador</b>	Resultado
<b>Definición</b>	Indica severidad por causas específicas
<b>Periodicidad</b>	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
<b>Propósito</b>	Evalúa calidad de atención de la patología en particular.
<b>Definición operacional</b>	Numerador: número de MME asociados a una causa certificados en un período Denominador: número de muertes maternas asociadas a la misma causa de MME certificadas en el mismo período.
<b>Interpretación del resultado</b>	Número de casos de MME por cada caso de muerte materna de una causa principal
<b>Meta</b>	Mayor de 35

Nombre del indicador	Relación criterios / caso por causa principal
<b>Tipo del indicador</b>	Resultado

<b>Definición</b>	Refleja la severidad y el grado de compromiso en la salud materna.
<b>Periodicidad</b>	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
<b>Propósito</b>	Evalúa el impacto de las intervenciones y acciones
<b>Definición operacional</b>	Numerador: sumatoria de criterios de inclusión relacionados en los casos, según causa principal certificados en un período. Denominador: numero de MME asociados a la causa principal certificados en el mismo período
<b>Interpretación del resultado</b>	Número de criterios de inclusión por cada caso de MME según causa.
<b>Meta</b>	Menor de 5

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión por causa principal</b>
<b>Tipo del indicador</b>	Resultado
<b>Definición</b>	Severidad de la MME por causa principal
<b>Periodicidad</b>	UPGD (Mensual) – Ente territorial (Trimestral)
<b>Propósito</b>	Evalúa impacto de intervenciones y acciones
<b>Definición operacional</b>	Distribución de casos de MME según criterios de inclusión por causa principal.
<b>Interpretación del resultado</b>	Porcentaje de MME con tres o más criterios según causa
<b>Coeficiente de multiplicación</b>	100
<b>Meta</b>	Porcentaje de MME con tres o más criterios según causa

### Anexo 3. Entrevista a la sobreviviente

### Anexo 4. Ficha de notificación

Descargue aquí la ficha de notificación

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/MORBILIDAD%20MATERNAEXTR%20F549.pdf>