

INFORME INTEGRADO SEMESTRE 01, SEMANA EPIDEMIOLOGICA 24 DE LOS EVENTOS DE MATERNIDAD SEGURA CALDAS, 2021: Mortalidad Materna, Morbilidad Materna Extrema, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Carlos Alberto Lepineux Alzate
 Profesional Apoyo Vigilancia Epidemiológica
 Subdirección de Salud Pública
 Dirección Territorial de Salud de Caldas

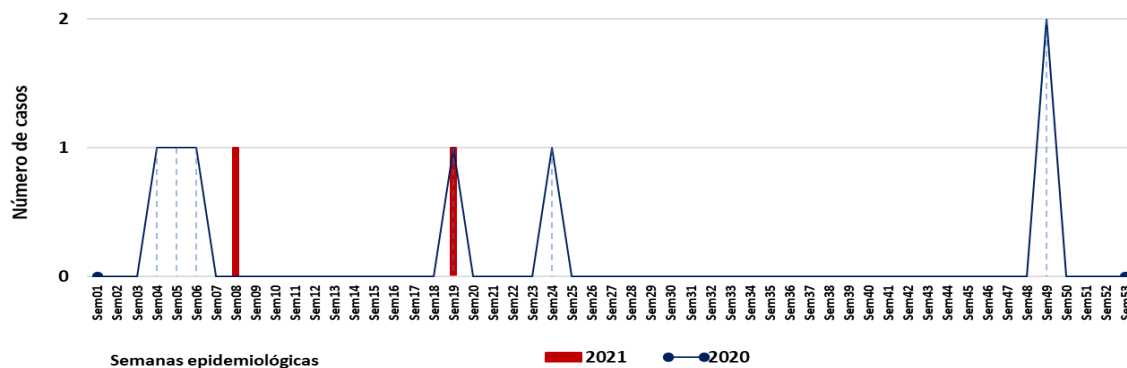
Procesamiento de información y datos:
Mauricio Andrés Arias Hernández

EVENTOS MATERNIDAD SEGURA

Mortalidad Materna

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2021, se ha notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas 2 casos de mortalidad materna, el primero de ellos en la unidad de análisis se clasificó como una mortalidad temprana directa ocurrida en el municipio de Aranzazu. El segundo caso se documentó en el municipio de La Dorada, se trata de una mortalidad materna temprana indirecta, en la unidad de análisis se definió que fue una mortalidad por COVID 19. (Gráfica 1).

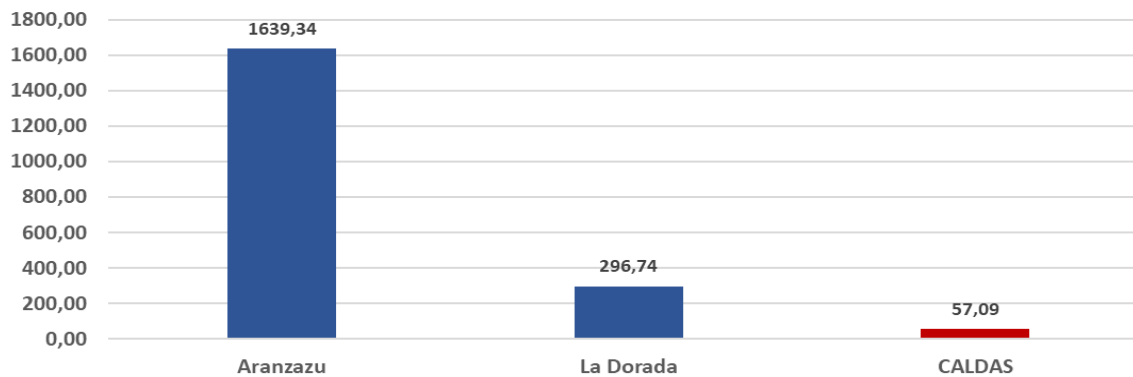
Gráfica 1. Casos de Mortalidad Materna según semana epidemiológica de notificación. Caldas, hasta semana epidemiológica 24 semestre 01, años 2020 - 2021.



Fuente: Sivigila Caldas

La razón de Mortalidad Materna departamental preliminar a semana 24 es de 57,09 casos por 100.000 Nacidos Vivos y 2 municipios en Caldas superan esta cifra departamental. Los municipios con la mayor razón de mortalidad materna preliminar a semana 24 son: Aranzazu con 1639,34 casos por 100.000 Nacidos Vivos y La Dorada con 296,74 casos por 100 000 Nacidos Vivos. (Gráfica 2).

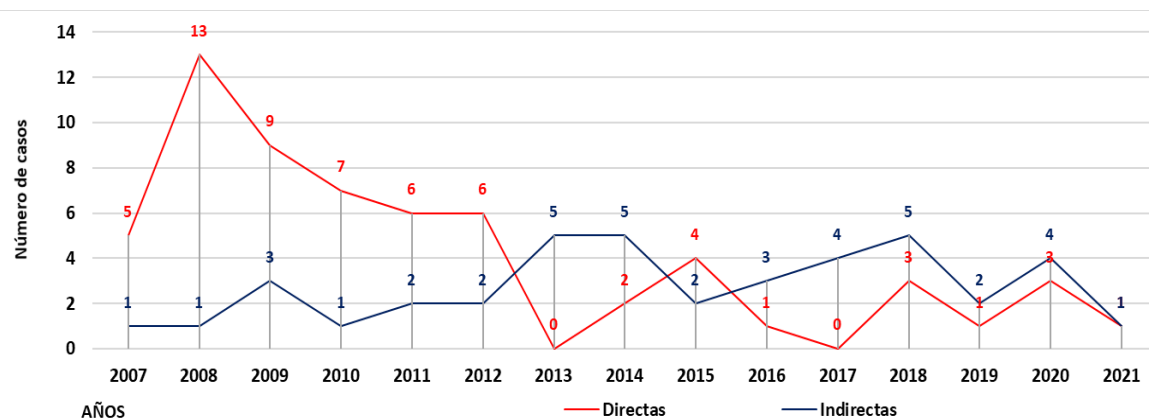
Gráfica 2. Razón de Mortalidad Materna por municipio de residencia Caldas, semestre 01, semana epidemiológica 24 de 2020



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; En los años 2013 y 2017 no se notificaron muertes maternas por causas directas; para el año 2021 hasta la semana epidemiológica 24 se han documentado 2 muertes maternas, 1 temprana directa y una temprana por causas indirectas (Gráfica 3).

Gráfica 3. Tendencia de Mortalidad materna, Directas vs Indirectas, Caldas, comparadas años 2007 a 2021

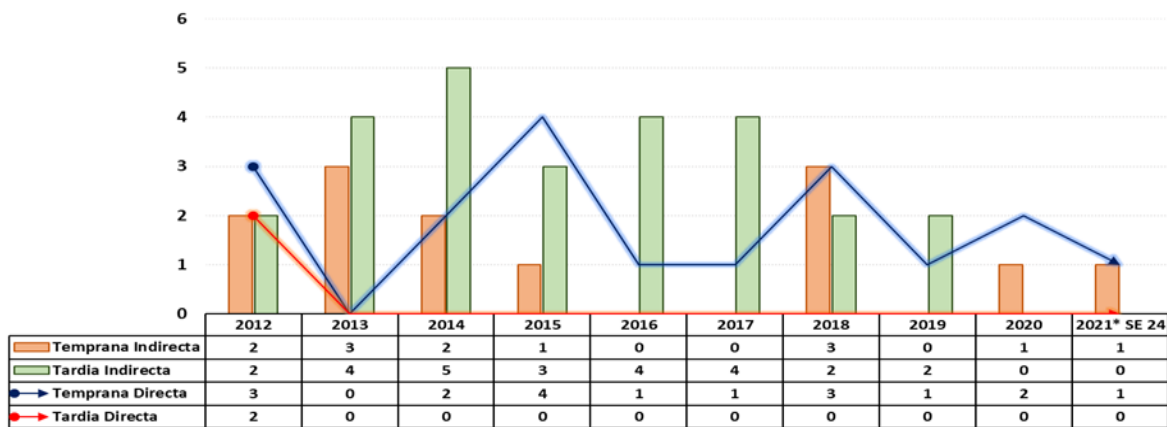


Fuente: Sivigila Caldas

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 obstétrica muestran

un comportamiento que en el año 2015 documentó el pico más alto con 4 casos y el más bajo en el año 2013, 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), muestran la mayor cantidad de casos notificados en el periodo 2012 a 2021, siendo las tardías indirectas las que mayor número de casos aportan en el periodo evaluado (n=26) en el año 2021 a semana 24 se ha reportado 1 caso de muerte Materna temprana directa y 1 caso de mortalidad materna temprana indirecta (gráfica 4)

Gráfica 4. Casos de Mortalidad materna, tempranas y tardías, Caldas, años 2012 a 2021*

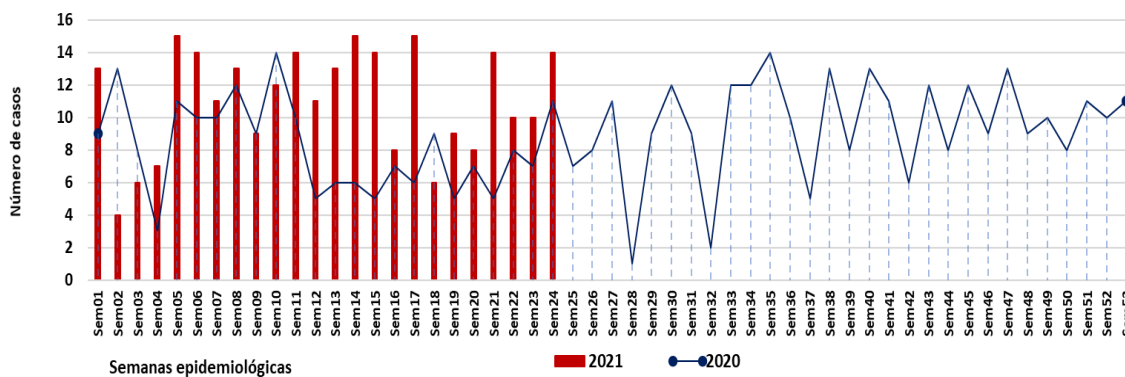


Fuente: Sivigila Caldas *2021 a SE 24

Morbilidad materna extrema

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2021 se han notificado en Caldas 265 casos de Morbilidad Materna Extrema, 14 casos en esta semana y 251 casos de semanas anteriores; en la semana epidemiológica 24 del año 2020 se notificaron 11 casos (Gráfica 5).

Gráfica 5. Notificación de Morbilidad Materna Extrema Caldas, semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2019 y 01 a 24 semestre 01 año 2021



Fuente: Sivigila Caldas

Por residencia Manizales muestra el mayor porcentaje con 41,9% (n=111) de los casos notificados en el departamento, seguido por La Dorada 11,7% (n=31), Villamaria con 8,3% (n=22), Salamina con 4,5% (n=12), Riosucio con 4,2% (n=11), Chinchina 3,4% (n=9) Anserma y Supia con 3% (n=8) cada uno. (Tabla 1).

Tabla 1. Notificación de morbilidad materna extrema por municipio de residencia, Caldas, hasta semana epidemiológica 24 de 2021.

Municipio	Casos	%
Manizales	111	41,9
La Dorada	31	11,7
Villamaria	22	8,3
Salamina	12	4,5
Riosucio	11	4,2
Chinchiná	9	3,4
Anserma	8	3,0
Supia	8	3,0
Aranzazu	7	2,6
Marquetalia	7	2,6
Marmato	6	2,3
Pácora	6	2,3
Palestina	5	1,9
Risaralda	5	1,9
Aguadas	3	1,1
Neira	3	1,1
San José	3	1,1
Belalcázar	2	0,8
Filadelfia	2	0,8
Marulanda	2	0,8
Pensilvania	1	0,4
Viterbo	1	0,4
Total	265	100,0

Fuente: Sivigila Caldas

La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema a semana epidemiológica 24 de 2021, se ha notificado en mujeres residentes en cabecera municipal con 74,3%. Por pertenencia étnica 98,9% de los casos se registró en las mujeres del grupo “otros”. Por grupos de edad 25,7% (n=68) de los casos se notificó en las mujeres de 20 a 24 años y 25 a 29 años. El grupo de edad de 30 a 34 años reporto 15,1%, (n=40). 44,9% las pacientes pertenecían al régimen contributivo y 44,9% pertenecen al régimen subsidiado. Se documentaron 17 casos no asegurados (6,4%) y 9 casos del régimen de excepción (3,4%) (Tabla 2).

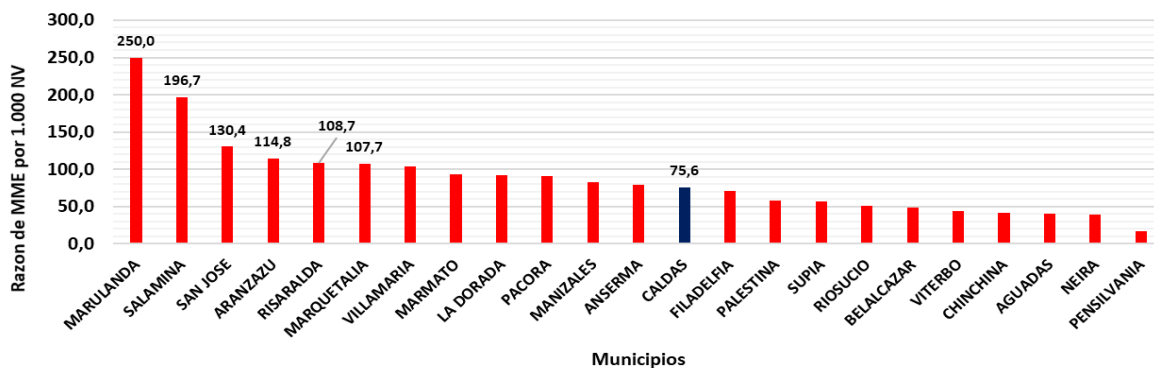
Tabla 2. Variables demográficas y sociales de los casos de morbilidad materna extrema, Caldas, semana epidemiológica 24 de 2021

Variable	Categoría	Casos	%
Pertenencia étnica	Otros	262	98,9
	Indígena	2	0,8
	Raizal	1	0,4
tipo de régimen en Salud	Contributivo	119	44,9
	Subsidiado	119	44,9
	No Asegurado	17	6,4
	Excepción	9	3,4
	Indeterminado/Pendiente	1	0,4
Grupos de Edad	10 a 14 Años	3	1,1
	15 a 19 Años	36	13,6
	20 a 24 Años	68	25,7
	25 a 29 Años	68	25,7
	30 a 34 Años	40	15,1
	35 a 39 Años	36	13,6
	40 a 44 Años	13	4,9
	50 a 54 Años	1	0,4
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal	197	74,3
	Rural Disperso	63	23,8
	Centro Poblado	5	1,9

Fuente: Sivigila Caldas

La razón departamental de Morbilidad Materna Extrema a semana epidemiológica 24 es de 75,6 casos por 1000 Nacidos Vivos y 12 municipios en Caldas superan esta razón. Los municipios con la mayor razón de morbilidad materna extrema a semana 24 son: Marulanda con 250 casos por 1000 NV; Salamina 196,7 casos por 1000 NV, San José con 130,4 casos por 1000 NV; Aranzazu con 114,8 casos por 1000 NV y Risaralda con 108,7 casos por 1000 Nacidos Vivos y (Gráfica 6).

Gráfica 6. Razón de Morbilidad Materna Extrema por municipio de residencia, Caldas, semana epidemiológica 24 de 2021



Fuente: Sivigila Caldas

Por causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta la semana epidemiológica 24 de 2021, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos con 71,7% (n=190) de los casos; las complicaciones hemorrágicas se documentaron con 16,2% (n=43); Sepsis de origen obstétrico 7,9% (n=21); complicaciones del aborto y Enfermedad preexistente que se complica 1,5% (n=4); sepsis de origen no pulmonar 0,8% (n=2) y sepsis de origen no obstétrico 0,4% (n=1) (Tabla 3).

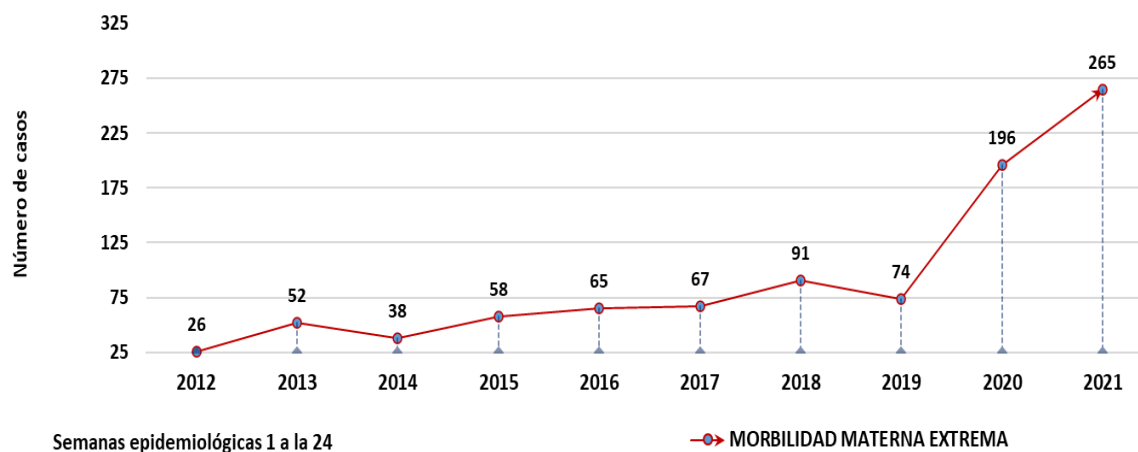
Tabla 3. Morbilidad Materna Extrema por causa principal agrupada Caldas, semana epidemiológica 24 de 2021

Causas Agrupadas	Total	%
Trastornos hipertensivos	190	71,7
Complicaciones hemorrágicas	43	16,2
Sepsis de origen obstétrico	21	7,9
Complicaciones de aborto	4	1,5
Enf. Preexistente que se complica	4	1,5
Sepsis de origen no pulmonar	2	0,8
Sepsis de origen no obstétrico	1	0,4
Total	265	100,0

Fuente: Sivigila Caldas

La Morbilidad Materna Extrema en Caldas evaluada desde el año 2012 al 2021 (hasta semana 24), muestra una tendencia que ha tenido un aumento desde el año 2020; para el año 2021 a semana epidemiológica 24 se han reportado 265 eventos, con aumento de 69 casos con respecto al año 2020 donde se habían notificado 196 (Gráfica 7).

Gráfica 7. Tendencia de Morbilidad Materna Extrema, Caldas hasta la semana epidemiológica 24, años 2012 a 2021



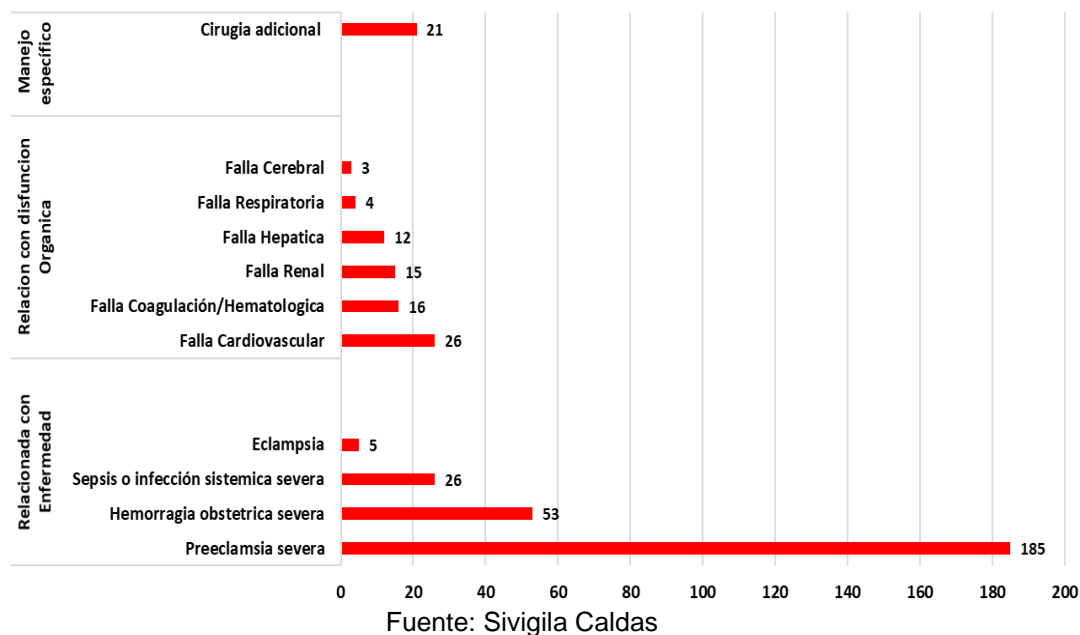
Fuente: Sivigila Caldas

En relación con los criterios de inclusión, el número de criterios que tuvo cada una de las pacientes nos puede dar un indicador de la severidad del evento obstétrico por el que cursó la paciente, 93,2% presentaron uno a dos criterios de inclusión y 5,7% presentó tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo relativo mayor de muerte.

En el grupo de los criterios relacionados con el manejo específico 21 casos (7,9%) necesitaron procedimiento quirúrgico de emergencia o adicional. En el grupo de criterios por disfunción orgánica el mayor peso lo tiene la falla cardiovascular presentándose en 26 casos correspondientes al 9,81%, seguido por la falla de coagulación/Hematológica con 16 casos (6,03%) y falla renal con 5,7% (n=15).

Del total documentado en el primer semestre de 2021, se reportó preeclampsia severa en 185 casos (69,8%); en 53 casos (20%) se reportó Hemorragia obstétrica severa y en 26 casos correspondientes al 9,81% se reportó sepsis o infección sistémica severa. La eclampsia documento 5 casos (1,88%) (Gráfica No. 8).

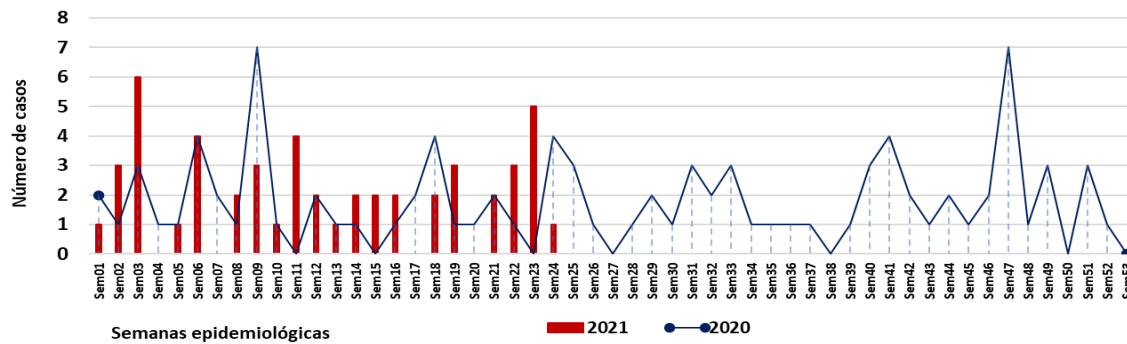
Gráfica 8. Morbilidad materna extrema según criterios de inclusión, Caldas, hasta semana epidemiológica 24 de 2021.



Mortalidad Perinatal y Neonatal.

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2021 se han notificado 50 casos de muerte perinatal y neonatal por municipio de residencia de la madre, 1 caso en esta semana y 49 en las semanas anteriores; en la semana epidemiológica 24 de 2020 se notificaron 4 casos (Gráfica 9).

Gráfica 9. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Caldas, semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2021



Fuente: Sivigila Caldas

Según el momento de ocurrencia 21 casos (42%) corresponden a muertes en anteparto; en prealta en posparto 16 casos (32%), en intraparto 11 casos (22%); y nunca fue a institución de salud en posparto 2 casos (4%) (Tabla 4)

Tabla 4. Mortalidad perinatal según momento de ocurrencia en Caldas, hasta semana epidemiológica 24 de 2021

Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto	Total	%
Anteparto	21	42,0
Prealta en postparto	16	32,0
Intraparto	11	22,0
Nunca fue a institución de salud en postparto	2	4,0
Total	50	100

Fuente: Sivigila Caldas

Por municipio de residencia, hasta la semana epidemiológica 24 de 2021, en Manizales, La Dorada y Riosucio han notificado 50% de los casos del departamento de Caldas. A semana 24 de 2021 por residencia, 17 municipios en Caldas han notificado muertes perinatales y neonatales (Tabla 5)

Tabla 5. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, semana epidemiológica 01 a 24 de 2021

Municipio	Casos	%
Manizales	15	30,0
La Dorada	5	10,0
Riosucio	5	10,0
Aranzazu	3	6,0
Chinchiná	3	6,0
Pensilvania	3	6,0
Aguadas	2	4,0
Belalcázar	2	4,0
Samaná	2	4,0
Villamaría	2	4,0
Viterbo	2	4,0
Anserma	1	2,0
Filadelfia	1	2,0
Neira	1	2,0
Pácora	1	2,0
Palestina	1	2,0
Salamina	1	2,0
Total	50	100

Fuente: Sivigila Caldas.

De los municipios que notificaron mortalidad Perinatal hasta semana 24, la mayor proporción de muertes se documentó en Manizales con 15 casos (30%), La Dorada y Riosucio 10% (n=5).

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2021 el 72% de las muertes perinatales y neonatales se registraron en cabecera municipal y 24% en área rural dispersa; 48% de los casos pertenecen al régimen subsidiado y 40% al régimen contributivo. Se documentaron 5 casos (10%) como No asegurados. 94% se registró en la pertenencia étnica "otro"; 30% (n=15) en hijos de mujeres con edades entre 20 a 24 años y 28% (n=14) en el grupo etario de 15 a 19 años. En relación con el sexo de los productos 56% (n=28) fueron de sexo masculino (Tabla 6).

Tabla 6. Variables sociales y demográficas de los casos de mortalidad perinatal y neonatal, Caldas, semana epidemiológica 1 a 24 de 2021.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	28	56,0
	Femenino	19	38,0
	Indeterminado	3	6,0
Pertenencia étnica	Otro	47	94,0
	Indígena	3	6,0
Tipo de régimen en Salud	Subsidiado	24	48,0
	Contributivo	20	40,0

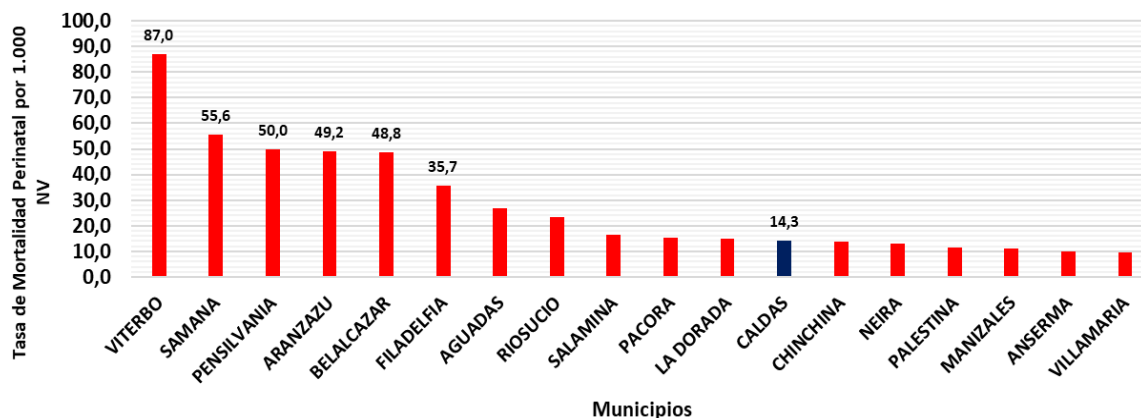
Variable	Categoría	Casos	%
	No Asegurado	5	10,0
	Indeterminado/Pendiente	1	2,0
Grupos de edad	10 a 14 Años	2	4,0
	15 a 19 Años	14	28,0
	20 a 24 Años	15	30,0
	25 a 29 Años	8	16,0
	30 a 34 Años	4	8,0
	35 a 39 Años	5	10,0
	40 a 44 Años	2	4,0
Zona	Cabecera Municipal	36	72,0
	Rural Disperso	12	24,0
	Centro Poblado	2	4,0

Fuente: Sivigila Caldas

La Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en Caldas, medida hasta la semana epidemiológica 27 ha mostrado una tendencia decreciente y estable desde el año 2015 en donde se documentaron 56 casos. Para el año 2020 hasta la semana 27 se han reportado 43 casos por residencia de la madre, 13 casos menos que en la misma semana de 2019. (Gráfica 9).

La tasa de mortalidad perinatal y neonatal del departamento a semana epidemiológica 24 de 2021 es de 14,3 casos por 1000 nacidos vivos; 11 municipios en Caldas a semana 24 superan dicha tasa departamental. Viterbo con 87 casos por 1000 Nacidos vivos, Samaná con 55,6 casos por 1000 NV, Pensilvania con 50 casos por 1000 NV y Aranzazu con 49,2 casos por 1000 NV son los que presentan mayores tasas en el departamento de Caldas (Gráfica 10).

Gráfica 10. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, semanas epidemiológicas 1 a 24 de 2021.

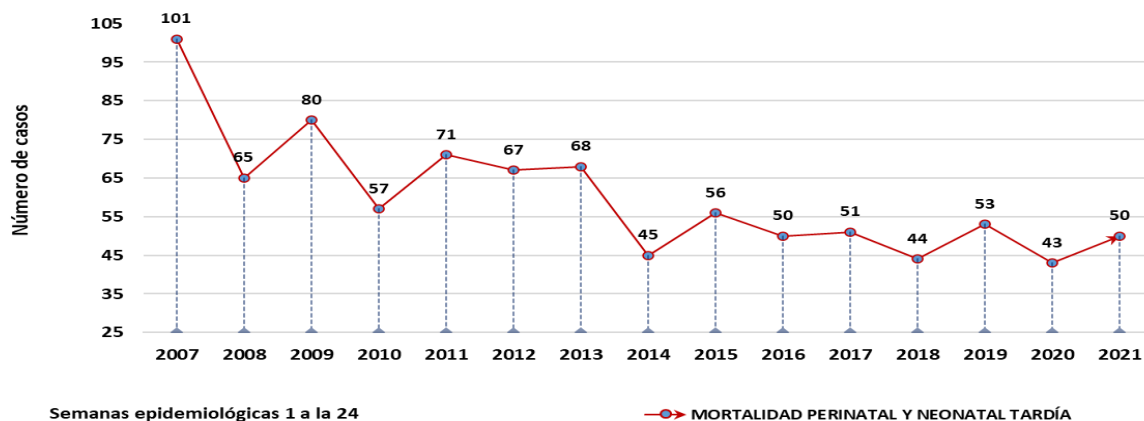


Fuente: Sivigila Caldas

La Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en Caldas, hasta la semana epidemiológica 24 ha mostrado una tendencia estable desde el año 2015 en donde se documentaron 56 casos. Para

el año 2021 hasta la semana 24 se han reportado 50 casos por residencia de la madre, 7 menos que en la misma semana de 2020. El año en que se notificó el mayor número de casos a semana 24 fue en 2007 (n=101) (Gráfica 11).

Gráfica 11. Tendencia de Mortalidad Perinatal, Caldas comparada a semana epidemiológica 1 a 24, 2007-2021



Fuente: Sivigila Caldas.

El análisis por periodos perinatales de riesgo para Colombia se realiza con la definición de cuatro momentos de la muerte:

- Anteparto: Muertes ocurridas durante la gestación y antes del inicio del trabajo de parto.
- Intraparto: Muertes ocurridas entre el inicio del trabajo de parto y la expulsión de la placenta.
- Muertes neonatales tempranas: muertes en el periodo neonatal temprano.
- Muertes neonatales tardías: muertes en el periodo neonatal tardío

En el Departamento de Caldas al realizar el análisis por periodos perinatales de riesgo, el mayor número de casos se encuentran concentradas en los grupos de menos de 1000 gramos de peso y de 1000 a 1499 gramos, casos que se encuentran asociados a problemas de salud materna tanto preconcepcional como gestacional; el grupo de 1500 a 2499 gramos ocupa el segundo lugar, los cuales, generalmente fallecen por problemas relacionados con acceso, oportunidad y calidad de la atención, desde el control prenatal, trabajo de parto y cuidados neonatales; sin embargo, la tasa de incidencia más alta según peso fetal está en los menores de 1000 gramos asociadas a salud materna con 1000 muertes por 1000 nacidos vivos.

La interpretación de las celdas y agrupación para las intervenciones nos reflejan la necesidad de fortalecer las acciones en los componentes de Salud materna y cuidados prenatales ya que son los que aportan las mayores tasas en el evento Mortalidad Perinatal Y Neonatal Tardía.

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; para este grupo la tasa de incidencia es de 9,4 muertes por 1000 nacidos vivos.

En segundo lugar, se encuentran las muertes ocurridas antes del inicio de trabajo de parto relacionado con los cuidados prenatales, localizadas en las celdas de color naranja, las cuales están relacionadas con controles prenatales insuficientes, lo que dificulta la identificación oportuna de factores de riesgo intervenibles y la adecuada clasificación del riesgo de la gestante para brindar el seguimiento necesario. La tasa de incidencia de para este grupo corresponde a 1,1 muertes por 1000 nacidos vivos.

En tercer lugar, se observan las celdas rojas que se relacionan con los cuidados durante el parto, la tasa de mortalidad es de 0,9 por 1000 nacidos vivos.

Las celdas color verde se asocian a los cuidados del recién nacido muestran una tasa de 2,3 muertes por 1000 nacidos vivos.

Las muertes ocurridas después de los siete días de nacimiento localizadas en las celdas de color morado, se encuentran relacionadas con problemas derivados de los cuidados del recién nacido en el domicilio. Para este grupo específico la tasa de mortalidad es de 0,6 por 1000 nacidos vivos. (Tabla 7)

Tabla 7. Periodos Perinatales de Riesgo hasta periodo epidemiológico 24, semestre 01 de 2021 (MATRIZ BABIES)

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	11	7	3	4	25
De 1000 a 1499	6	1	0	1	8
De 1500 a 2499	3	1	4	0	8
De 2500 a 3999	1	2	4	2	9
4000 y más	0	0	0	0	0
Total general	21	11	11	7	50

Fuente: Sivigila Caldas

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

Fuente: Sivigila Caldas

9,4	Salud materna
1,1	Cuidados prenatales
0,9	Atención del parto
2,3	Atención del recién nacido
0,6	Atención del neonato AIEPI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para el primer semestre de 2021 a semana epidemiológica 24, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 2 casos de Muerte materna, lo cual comparado con el mismo periodo epidemiológico de 2020 muestra una disminución de 3 casos (60%), especialmente si se consideran las muertes maternas tempranas directas (relacionadas con el proceso obstétrico y ocurridas hasta los 42 días posteriores al parto).

En relación con las variables sociales y demográficas de los casos de Muerte Materna notificados se encuentra que los 2 casos documentados (100%) se notificaron en la variable “otros” del Sivigila, todas las pacientes estaban vinculadas al SGSSS, al régimen subsidiado.

Los grupos de edad de las maternas fallecidas muestran en las pacientes eran mayores de 35 años, lo que en términos del riesgo las clasifica desde el inicio de su gestación el alto riesgo Obstétrico ARO, siendo esto un factor intervenible desde la oferta y asesoría preconcepcional, este tipo de demora que debe tenerse en cuenta para el análisis de las causas y los planes de mejora desde los programas de Promoción y prevención.

Las causas directas de muerte se presentan en un 50%, Un caso corresponden a Embolismo de líquido amniótico y el otro caso de clasifico como muerte materna por causas indirectas (COVID 19).

Las Variables sociales y demográficas de los casos de Morbilidad Materna Extrema Notificados durante el primer semestre de 2021 muestran que el 98,9% se documentaron en la pertenencia étnica “Otros” y 0,8% (n=2) a Indígenas. De igual forma se encontró que el 6,4% (n=17) de los casos se clasificaron como población no asegurada.

El 23,8% de los casos de MME se registraron por zona de ocurrencia en áreas rurales dispersas, lo que incide de manera notable en la presentación de complicaciones, demoras y mayor cantidad en los criterios de inclusión definidos en la vigilancia de este evento.

El 51,4% de los casos De Morbilidad Materna Extrema se documentaron en mujeres con grupo de edad de 20 a 29 años. Los trastornos hipertensivos con 71,7% y las complicaciones hemorrágicas (16,2%) son las principales causas agrupadas de MME durante el primer semestre de 2021. La literatura coincide con lo reportado en este análisis, donde los trastornos hipertensivos como la preeclampsia y la hemorragia obstétrica son la principal causa de falla de órgano (1- 2 -3).

Las gestantes expuestas a complicaciones obstétricas severas son aquellas que viven en condiciones sociales y económicas bajas, que se refleja en el bajo o nulo acceso a los servicios de salud, especialmente en la etapa prenatal (4, 5,)

La Morbilidad Materna extrema ha mostrado durante el primer semestre de 2021 un aumento inusual en el número de casos reportados, en lo observado hasta la semana 24 se presenta incremento para Caldas, con respecto a su comportamiento para el mismo periodo de tiempo entre 2015-2020.

Con base en lo anterior, es necesario desarrollar las siguientes acciones recomendadas de acuerdo con el comportamiento de la notificación descrito:

- 1- Identificar los factores relacionados con el incremento de la notificación con respecto a los históricamente reportados en el sistema de vigilancia.
- 2- Definir el plan articulador en el departamento con los actores del sistema para garantizar los mecanismos efectivos de respuesta ante emergencias obstétricas para el cumplimiento de la maternidad segura.
- 3- Realizar el seguimiento de las mujeres con MME a cada aseguradora dentro de los lineamientos establecidos para la vigilancia de la MME.
- 4- Realizar seguimiento e implementar las acciones necesarias a los casos de MME sin afiliación al SGSSS, el cual debe estar a cargo de las secretarías de Salud de los municipios de residencia de las pacientes.

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.

En conclusión, la morbilidad materna extrema ha tenido un comportamiento para Caldas hacia el incremento derivado probablemente entre otros, por el fortalecimiento de la vigilancia por los actores del sistema de salud. Los casos de MME notificados durante el periodo epidemiológico I al VI de 2021 reportan que las mujeres mayores de 30 años, indígenas, no afiliadas al sistema de salud tienen una mayor posibilidad de ocurrencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de terminado el embarazo.

En Caldas la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el I semestre 2021 fue de 14,3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, se observa un descenso en el indicador respecto al mismo periodo de 2020, en el que se reportó una razón de 15,3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Así mismo la tendencia del evento desde 2017 muestra una

disminución progresiva debida probablemente a un mejor y oportuno acceso a los servicios de salud y a mejores condiciones de atención a las gestantes y neonatos.

El análisis agregado de la muerte perinatal y neonatal tardía a través de los periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES evidencia que la razón de mortalidad más alta se ubica en las mortalidades con peso nacer menor de 1000 gramos, lo que puede indicar condiciones de desnutrición intrauterina, debida a diferentes aspectos sociales y económicos generalmente desfavorables en los que se transcurre la gestación. De igual forma, se observa que las mortalidades ocurridas tienen una alta relación con la salud de la madre reportando para esta área la razón más alta de mortalidad con 9,4 muertes por 1 000 nacidos vivos, seguido por problemas relacionados con la atención al recién nacido con 2,3 muertes por 1000 nacidos vivos.

Se invita a todas las UPGD que semanalmente revisen la concordancia RUAF – SIVIGILA verificando que se encuentre al 100% para los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía y que las dos bases de datos sean fiables y coherentes tanto en la completitud, como en la calidad de los datos registrados.

El enfoque de la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema debe implementarse como una estrategia preventiva de la muerte materna y perinatal, mediante la detección de mujeres con complicaciones obstétricas con el sistema de alerta temprana SAT que facilita la identificación e intervención oportuna de los riesgos y un seguimiento efectivo que permita evitar la progresión a la muerte.

Ficha técnica:

Este informe describe los casos de los eventos de Maternidad segura: Mortalidad Materna MM, Morbilidad Materna extrema MME, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía MPNT, notificados en SIVIGILA semanalmente con corte hasta la semana epidemiológica 24 de 2021. El análisis incluyó la descripción en persona, tiempo y lugar estableciendo frecuencias absolutas y relativas, análisis de tendencia comparado por años. Las variables presentadas

incluyen las definidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento.

El número de casos, puede variar después de que se realizan unidades de análisis para el ajuste y la clasificación de caso en cada evento.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Barbosa-Rengifo MM, Morales-Plaza CD, Amézquita-Abello MC, Martínez Buitrago DM. Vigilancia de morbilidad materna extrema en una institución de referencia en Cali, Colombia, 2013-2014. Rev colombiana Obstet Ginecol. 2016;67(3):207-214.
- (2) Ghazal-Aswad S, Badrinath P, Sidky I, Safi TH, Gargash H, et al. Severe acute maternal morbidity in a high-income developing multiethnic country. Maternal and child health journal. 2013; 17(3):399–404. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-0984-0> PMID: 22415814.

- (3) Wilson RE, Salihi HM. The paradox of obstetric "near misses": converting maternal mortality into morbidity. *Int J Fertil Women's Med.* 2007; 52(2–3):121–7. PMID: 18320871.
- (4) Karam M, Bustamante P, Campuzano M, Camarena A. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Revista Medicina social [revista en Internet]* 2007 [acceso 3 de junio de 2015]; 2(4):205-211. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf>.
- (5) Breilh, J, Campaña A, Granda E. Regionalización de la calidad de vida y salud materno-infantil. En: Moya A. *Geografía de la salud en Ecuador*. Instituto Panamericano de Geografía e Historia. Quito; 1991. p 91 – 109.