

INFORME DE VIGILANCIA INTEGRADA DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, MORTALIDAD MATERNA Y DEFECTOS CONGÉNITOS

Códigos 560, 449, 550 y 215

PRIMER SEMESTRE 2024

**Eventos Maternidad segura
Vigilancia en Salud Pública
Dirección Territorial de Salud de Caldas**

observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080



Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas



informacion@saluddecaldas.gov.co



www.saluddecaldas.gov.co

Créditos

NATALIA CASTAÑO
Directora General Dirección Territorial de Salud de Caldas

JORGE RUBIO JIMENEZ
Subdirector Salud Pública

Elaboró

PAULA MARCELA RUA PULECIO
Profesional de Apoyo Vigilancia Epidemiológica Eventos maternidad segura

Revisó

ERIKA JULIETH LA ROTTA HURTADO
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

CLAUDIA PATRICIA NARVAEZ AVENALLEDA
Coordinadora Observatorio Social

Aprobó

JORGE RUBIO JIMENEZ
Subdirector Salud Pública

INFORME SEMESTRAL MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA

1. Introducción

La OMS clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a las ocurridas en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a las ocurridas después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUIAF - ND 2023 y 2024(1).

En información obtenida a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para Colombia, la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en 2024 fue de 13,5 muertes por cada 1 000 nacidos vivos (NV), con una variación porcentual al decremento de 13,7 % de casos notificados respecto al 2023. Con relación al comportamiento de la razón por entidad territorial de residencia, las más altas se concentraron en Chocó (26,4 casos por 1 000 NV), Cundinamarca (26,4 casos por 1 000 NV), Atlántico (24,9 casos por 1 000 NV) (2).

El proceso de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía es una herramienta que permite la generación de información confiable, oportuna y válida que facilita el análisis de la distribución, tendencia y comportamiento de las variables socio demográficas del evento (2). Lo anterior contribuye a la planeación de recursos en el sistema de salud, en el diseño y evaluación de los programas y servicios de atención en salud (2).

2. Materiales y Métodos

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados de forma semanal al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA desde el periodo epidemiológico I hasta el periodo epidemiológico VI del año 2024.

Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas, relativas y un análisis bivariado que describe el comportamiento del evento junto con las características sociales, demográficas, clínicas y epidemiológicas. Se realizó un análisis agregado de la

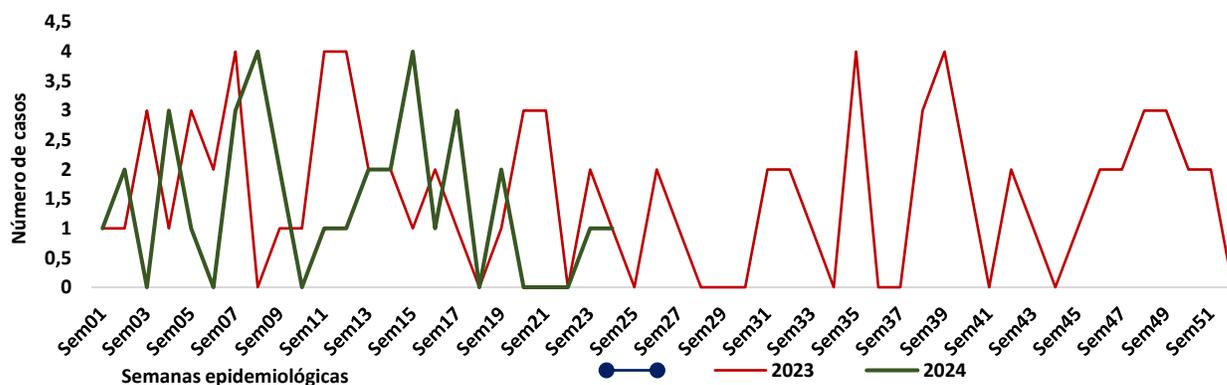
información a través de la Matriz BABIES, compuesta por una plantilla de Excel que permite analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se distinga entre mortinatos (antes o durante el parto), y muertos después del nacimiento con el análisis de dos variables fundamentales para la vigilancia perinatal y neonatal: peso al nacer y edad al morir.

Este informe de evento corresponde al análisis posterior a la notificación del evento Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en la plataforma del SIVIGILA, el proceso de la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

3. Resultados

Hasta el periodo epidemiológico VI de 2024 se han notificado 33 casos de muerte perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia de la madre, 1 caso en esta semana y 32 en las semanas anteriores; en la semana epidemiológica 24 de 2023 se notificaron 43 casos, es decir 9 casos más (Gráfica 7).

Gráfica 7. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Caldas, periodo epidemiológico I a VI de 2024.



Fuente: Sivigila Caldas

Según el momento de ocurrencia 17 casos (51,5%) corresponden a muertes en anteparto; en prealta en posparto 13 casos (39,3%), en postalta en posparto 2 casos (6,06%), en intraparto 1 caso (3,03%). (Tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad perinatal según momento de ocurrencia en Caldas, hasta Periodo epidemiológico VI de 2024.

Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto	Total	%
Anteparto	17	51,5
Intraparto	1	3,03
Prealta en postparto	13	39,3
Postalta en postparto	2	6,06
Reingreso en postparto		0,0
No aplica. Nunca fue a institución de salud en postparto		0,0
Total	33	100,0

Fuente: Sivigila Caldas

Por municipio de residencia, hasta la semana epidemiológica 24 de 2024, Manizales, La Dorada, Villamaría, Manzanares, Pensilvania, Chinchiná y Supía han notificado 79,1% de los casos del departamento de Caldas. Periodo epidemiológico VI de 2024 por residencia, 14 municipios en Caldas han notificado muertes perinatales y neonatales (Tabla 6).

Tabla 6. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, hasta Periodo epidemiológico VI de 2024.

Municipio	Casos	%
Manizales	11	33,3
La Dorada	5	15,5
Villamaría	2	6,06
Manzanares	2	6,06
Pensilvania	2	6,06
Chinchiná	2	6,06
Supía	2	6,06
Riosucio	1	2,03
Samaná	1	2,03
Anserma	1	2,03
Palestina	1	2,03
Marmato	1	2,03
Neira	1	2,03
Norcasia	1	2,03
Total	34	100,0

Fuente: Sivigila Caldas

Hasta el periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024, el 72,7% de las muertes perinatales y neonatales se registraron en cabecera municipal y 18,2% en área rural dispersa; 51,5% de los casos pertenecen al régimen subsidiado. Se documenta 1 caso (3%) como No asegurados. 97% se registró en la pertenencia étnica “otro”; 30,3% (n=10) en hijos de mujeres con edades entre 20 a 24 años y 21,2% (n=7) en los grupos etarios de 25 a 29 años y 30 a 34 años. En relación con el sexo de los productos 63,6% (n=21) fueron de sexo masculino (Tabla 7).

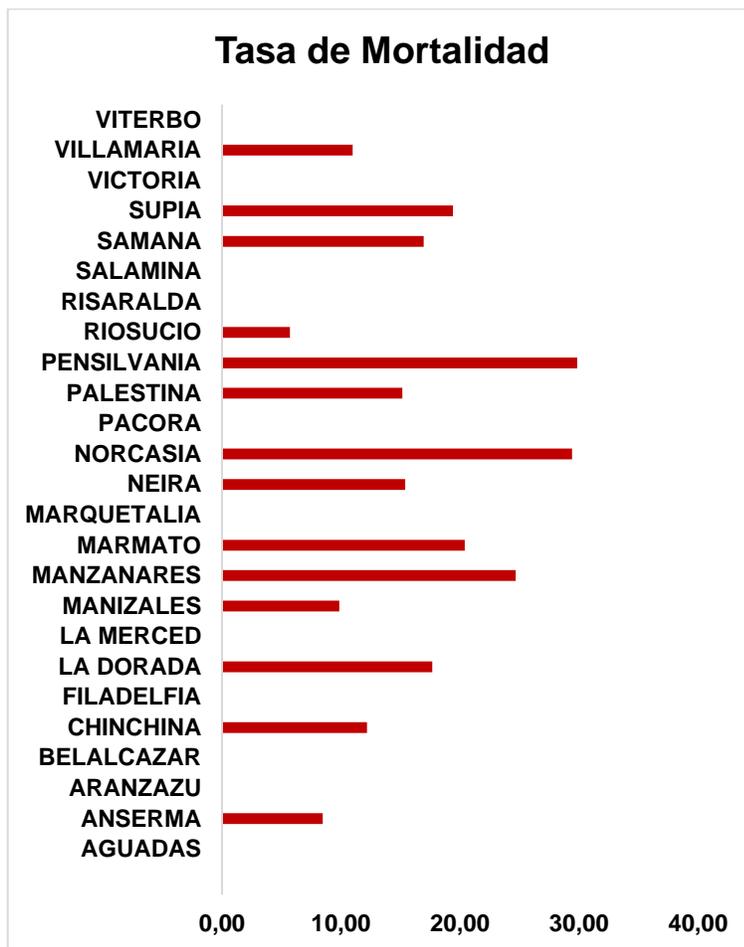
Tabla 7. Variables sociales y demográficas de los casos de mortalidad perinatal y neonatal, Caldas, periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo del recién nacido	Masculino	21	63,6
	Femenino	11	33,3
	Indeterminado	1	3,0
Pertenecía étnica	Otro	32	97,0
	Raizal	0	0,0
	Indígena	1	3,0
Tipo de régimen en Salud	Subsidiado	17	51,5
	Contributivo	14	42,4
	No Asegurado	1	3,0
	Indeterminado	0	0,0
	Excepción	1	3,0
Grupos de edad de la madre	15-19	4	12,1
	20-24	10	30,3
	25-29	7	21,2
	30-34	7	21,2
	35-40	4	12,1
	40-44	1	3,0
Área de residencia	Cabecera Municipal	24	72,7
	Centro Poblado	3	9,1
	Rural Disperso	6	18,2

Fuente: Sivigila Caldas

La tasa de mortalidad perinatal y neonatal del departamento a periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024 es de 11,4 casos por 1000 nacidos vivos; 12 municipios en Caldas superan dicha tasa departamental. Pensilvania con 29,85 casos por 1000 nacidos vivos, Manzanares con 24,69 casos por 1000 nacidos vivos, Norcasia con 29,41 casos por 1000 nacidos vivos, Marmato con 20,41 casos por 1000 nacidos vivos, son los que presentan mayores tasas en el departamento de Caldas (Gráfica 7).

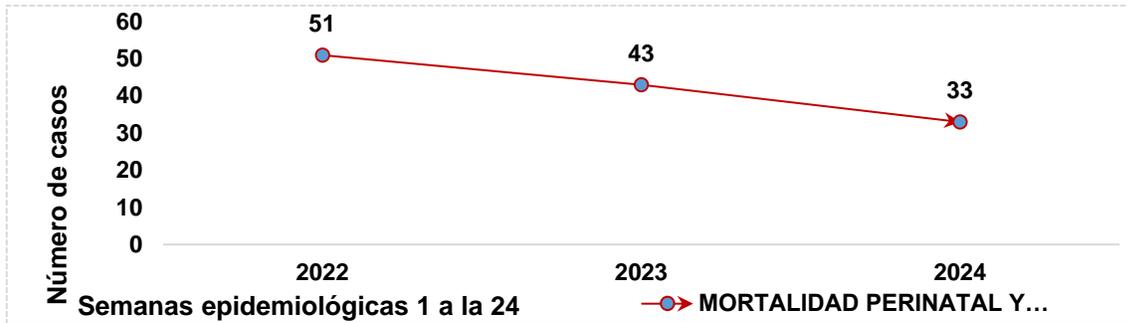
Gráfica 7. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024



Fuente: Sivigila Caldas

La Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en Caldas, periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024 ha mostrado una tendencia que tiende a la disminución desde el año 2022 en donde se documentaron 51 casos. Para el año 2024 hasta la semana 24 se han reportado 33 casos por residencia de la madre. (Gráfica 8).

Gráfica 8. Tendencia de Mortalidad Perinatal, Caldas comparada a periodo epidemiológico VI, Semana 24 de 2022 a 2024



Fuente: Sivigila Caldas

Con respecto al análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía por periodos **perinatales de riesgo Matriz BABIES** se observa que el exceso de muertes y las razones de mortalidad más alta ocurren en las fetales anteparto y en los neonatos menores de 1000 gramos de peso. Lo anterior tiene una alta relación con salud de la madre (4,9 muertes por 1000 nacidos vivos) y con los cuidados prenatales celdas de color naranja, las cuales están relacionadas con controles prenatales insuficientes, que no facilitan la identificación oportuna del estado nutricional, condiciones crónicas y/o infecciosas, condiciones de crecimiento fetal y cambios placentarios, entre otras; eventos susceptibles de intervención a través de actividades de control prenatal y seguimiento.

En tercer lugar, las muertes ocurridas en el periodo entre las primeras 24 horas de vida y siete días completos después del nacimiento localizadas en las celdas de color verde, se encuentran relacionadas con problemas derivados de cuidado neonatal. Para este grupo específico la tasa de mortalidad fue de 0,6 casos por 1 000 nacidos vivos (Tabla 10 y 11).

Análisis por periodos perinatales de riesgo De acuerdo al peso específico al nacer las muertes perinatales se concentraron en mayor proporción en el grupo de los menores de 1000 gramos (n=9) los cuales se pueden asociar con deficiencias y alteraciones de la salud materna pregestacional; las tasas proporcionales para las muertes ocurridas en el grupo de 1500 gramos a 3999 gramos se relacionan principalmente con problemas de acceso, oportunidad y calidad de la atención desde el control prenatal, el trabajo de parto y los cuidados neonatales tempranos hasta los primeros siete días.

Las muertes durante el intraparto, localizadas en las celdas de color rojo, relacionadas con el acceso a la atención de parto institucional en condiciones seguras, y las características de calidad de los servicios de obstetricia, la observancia de los protocolos de manejo de las complicaciones obstétricas, el adecuado cuidado de parto, el acceso a cirugía cuando es necesario, y la calidad para la adaptación neonatal, corresponde a 0,5 por cada 1000 nacidos vivos.

Según la matriz BABIES la falta de atención a la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, siendo las casillas azules de la matriz donde más se concentran los casos, muertes que según los estudios y observaciones, se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la desnutrición, obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas, tabaquismo y edad de la

mujer gestante, debido a que generan un ambiente intrauterino no satisfactorio que limita el desarrollo fetal.

Tabla 10. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según periodos perinatales de riesgo Matriz BABIES, Caldas, periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL		
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS	
Menor de 1000	6	1		2	9
De 1000 a 1499	3		1	6	10
De 1500 a 2499	4			3	7
De 2500 a 3999	4		1	2	7
4000 y más	0				0
Total general	17	1	2	13	33

Fuente: Sivigila Caldas

Tabla 11. Razón* de mortalidad perinatal y neonatal tardía según periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES, Caldas, periodo epidemiológico VI Semana 24 de 2024.

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	1,7	0,3	0,0	0,6
De 1000 a 1499	0,9	0,0	0,3	1,7
De 1500 a 2499	1,2	0,0	0,0	0,9
De 2500 a 3999	1,2	0,0	0,3	0,6
4000 y más	0,0	0,0	0,0	0,0
Total general	4,9	0,3	0,6	3,8

Fuente: Sivigila Caldas

5,5	Salud materna
2,3	Cuidados prenatales
0,0	Atención del parto
0,3	Atención del recién nacido
1,4	Atención del neonato AIEPI

4. Discusión

Caldas reporta una razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía de 11,4 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a periodo epidemiológico VI de 2024, este indicador refleja la manera como está planteada la atención y la calidad de la misma por parte de los prestadores en términos de disponibilidad, capacidad, acceso a los servicios. De Igual forma evidencia el comportamiento de los determinantes sociales y demográficos, que aumentan los riesgos del grupo materno perinatal.

La información de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal evidencia la necesidad del fortalecimiento de la atención primaria en salud, mejorando el acceso a programas y métodos de regulación de la fecundidad más efectivos, el acceso al control prenatal con intervención de riesgos oportuna y adecuada, el seguimiento estricto a la gestante, contar con mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia en torno a las complicaciones detectadas a las gestantes y su feto o recién nacido, así como contar con los mejores recursos humanos e insumos para la atención del parto, postparto y las complicaciones del recién nacido. (8)

Los Municipios que han evidenciado un comportamiento hacia el incremento no solo reflejan una mejora en la captación y notificación de las muertes perinatales y neonatales tardías como evento de interés en salud pública, esto deja ver la necesidad del fortalecimiento de la atención del binomio madre-hijo desde la preconcepción hasta los 28 días posnatal con base en las características epidemiológicas, sociales, clínicas y demográficas de la población afectada y de los determinantes de muerte perinatal o neonatal tardía identificados en el proceso de análisis individual y colectivo de los casos.(9)

La salud de la madre es el componente de atención que genera la mayor carga en las mortalidades perinatales y neonatales tardías, lo que es consistente con las principales causas de muerte agrupadas por origen: neonatal, materna y fetales, respectivamente. El trabajo de parto prematuro, los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer junto con la hipoxia intrauterina son las causas que reportan las tasas más altas de mortalidad para cada uno de los grupos de causas por origen mencionados.

5. Conclusiones

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento de Caldas es de 11,4 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Este comportamiento puede estar vinculado a la calidad, acceso, uso del sistema de salud, los servicios de salud sexual y reproductiva y de la atención materno-infantil; esto se ha evidenciado con los problemas identificados en las unidades de análisis en donde los más frecuentes son el incumplimiento en acciones de demanda inducida, el incumplimiento de las acciones establecidas en las guías clínicas de atención y la baja percepción de riesgo en salud por parte de las usuarias, además se

completa con el diligenciamiento del tablero de problemas que nos permite identificar todas las situaciones mencionadas.

La vigilancia y notificación de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en el departamento de Caldas hasta el periodo epidemiológico VI de 2024, muestra un comportamiento que tiende a la disminución si se compara con el mismo periodo del año 2023, aún continúan presentándose algunas deficiencias en la definición de las causas de muerte, lo que determina que deben realizarse acciones tendientes a mejorar el registro y la calidad del dato y a efectuar análisis anatomopatológico a todos los casos reportados.

De acuerdo con el momento de ocurrencia, el mayor número de casos (n=17) 51,5% corresponden a muertes anteparto, 13 casos (39,3%) fueron prealta en postparto; en intraparto se documentó 1 caso (3,03%) y en postalta en postparto 2 casos (6,06%). Cada territorio debe evaluar su gestión en torno a la prestación de los servicios en cada una de estas etapas y establecer planes de acción que contribuyan a la disminución de las brechas sanitarias y a la mejora de la calidad de vida de la población materno-infantil. (10)

Por grupos de edad de la madre, el mayor número de eventos se presenta en las mujeres de 20 a 24 años con 10 casos (30,3%), seguida por el grupo de edad de 25 a 29 años y 30 a 34 años con 7 casos cada uno (21,2%). El grupo etario de 15 a 19 años y 35 a 40 años registran 4 casos cada uno (12,1%). Las edades extremas son factores maternos que tienen una relación directa o indirecta con complicaciones materno-perinatales con mayor riesgo de mortalidad materna, perinatal y/o neonatal debido a la alta frecuencia de generar parto pretérmino.

La notificación de Mortalidad perinatal y neonatal tardía tiene a PE VI de 2024 una tendencia a la disminución, mostrando 10 casos menos con respecto a lo reportado en la misma semana de 2023. El ingreso temprano de las gestantes a los controles prenatales y la mayor cobertura del aseguramiento para la población, son factores que han influido en el comportamiento del evento.

6. Referencias

(1) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

(2) Instituto nacional de salud. Informe del evento 2023 Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>

(3) López ME. Problemática de la salud neonatal, factores asociados y estrategias Para afrontar en el Perú. Ciencias de la Salud. 2015; 2(1): 402-410.

(4) Organización Mundial de la Salud. International statistical classification of diseases and related health problems CIE 10: manual de instrucción. 10ma revisión. Edita OMS Génova –Suiza. 2011; 2: 152.

(5) Berdasquera D. La vigilancia en salud: Elementos básicos que debe conocer el Médico de Familia. Rev Cuba Med Gen Integr. 2002;18(1). (6) Ramírez R, Ordóñez JM. Vigilancia en salud pública: más allá de las enfermedades transmisibles. Gac Sanit. 2005; 19 (3): 181-183

(6) Ramírez R, Ordóñez JM. Vigilancia en salud pública: más allá de las enfermedades transmisibles. Gac Sanit. 2005; 19 (3): 181-183.

(7) Instituto Nacional de Salud INS. [internet] consultado en Julio 30 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador/IQEN/IQEN%20vol%2018%202013%20num%208.pdf>

INFORME SEMESTRAL MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

1. Introducción

En Colombia, el proceso de la vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME) se inició en el 2012 bajo un trabajo colaborativo entre Ministerio de Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Instituto Nacional de Salud (INS), con la implementación del evento bajo el sistema de vigilancia epidemiológica (Sivigila) a través de la notificación individual de casos (10). Para el 2019, la MME “ocurrió en el 3,7 % de todos los embarazos (23 488 casos de MME / 633 878 nacidos vivos). La razón fue de 37,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos.” (8).

En el mundo, las complicaciones de salud durante la gestación y el parto son responsables del 13% al 18% de enfermedades en mujeres entre los 15 y 44 años, lo cual repercute significativamente en la salud y el bienestar del recién nacido y los hijos ya existentes. Cabe resaltar que cuando las mujeres fallecen por complicaciones durante el embarazo, parto o posparto, los recién nacidos tienen 10 veces más riesgo de morir. Además, las madres sobrevivientes pueden generar discapacidades y problemas de salud que van a obstaculizar o limitar el cuidado de los hijos; por tanto, la no vigilancia en salud materna y la no prevención oportuna de los factores de riesgo de la misma, influye en gran medida en el desarrollo humano y, en esa medida, en el curso evolutivo de las naciones, pues se relaciona con un país en capacidad de desarrollo, con la calidad de desarrollo de sus niños y niñas, y con la capacidad de atención a ello desde la gestación, tal como lo sostienen las cifras a continuación: la tasa de MME es mayor en los países de medianos y bajos ingresos; es así que la tasa de MME en América Latina es de 4,9%, 5,1% en Asia y 14.9% en África; en contraste, los países de altos ingresos demuestran tasas que van del 0,8% en Europa al 1,4% en Norteamérica. (9)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS propusieron realizar vigilancia epidemiológica de la MME como estrategia adicional para la prevención, control e identificación oportuna de factores determinantes, que permitieran lograr la reducción de las tasas de MM en tres cuartas partes. Esta estrategia se realiza como un pilar importante en el desarrollo de la salud pública de todos y cada uno de los países del mundo, fomentando el interés y la responsabilidad por la salud de los colectivos y las poblaciones como bien público.

Para Colombia los indicadores de Morbilidad Materna extrema a periodo epidemiológico VI de 2024 muestran que se notificaron 14470 casos, con una razón preliminar de MME de 72,3 casos por 1000 nacidos vivos y una letalidad de 0,62 %. Se reportó un índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía de de 3,6%.

En relación con las causas agrupadas de Morbilidad Materna Extrema 65,5% cursaron con trastornos hipertensivos, 16,6% se presentaron complicaciones hemorrágicas y 5,3% presentaron en sepsis de origen obstétrico.



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080



Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas



informacion@saluddecaldas.gov.co



www.saluddecaldas.gov.co

En Colombia el grupo de edad que documentó el mayor número de casos a PE VI de 2024, fue el de mujeres de 20 a 24 años (23,5%), seguido por el grupo etario de 25 a 29 años (23,3%). (10)

2. Materiales y Métodos

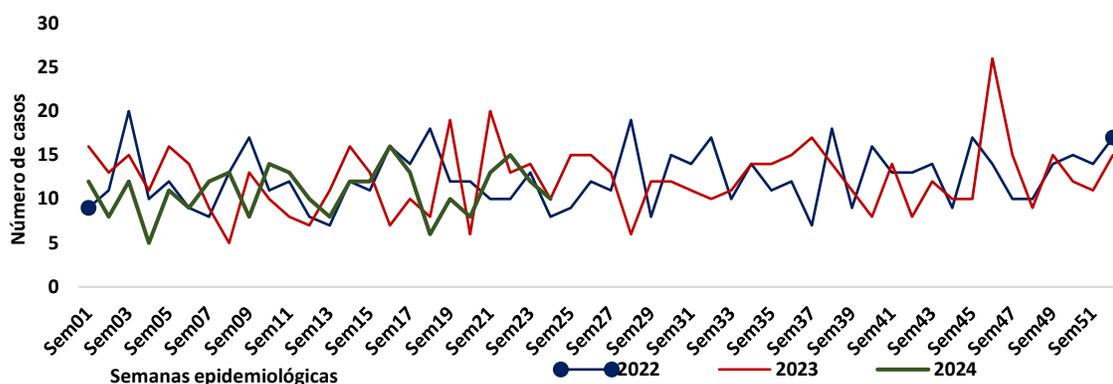
Se hace un análisis descriptivo de los casos para Morbilidad Materna Extrema, obtenidos a través de fuente secundaria por medio de la notificación individual de casos por las UPGD a nivel Departamental al Sivigila. Se validan y depuran los datos, categorizando las variables de edad por grupos de edad, así como las causas de morbilidad. Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento del evento junto con la comparación de la distribución de su comportamiento, con el año inmediatamente anterior. De igual forma se realiza la descripción de las características sociales, demográficas, clínicas y epidemiológicas del evento Morbilidad Materna Extrema. Los datos se obtuvieron a través de fuente secundaria, por medio de la notificación inmediata individual de los casos de morbilidad Materna Extrema.

De acuerdo con la resolución 08430 de 1993, se realizó un informe sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos documentales retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

3. Resultados

Hasta la el PE VI de 2024 fueron notificados al Sivigila Caldas, un total se han notificado en Caldas 257 casos de Morbilidad Materna Extrema 10 casos en esta semana y 247 casos de semanas anteriores; en la semana epidemiológica 24 del año 2023 se notificaron 27 casos más (Gráfica 4).

Gráfica 4. Notificación de Morbilidad Materna Extrema Caldas, hasta Periodo epidemiológico VI año 2024.



Fuente: Sivigila Caldas

Por residencia Manizales muestra el mayor porcentaje con 42% (n=108) de los casos notificados en el departamento, seguido por La Dorada 10% (n=26), Neira 4,2% (n=11), Riosucio 4,2% (n=11) y Chinchiná con 3,8% (n=10) (Tabla 2).

Tabla 2. Notificación de morbilidad materna extrema por municipio de residencia, Caldas, hasta periodo epidemiológico VI de 2024

Municipio	Cantidad	%
Manizales	108	42,0
La Dorada	26	10,1
Neira	11	4,3
Riosucio	11	4,3
Chinchiná	10	3,9
Aguadas	9	3,5
Villamaría	9	3,5
Marmato	8	3,1
Salamina	7	2,7
Samaná	7	2,7
Supía	7	2,7
Anserma	6	2,3
Belalcázar	5	1,9
Pensilvania	5	1,9
Aránzazu	4	1,6
Norcasia	4	1,6



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080

Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas

informacion@saluddecaldas.gov.co

www.saluddecaldas.gov.co

Palestina	4	1,6
Risaralda	3	1,2
San José	3	1,2
Victoria	3	1,2
Filadelfia	2	0,8
Marquetalia	2	0,8
Manzanares	1	0,4
Pacora	1	0,4
La Merced	1	0,4
Caldas	257	100,0

Fuente: Sivigila Caldas

La mayor cantidad de casos de morbilidad materna extrema a periodo epidemiológico VI de 2024 SE 24, se ha notificado en mujeres residentes en cabecera municipal con 71,8%. Por pertenencia étnica 95,4% de los casos se registraron en las mujeres del grupo “otros”. Por grupos de edad 26,7% (n=70) se documentaron en el grupo de edad de 30 a 34 años seguido por los grupos de 20 a 24 años con 22,1% (n=58) y 25 a 29 años con 21,4% (n=56) ; El grupo de edad de 35 a 39 años reporto 14,5%, (n=38). 50,4% de las pacientes pertenecen al régimen subsidiado y 46,6% pertenecen al régimen contributivo, se documentó 1 caso no asegurados (0,4%) y 5 casos del régimen de especial (1,9%) (Tabla 3).

Tabla 3. Variables demográficas y sociales de los casos de morbilidad materna extrema, Caldas, a periodo epidemiológico VI, SE 24 de 2024

Variable	Categoría	Casos	porcentaje
Pertenecía étnica	Indígena	11	4,2
	Raizal	0	0,0
	Afrocolombiano	1	0,4
	Otro	245	95,4
Tipo de régimen en Salud	Contributivo	122	46,6
	No Asegurado	1	0,4
	Indeterminado	2	0,8
	Excepción	0	0,0
	Especial	5	1,9
	Subsidiado	127	49,4
Grupos de edad	10 a 14	1	0,4
	15 a 19	25	9,7

	20 a 24	58	22,5
	25 a 29	56	21,7
	30 a 34	65	25,3
	35 a 39	38	14,7
	40 a 44	13	5,0
	45 a 49	1	0,4
Área de residencia	Cabecera Municipal	183	71,2
	Centro Poblado	11	4,2
	Rural Disperso	63	24,5

Fuente: Sivigila Caldas

La razón departamental de Morbilidad Materna Extrema a PE VI, Semana epidemiológica 24, es de 74,6 casos por 1000 Nacidos Vivos y 14 municipios en Caldas superan esta razón. Los municipios con la mayor razón de morbilidad materna extrema a semana 24 son: San José 150 casos por 1000 nacidos vivos, Marmato 145 casos por 1000 nacidos vivos, Neira 144 casos por 1000 nacidos vivos, Aguadas 116 casos por 1000 nacidos vivos, Salamina 114 casos por 1000 nacidos vivos. (Gráfica 5).

Tabla 4. Razón de Morbilidad Materna Extrema por municipio de residencia, Caldas, periodo epidemiológico VI, de 2024

Municipios	Casos	Población 2024	Razón de Morbilidad por 1000 NV
Aguadas	9	77	116,9
Anserma	6	132	45,5
Aránzazu	4	45	88,9
Belalcázar	5	47	106,4
Chinchiná	10	186	53,8
Filadelfia	2	20	100,0
La Dorada	26	317	82,0
La Merced	1	27	37,0
Manizales	108	1284	84,1
Manzanares	1	94	10,6
Marmato	8	55	145,5
Marquetalia	2	43	46,5
Marulanda	0	12	0,0
Neira	11	76	144,7
Norcasia	4	37	108,1
Pacora	1	45	22,2
Palestina	4	76	52,6
Pensilvania	5	76	65,8

Riosucio	11	203	54,2
Risaralda	3	38	78,9
Salamina	7	61	114,8
Samaná	7	68	102,9
San José	3	20	150,0
Supía	7	123	56,9
Victoria	3	30	100,0
Villamaría	9	215	41,9
Viterbo	0	38	0,0
Total	257	3445	74,6

Fuente: Sivigila Caldas

Por causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta el periodo epidemiológico VI SE 24 de 2024, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos con 61,8% (n=162) de los casos; las complicaciones hemorrágicas se documentaron con 16,4% (n=43); sepsis de origen obstétrico 12,6% (n=33); complicaciones de aborto 2,2% (n=6) (Tabla 4).

Tabla 4. Morbilidad Materna Extrema por causa principal agrupada, Caldas, Periodo epidemiológico VI de 2024.

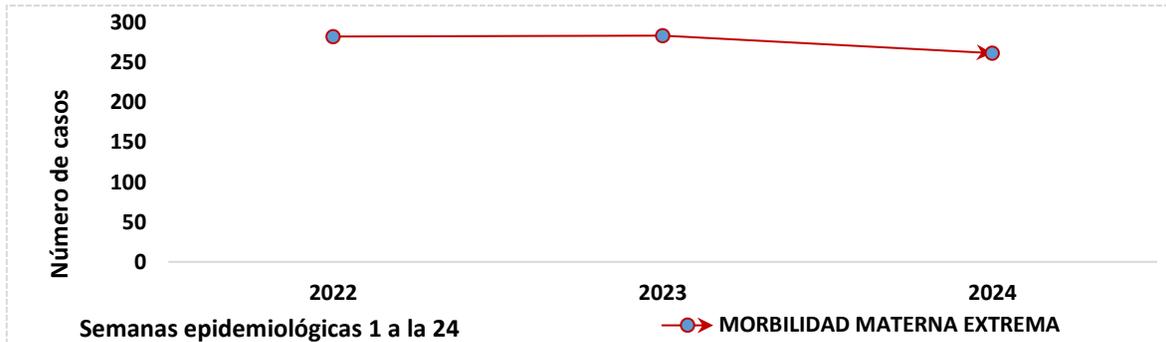
Causas Agrupadas	Total	%
Trastornos hipertensivos	158	61,5
Complicaciones hemorrágicas	43	16,7
Complicaciones de aborto	6	2,3
Sepsis de origen obstétrico	33	12,5
Sepsis de origen no obstétrico	1	0,38
Sepsis de origen no pulmonar	0	0
Enfermedad Preexistente que se complica	7	2,67
Otra causa	9	3,44
Total	257	100,00

Fuente: Sivigila Caldas

La Morbilidad Materna Extrema en Caldas desde el año 2022 al 2024 PE VI (hasta semana 24), muestra una tendencia que ha tenido una disminución ya que para el año

2022 a semana epidemiológica 24 se han reportado 283, mientras que para el año 2023 se reportaron 284 casos, una disminución de 27 casos (Gráfica 6).

Gráfica 6. Tendencia de Morbilidad Materna Extrema, Caldas, PE VI, Semana epidemiológica 24, años 2022 a 2024.



Fuente: Sivigila Caldas

Con respecto a los criterios de inclusión que tuvieron las usuarias, se observa que el criterio preeclampsia severa representa el mayor número de criterios con 158 (61,5%), seguido de hemorragia obstétrica severa con 44 casos (17,1%) y choque séptico con 36 casos (14%)

Tabla 5. Criterios de inclusión de la Morbilidad Materna extrema, Caldas, periodo epidemiológico VI. Semana 24 de 2024.

Criterios de inclusión	2024	
	Casos	%
preeclampsia		
No	99	38,52%
Si	158	61,48%
Sin Dato	0	0,00%
hemorragia_obstétrica_severa		
No	210	81,71%
Si	44	17,12%
Sin Dato	3	1,17%
choq_septi		
No	221	85,99%
Si	36	14,01%
Sin Dato	0	0,00%
falla_hepa		
No	234	91,05%

Si	23	8,95%
Sin Dato	0	0,00%
falla_coag	Casos	%
No	243	94,55%
Si	14	5,45%
Sin Dato	0	0,00%
falla_rena	Casos	%
No	248	96,50%
Si	9	3,50%
Sin Dato	0	0,00%
falla_cere	Casos	%
No	254	98,83%
Si	3	1,17%
Sin Dato	0	0,00%
falla_resp	Casos	%
No	254	98,83%
Si	3	1,17%
Sin Dato	0	0,00%
eclampsia	Casos	%
No	255	99,22%
Si	2	0,78%
Sin Dato	0	0,00%
rupt_uteri	Casos	%
No	257	100,00%
Si	0	0,00%
Sin Dato	0	0,00%
Total	292	

Fuente: Sivigila Caldas

4. Conclusiones

Hasta la semana epidemiológica 24 PE VI de 2024, se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas 262 casos de morbilidad materna extrema de residentes en 25 municipios del total (27 municipios) en Caldas; Manizales con 41 %, La Dorada con 11%, Neira con 5% y Riosucio con 4%, documentan juntos el 61% de los casos de Morbilidad Materna Extrema el periodo epidemiológico VI, SE 24 de 2024.

La notificación de casos MME a periodo epidemiológico VI SE 24 de 2024, presenta una disminución de lo reportado en el mismo periodo de 2023 con 12 casos menos. Se deben

identificar las causas relacionadas con la disminución en la notificación con respecto a lo históricamente reportado en el sistema de vigilancia.

Por causas agrupadas los trastornos hipertensivos están en primer lugar documentando con 61,8% del total de casos de morbilidad materna extrema, seguidos por las complicaciones hemorrágicas con 16,4%, en tercer lugar están las sepsis de origen obstétrico con 12,6% de los casos. Las mujeres con edades entre 20 y 34 años son las que mayor porcentaje de casos registran (70%) del total de los casos notificados por grupo de edad.

Se deben privilegiar mecanismos de respuesta efectiva por parte las instituciones prestadoras de servicios de salud, ante emergencias obstétricas, especialmente los trastornos hipertensivos y la hemorragia obstétrica, así como el acceso temprano a los controles prenatales y el seguimiento por parte de las aseguradoras a las mujeres que han tenido Morbilidad materna Extrema MME, de acuerdo con los lineamientos establecidos para la vigilancia este evento y la ruta de atención materno perinatal.

Realizar acompañamiento a municipios y UPGD reforzando adopción de definiciones y conceptos, y propender por el fortalecimiento de la notificación oportuna y con calidad de la totalidad de los casos MME ocurridos.

Es indispensable el fortalecimiento de los procesos básicos de la atención prenatal, en función de aspectos como: cobertura, acceso, oportunidad de los servicios, periodicidad, seguimiento, atención primaria cerca del domicilio bajo el marco de la integralidad de la prestación del servicio.

Los Prestadores y Entidades administradoras de Planes de Beneficios EAPB deben garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

5. Referencias

- (8) Instituto Nacional de salud INS Colombia, Consultado el 30 de Julio de 2024, Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA_2019.pdf
- (9) Sánchez-Barrera, E. T., Mendieta-Hernández, S. P., Pineda-Martínez, E. M., & Cárdenas, D. L. (2019). Comportamiento epidemiológico de la morbilidad materna extrema. Colombia, 2016. Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá, 6(2), 99–117. Consultado el 30 de Julio de 2024, Disponible en: <https://doi.org/10.24267/23897325.414>
<https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/414/498>

- (10) Informe de evento Morbilidad Materna Extrema Periodo epidemiológico 6 2024, consultado el 30 de Julio de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MME%20PE%20VI%202024.pdf>



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080



Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas



informacion@saluddecaldas.gov.co



www.saluddecaldas.gov.co

INFORME SEMESTRAL DE EVENTO MORTALIDAD MATERNA

1. Introducción

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015 (1), y otros 2,6 millones nacieron muertos. (2) Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

A partir de 2016 los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen una nueva agenda para la salud materna destinada a acabar con la mortalidad materna prevenible; la meta 3.1 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para 2030 (3). Para cumplir con la meta, deberán alcanzar una tasa anual de reducción cercana a 7,5 % entre 2016 y 2030, que es superior al nivel de 5,5 % planteada para cumplir el ODM 5 y será necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, de 2,3 %, se multiplique por más de tres (4).

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud. (5)

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. (5)

Según datos oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) la razón de mortalidad materna en Colombia muestra una tendencia a la disminución donde pasa de 73,3 casos en el 2007, a 51,0 casos por 100 000 nacidos vivos en el 2017. Durante los años 2018 (46,1 casos por 100 000 nacidos vivos) y 2019 (47,1 casos por 100 000 nacidos vivos), la razón de mortalidad materna del país es inferior a 50 casos por 100 000 nacidos vivos. (6).



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080



Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas



informacion@saluddecaldas.gov.co



www.saluddecaldas.gov.co

Hasta el periodo epidemiológico VI de 2024 en Colombia se han notificado 90 casos de mortalidad Materna, de los cuales 60,0% corresponden a muertes maternas directas, 31,1% indirectas y 8,9% en estudio. Por causa básica agrupada de muerte materna en Colombia 22,2% se documentaron con hemorragia obstétrica, el 18,9% trastornos hipertensivos asociados al embarazo, el 5,6% evento tromboembólico como causa básica y 5,6 % sepsis relacionada con el embarazo. Por otras causas indirectas el 12,2 %, sepsis no obstétrica: Neumonía 7,8% y sepsis no obstétrica 5,6 %. (7)

La Mortalidad materna temprana por grupo de edad en Colombia hasta el periodo epidemiológico VI de 2024, muestra el mayor porcentaje en el grupo de edad de 20 a 24 años con (n=20) y 25 a 29 años (n=20), (7).

67,8 % tienen como área de residencia cabecera municipal, con relación a pertenencia étnica el grupo otro representa el 71,1 % y en cuanto al régimen de afiliación el subsidiado representa el 68,9% y el 4,4% no tenían afiliación al SGSSS (7)

2. Materiales y Métodos

Se realiza un análisis descriptivo de los casos para los eventos mortalidad materna, obtenidos a través de fuente secundaria por medio de la notificación individual de casos por las UPGD a nivel departamental al Sivigila. Se hace la validación y depuración de los datos, se categorizan las variables de edad por grupos de edad, así como las causas de muerte y se clasifico el evento (según la definición operativa de caso).

Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento de los eventos junto con la comparación de la distribución del comportamiento de estos, con el año inmediatamente anterior. De igual forma se realiza la descripción de las características sociales, demográficas, clínicas y epidemiológicas de la mortalidad materna.

Los datos se obtuvieron a través de fuente secundaria, por medio de la notificación inmediata individual de los casos de los eventos muerte, cotejando cada registro con la información consignada en el certificado de defunción en el registro único de afiliación en el módulo de defunciones RUAF-ND para todos los casos del evento Muerte Materna.

De acuerdo con la resolución 08430 de 1993, se realizó un informe sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos documentales retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

3. Objetivos

Estimar las razones de Mortalidad Materna, en el departamento de Caldas como insumo para la evaluación de las intervenciones dirigidas a su reducción.

Determinar las características epidemiológicas y los grupos poblacionales de mayor riesgo para Mortalidad Materna cód. 551 de SIVIGILA.

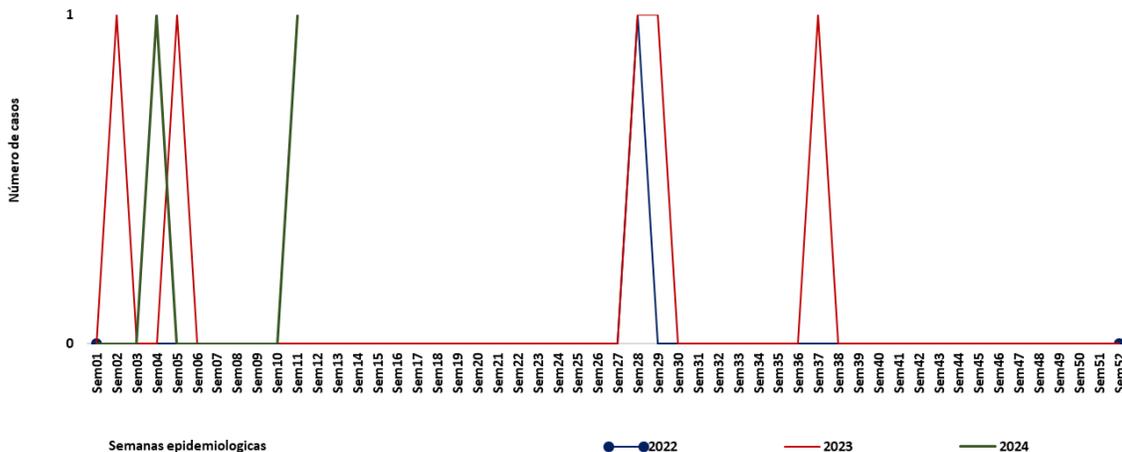
Analizar de forma individual y agregada los casos para la Mortalidad Materna del primer semestre de 2024, desde el componente demográfico, social y clínico, estableciendo los principales determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia de dichos eventos, que sirvan como insumo para la toma de decisiones, el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en el departamento de Caldas.

4. Resultados

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2024, se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas 2 casos de mortalidad materna.

En el año 2024 a periodo epidemiológico VI se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 2 casos de muerte materna y en el año 2023 al mismo periodo se habían documentado 2 casos (Gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de Mortalidad Materna Caldas, semanas epidemiológicas 01 a 52 año 2023 y 01 a 24 de 2024.



Fuente: Sivigila Caldas

Las muertes maternas Directas (aquellas relacionadas con el proceso obstétrico) muestran una tendencia que ha disminuido progresivamente, siendo el año 2008 el de mayor notificación con 13 casos; las muertes maternas Indirectas muestran aumento en 2021 con 12 casos que correspondieron a 6 muertes maternas tardías por causas



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080



Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas



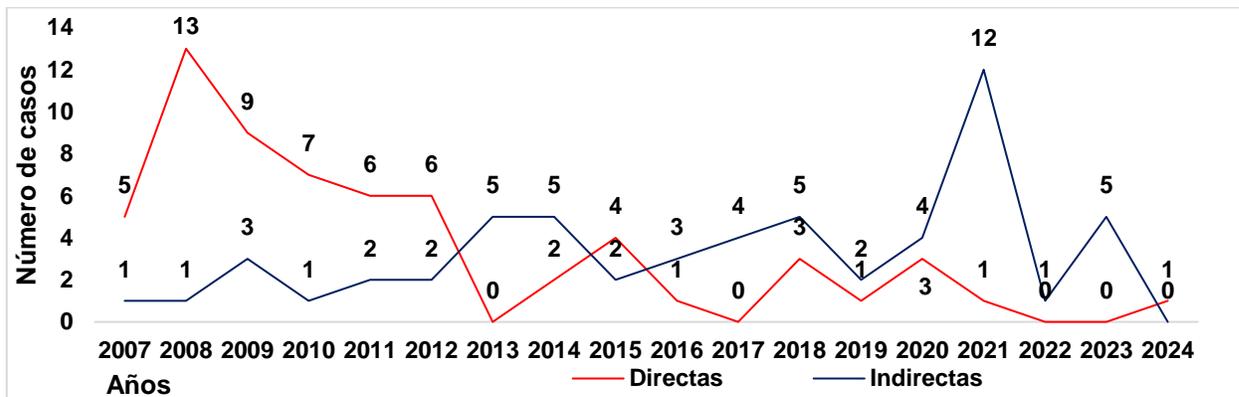
informacion@saluddecaldas.gov.co



www.saluddecaldas.gov.co

indirectas y 6 muertes maternas tempranas por causas indirectas. En los años 2013 y 2017 no se notificaron muertes maternas por causas directas; para el año 2024 hasta la semana epidemiológica 24, se han documentado 2 casos de mortalidad materna, 1 por causa directa y 1 por causa indirecta (Gráfica 2).

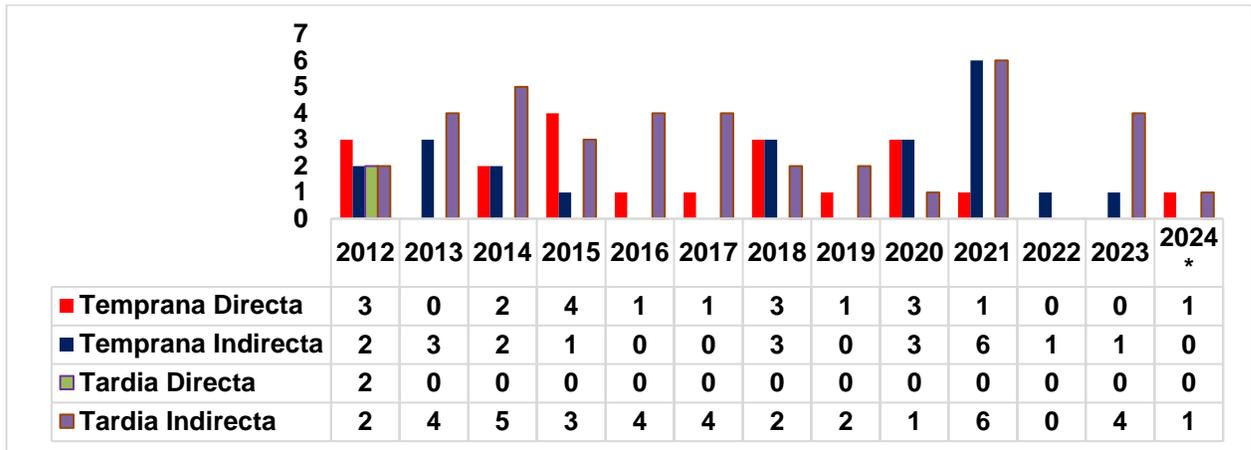
Gráfica 2. Tendencia de Mortalidad Materna, Directas e indirectas, Caldas, comparadas años 2007 a 2024 Semana Epidemiológica 24.



Fuente: Sivigila Caldas

Las muertes maternas tempranas directas (muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo por causas obstétricas muestran un comportamiento que en el año 2015 documentó el pico más alto con 4 casos y el más bajo en el año 2022 y 2023 cuando no se notificaron casos. Las muertes maternas tardías (muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo), aportan la mayor cantidad de casos notificados en el periodo 2012 a 2022, siendo las tardías indirectas las que mayor número de casos registran en el periodo evaluado (n=33); en el año 2024 a semana epidemiológica 24 se han reportado 2 casos de muerte Materna, la primera temprana directa y la segunda tardía indirecta (gráfica 3).

Gráfica 3. Casos de Mortalidad Materna, tempranas y tardías, Caldas, años 2012 a 2024, semana epidemiológica 24.



Fuente: Sivigila Caldas

Según el protocolo de vigilancia en salud pública de Mortalidad Materna, la razón de mortalidad Materna se calcula de la siguiente manera: Número de muertes maternas que ocurren durante el embarazo, parto y los 42 días después de terminada la gestación por cada cien mil nacidos vivos (es decir muertes maternas tempranas). Dado lo anterior la razón de mortalidad materna en el departamento para el año 2023 fue 14,9 muertes por 100.000 NV.

El municipio con razón más alta fue Chinchiná una razón de 537,6 por 100.000 nacidos vivos siendo este último el único que representó una muerte materna temprana directa, Samaná presentó muerte materna tardía indirecta la cual no se incluyen en el indicador (Tabla 1).

Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna por municipio de residencia, Caldas, periodo epidemiológico VI, de 2024.

Municipio	Casos	Población NV	Razón de Mortalidad por 100.000 NV
Chinchiná	1	186	537,6
Caldas	1	3445	29,0

Fuente: Sivigila Caldas

De los 2 casos de mortalidad Materna notificados a periodo epidemiológico VI de 2024 Semana epidemiológica 24, se ha notificado en mujeres con pertenencia “otros” 100% de los casos, con relación al tipo de régimen en salud No asegurado corresponde al 50%

(n=1) y Subsidiado al 50% (n=1), en la variable grupo de edad, se tiene un caso en el grupo de 20 a 24 años (mortalidad materna tardía indirecta) y un caso en el grupo de edad de 40 a 45 años (mortalidad materna temprana directa), el 100% de los casos corresponden a la cabecera municipal (tabla 3).

Tabla 2. Variables demográficas y sociales de los casos de morbilidad materna extrema, Caldas, a periodo epidemiológico VI, SE 24 de 2024.

Variable	Categoría	Casos	%
Pertenecía étnica	Indígena	0	0,00
	Otros	2	100,00
Tipo de régimen en salud	No asegurado	1	50,00
	Subsidiado	1	50,00
Grupos de Edad	15 a 19 Años	0	0,00
	20 a 24 Años	1	50,00
	25 a 29 Años	0	0,00
	30 a 34 Años	0	0,00
	35 a 39 Años	0	0,00
	40-45 Años	1	50,00
Área de Residencia	Cabecera Municipal	2	100,00
	Centro poblado	0	0,00

Fuente: Sivigila Caldas

5. Conclusiones

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2024, se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas 2 casos de mortalidad materna. En el mismo periodo del año 2023 se habían notificado también 2 casos uno de ellos perteneciente a mortalidad materna tardía indirecta y el otro a mortalidad materna temprana directa.

Se debe continuar con el fortalecimiento del acceso a servicios de salud de alta calidad con el fin de acceder de manera oportuna, informar y enseñar a las mujeres de manera importante acerca de los signos y síntomas de alarma o complicaciones que puedan presentarse y como actuar con el fin de evitar que se agraven.

Además, prevenir embarazos no deseados mediante el acceso a anticonceptivos y a servicios de salud adecuados.

Del proceso de vigilancia desde estadísticas vitales, realizando concordancia entre los registros del RUAF y la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA de manera periódica mensual, con el fin de detectar casos de manera oportuna y mejorar la calidad del dato.

6. Recomendaciones

Se recomienda de manera especial para el fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad de mujeres en edad fértil de 10 a 54 años, el diligenciamiento oportuno y semanal a través del módulo Sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna basado en la Web (SVEMMBW), el cual permite en tiempo real información y seguimiento de los casos probables de muerte materna, mediante la captura, procesamiento, almacenamiento y distribución de la información de defunciones maternas para su análisis y toma de decisiones por parte de los diferentes actores del sistema de vigilancia en salud pública.

Es necesario mejorar el acceso y la calidad de la atención de los programas materno infantil, con inicio de manera temprana a los controles prenatales con el fin de realizar una clasificación del riesgo acorde a las condiciones de las gestantes e intervenir así oportunamente las potenciales complicaciones.

Se debe garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

Las IPS que cuentan con servicios de atención obstétrica tanto de primer nivel como de mayor nivel de complejidad deben garantizar de acuerdo a su complejidad, los procesos e insumos, infraestructura física, ambulancias, medicamentos, equipos médicos y talento humano capacitado y empoderado para brindar una atención de calidad a toda mujer con un evento obstétrico (legrado, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), atención del parto o cesárea, atención del puerperio) e identificación oportuna del riesgo y de las complicaciones presentadas para que sea remitida y atendida tempranamente en el nivel superior de atención y por los especialistas que requiera, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de muertes maternas obedecen a problemas de la calidad de atención, durante la atención del evento obstétrico y posterior al mismo. (6)

Es prioritario brindar continuidad a los programas de capacitación a todo el personal de salud, primordialmente al personal médico de los servicios de urgencias, para mejorar la adherencia y habilidades clínicas para aplicación de los protocolos de manejo en las diferentes instituciones prestadoras de salud que atienden población gestante incluyendo instituciones de tercer nivel de atención, las cuales manejan obviamente los casos más complicados de morbilidad materna extrema.

7. Referencias

- (1) UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015
- (2) Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. Lancet, 2011, Apr 16, 377(9774): 1319-30.
- (3) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo sostenible, Colombia. Herramienta de aproximación al contexto local. Consultado el 31 de Julio de 2024. Disponible en: <https://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undpcoODSColombiaVSWS-2016.pdf>
- (4) Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Consultado el 31 de Julio de 2024. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/204114>
- (5) Organización mundial de la salud OMS, Mortalidad Materna, Consultado el 31 de Julio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (6) Instituto Nacional de Salud INS, Informe anual evento mortalidad materna 2023 consultado el 31 de Julio de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
- (7) Instituto Nacional de Salud INS, Informe evento Mortalidad Materna PE VI 2024 consultado en julio 2024. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VI%202024.pdf>

INFORME SEMESTRAL DEFECTOS CONGÉNITOS

1. Introducción

Los defectos congénitos forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, a teratógenos presentes en el medio ambiente o a carencias de micronutrientes. En los países de ingresos bajos y medios, las enfermedades infecciosas maternas como la sífilis o la rubéola son una causa importante de defectos congénitos. (2) La vigilancia de los defectos congénitos en Colombia es un componente esencial para orientar acciones que permitan prevenir y controlar este tipo de enfermedades de alta mortalidad, cuyo manejo y rehabilitación no siempre es exitoso, debido a la falta de servicios especializados, ya que pueden producir secuelas que representan una desventaja social, con un alto costo para la familia y el Estado (1).

Se calcula que cada año 303.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas.

Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad.

Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa.

Es posible prevenir algunas anomalías congénitas; por ejemplo, hay medidas de prevención fundamentales como la vacunación, la ingesta suficiente de ácido fólico y yodo mediante el enriquecimiento de alimentos básicos o el suministro de complementos, así como los cuidados prenatales adecuados. (3). En la actualidad no existen estimaciones sólidas del número de niños nacidos con un trastorno congénito grave atribuible a causas genéticas o ambientales. Los más frecuentes de esos trastornos graves son los defectos cardíacos congénitos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. (4)

2. Materiales y Métodos

Estudio de tipo descriptivo transversal, el cual caracteriza la situación epidemiológica de los defectos congénitos en el departamento de Caldas hasta el periodo epidemiológico VI de 2024. La población en estudio correspondió a los casos de defectos congénitos detectados al nacimiento o hasta un año de vida notificados al Sistema de Vigilancia epidemiológica (Sivigila) bajo el código 215.

Se realizó la depuración de los datos con el objeto de revisar los registros en cuanto a calidad del dato, eliminar registros repetidos, casos descartados y errores de digitación, para generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación de datos básicos y complementarios.

Se revisaron semanas de gestación y peso al nacer frente a las condiciones relacionadas con prematuridad en recién nacidos de menos de 37 semanas de gestación y se revisaron códigos CIE 10 y descripción del defecto congénito para identificar aquellos casos de defectos congénitos menores que no cumplían definición de caso.

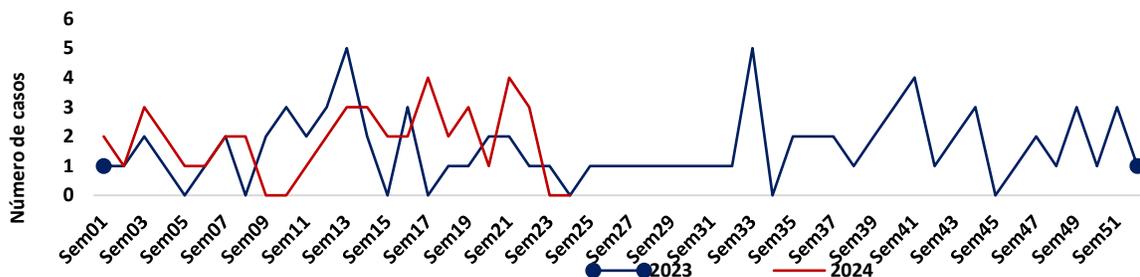
3. Objetivos

El Objetivo del presente informe es establecer la frecuencia y distribución de los defectos congénitos en el departamento de Caldas con corte a SE VI, determinar el comportamiento demográfico y social y establecer los indicadores de seguimiento del evento durante el primer semestre de 2024.

4. Resultados

Hasta la semana epidemiológica 24 PE VI de 2024 se notificaron al Sivigila Caldas 44 casos de defectos congénitos, con un promedio semanal de 2 casos. En las semanas 17 y 21 se reportaron el mayor número de casos (4 cada una). En el mismo periodo de análisis de 2023 se notificaron 36 casos de defectos congénitos. (gráfica 1)

Gráfica 1. Casos de Defectos Congénitos según semana epidemiológica de notificación. Caldas, hasta semana epidemiológica 52, años 2023 y SE 24 2024



Fuente: Sivigila Caldas

En el primer semestre Semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VI de 2024, el 50% (n=22) pertenece a la variable femenino, seguido de el 47,7% (n=21) masculino y 2,3 (n=1) indeterminado; 100% de los casos en la pertenencia étnica “otro”; 59% (n=26)



+57 (606) 8817930 línea gratuita 018000968080



Cra 21 N° 29 - 29 Manizales - Caldas



informacion@saluddecaldas.gov.co



www.saluddecaldas.gov.co

pertenecen al régimen contributivo y 38,6% (n=16) al régimen subsidiado; se registraron en cabecera municipal el 81,8% (n=36) y rural disperso el 18,1 (n=8). (Tabla 1).

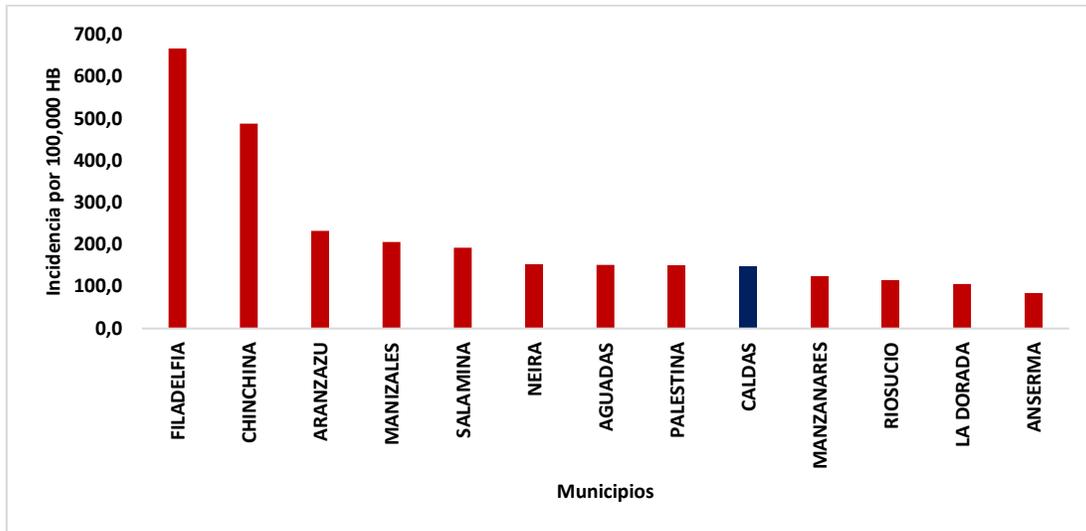
Tabla 1. Variables demográficas y sociales de los casos de Defectos congénitos, Caldas, periodo epidemiológico VI, SE 24 de 2024.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	21	47,73
	Indeterminado	1	2,27
	Femenino	22	50,00
Pertenecía Étnica	Indígena	0	0,00
	Negro, Mulato afro Colombiano	0	0,00
	Otro	44	100,00
	Palenquero	0	0,00
	Raizal	0	0,00
	Rom, Gitano	0	0,00
Tipo de Régimen en Salud	Contributivo	26	59,09
	Especial	0	0,00
	Excepción	0	0,00
	Indeterminado/Pendiente	1	2,27
	No Asegurado	0	0,00
	Subsidiado	17	38,64
Área de residencia	Cabecera Municipal	36	81,82
	Centro Poblado	0	0,00
	Rural Disperso	8	18,18
	Sin Dato	0	0,00

Fuente: Sivigila Caldas

La tasa de incidencia de defectos congénitos en el departamento de Caldas el primer semestre semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VI de 2024 es de 147,2 casos por 10.000 NV; 8 municipios en Caldas a semana 24 superaron dicha cifra. Filadelfia con 666,7 casos por 10.000 nacidos vivos, Chinchiná con 487,8 casos por 10.000 NV, Aránzazu con 232,6 casos por 10.000 NV y Manizales con 205,9 casos por 10.000 Nacidos vivos, son los que muestran mayores incidencias en el departamento. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de defectos congénitos por municipio de residencia, Caldas, a Semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VI de 2024.



Fuente: Sivigila Caldas

En la distribución de los defectos congénitos en los tres grandes grupos: malformaciones congénitas, defectos congénitos sensoriales y defectos congénitos metabólicos, se identifica que el mayor porcentaje corresponde a malformaciones congénitas con 91,3% del total de casos y una prevalencia de 140 casos por cada 10.000 nacidos vivos, los defectos congénitos sensoriales no documentan casos y los defectos congénitos metabólicos documentan 4,3 % de los casos notificados con una prevalencia de 6,7 casos por 10.000 nacidos vivos cada uno (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los defectos congénitos metálicos y malformaciones congénitas, a Semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VI de 2024.

Tipo de defecto Congénito	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Malformaciones congénitas	42	91,3	140,5
Defectos congénitos sensoriales	0	0,0	0,0
Defectos congénitos metabólicos	2	4,3	6,7
Total	44	95,7	147,2

Fuente: Sivigila Caldas

Con respecto a los defectos congénitos metabólicos, se han notificado 2 a Semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VII casos de hipotiroidismo congénito bajo el código CIE 10 E031 (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los defectos congénitos metabólicos, a Semana epidemiológico 24, Periodo epidemiológico VI de 2024.

Defectos metabólicos	Casos	%
Hipotiroidismo congénito sin bocio	2	4,3
Total	2	4,3

Fuente: Sivigila

Dentro del grupo de malformaciones congénitas, que representaron la mayor cantidad del total de casos notificados a Semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VI, el mayor porcentaje se encuentra en los defectos congénitos polidactilia no especificada 13,6%, seguido de síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo con 6,8% (Tabla 5)

Tabla 4. Distribución de las malformaciones congénitas clasificación CIE 10, a Semana epidemiológica 24, Periodo epidemiológico VI de 2024.

Malformaciones congénitas	Código CIE 10	Total	%
Agenesia renal- bilateral	Q601	1	2,3
Agenesia renal- unilateral	Q600	1	2,3
Ausencia- atresia y estenosis congénita del duodeno	Q410	1	2,3
Conducto arterioso permeable	Q250	1	2,3
Dedo(s) supernumerario(s) de la mano	Q690	2	4,5
Displasia renal	Q614	1	2,3
Encefalocele occipital	Q012	1	2,3
Exónfalos	Q792	1	2,3
Fisura del paladar duro con labio leporino unilateral	Q371	1	2,3
Gastrosquisis	Q793	2	4,5
Hidronefrosis congénita	Q620	2	4,5
Holoprosencefalia	Q042	1	2,3
Labio leporino- unilateral	Q369	1	2,3
Malformación congénita de los genitales femeninos- no especificada	Q529	1	2,3
Malformación congénita del sistema nervioso- no especificada	Q079	1	2,3
Otras deformidades congénitas de los pies	Q668	1	2,3
Otras hipospadias	Q548	1	2,3
Otras malformaciones congénitas del Encéfalo- especificadas	Q048	2	4,5
Otros hidrocefalos congénitos	Q038	1	2,3
polidactilia- no especificada	Q699	6	13,6
sindactilia- no especificada	Q709	1	2,3
Síndrome de Down- no especificado	Q909	2	4,5

síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo	Q234	3	6,8
síndromes de malformaciones congénitas que afectan principalmente la apariencia facial	Q870	1	2,3
talipes equinovarus	Q660	1	2,3
Transposición de los grandes vasos del ventrículo derecho	Q201	1	2,3
Trisomía 21- por falta de disyunción meiótica	Q900	1	2,3
trisomía 21- por translocación	Q902	2	4,5
sin información	Sin información	3	6,8
total		44	100,0

Fuente: Sivigila

5. Discusión

Los defectos congénitos durante el primer semestre de 2024 fueron más frecuentes en el sexo femenino (50%), seguido del sexo masculino con (47,73%). En cuanto a la magnitud del evento, la prevalencia nacional preliminar a PE VI de 2024 de malformaciones congénitas fue de 233,9 por 10.000 nacidos vivos (5), La prevalencia para el departamento de Caldas en el primer semestre de 2024 fue 119,0 casos por 10.000 NV.

En la distribución de casos en los tres subgrupos: Defectos Funcionales Metabólicos (DFM) Defectos Sensoriales (DS) y Malformaciones Congénitas (MC), este último grupo representa el porcentaje más alto con 91,3% para el primer semestre de 2024 PE VI semana 24.

Con relación a la incidencia de defectos congénitos por municipio, encuentra que Filadelfia con 666,7 casos por 10.000 nacidos vivos, Chinchiná con 487,8 casos por 10.000 NV, Aránzazu con 232,6 casos por 10.000 NV y Manizales con 205,9 casos por 10.000 Nacidos vivos, son los que muestran mayores incidencias en el departamento.

Las 4 malformaciones congénitas que presentan las tasas de incidencia más elevadas son: polidactilia no especificada y síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo.

Los resultados nos muestran que las mujeres en edades extremas tienen un riesgo aumentado de tener hijos con algún defecto congénito en relación con las mujeres de edades intermedias en donde se encuentran las tasas más bajas. Diversos estudios realizados a nivel mundial han demostrado esta relación entre la edad materna aumentada y el riesgo de defectos congénitos cromosómicos, especialmente con síndrome de Down y otras trisomías (3).

6. Conclusiones y recomendaciones

La notificación al Sivigila del evento de defectos congénitos presentó aumento con respecto al año anterior con 8 casos, con una notificación semanal promedio de 2 casos. Los defectos congénitos fueron notificados en mayor proporción en menores del sexo femenino, pertenecientes al régimen en salud contributivo y pertenecientes a la cabecera municipal con el 81,8%.

Se requiere fortalecer el proceso de notificación en aspectos como la calidad del dato para así mejorar el análisis y seguimiento de los casos, e implementar a partir de una adecuada y completa información estrategias encaminadas a la detección y prevención oportuna de defectos durante la gestación.

A nivel de los entes territoriales se requiere una estrategia efectiva de difusión de la información relacionada con la notificación del evento por parte de las UPDG que permita conocer mejor el comportamiento de este, que incluya acciones de Investigación epidemiológica de campo que permitan la prevención, identificación oportuna y control de los defectos congénitos.

Se debe establecer de acuerdo con la normatividad el tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito, patología con enfoque de problema en salud pública al ser causante de déficit cognitivo irreversible considerándose tratable y prevenible en todas sus consecuencias, en ese sentido las UPGD y las aseguradoras deben establecer de manera perentoria controles y seguimientos para dar cumplimiento a lo dispuesto (8).

7. Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud OMS, Trastornos congénitos. Consultado el 01 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.
- (2) Instituto Nacional de Salud INS Colombia, Informe de evento defectos congénitos, consultado el 01 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DEFECTOS%20CONGENITOS%20PE%20VI%202024.pdf>
- (3) Instituto Nacional de Salud INS. Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública Defectos Congénitos, versión 7 de 25 de junio de 2024. consultado el 01 de agosto de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Defectos%20cong%C3%A9nitos%202024.pdf