



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

INFORME

MATERNIDAD SEGURA

ANTIOQUIA

Primer semestre 2024p



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

INFORME

MORTALIDAD MATERNA

ANTIOQUIA 2024p.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, revelan que para el año 2020, murieron cerca de 287.000 mujeres durante su embarazo, el parto o antes de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo; El 95% de estas Muertes Maternas tempranas se presentaron en países con bajos ingresos y en gran proporción fueron Muertes Evitables. La Mortalidad Materna es un problema de Salud Pública con un impacto a nivel mundial inaceptable, por el que cada día mueren en el mundo aproximadamente 800 gestantes por complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto (1).

Según la Organización Mundial de la Salud la razón de muerte materna presenta una tendencia decreciente; entre 2000 y 2020 África Oriental, Asia Central, Asia Oriental, África Septentrional y Europa Occidental la disminuyeron en aproximadamente un tercio. Los países menos adelantados disminuyeron en un 50% la razón de mortalidad materna (2).

Estos altos números de Muertes Maternas a nivel mundial son un reflejo de las inequidades en el acceso de la salud y marca las desigualdades en que está inmersa la sociedad, lo que solo es un reflejo de la crisis que afecta la humanidad.

Para reducir este flagelo mundial se han desarrollado múltiples estrategias: entre ellas se encuentran la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, la cual fue puesta en marcha para lograr disminuir la razón de mortalidad materna que para 2010 en las zonas rurales cuatro veces mayor que en las zonas Urbanas. En las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, se tiene planteado reducir la Razón de Mortalidad Materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos (2).

El mayor riesgo de mortalidad materna está relacionado con la edad, las adolescentes menores de 15 años presentan más complicaciones asociadas al embarazo y durante el parto, aumentando significativamente la mortalidad en este grupo de paciente; sumado a esto, se sigue observando que en números absolutos, que la mortalidad materna se concentra mayoritariamente en las zonas del mundo más pobres, con graves problemas en la atención primaria de salud, falta de personal capacitado, ausencia de insumos médicos y métodos modernos de planificación familiar. Todo lo anterior, en una población con inequidades relacionadas con los ingresos, la educación, la raza la etnia aumentan aun más los riesgos de la salud de las maternas (2, 3).

La mayoría de las muertes maternas (99%) corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Las causas continúan



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

siendo predominantemente directas: el 75% de las muertes son debidas a hemorragias, trastornos hipertensivos, sepsis, obstrucción del parto y aborto inseguro (4).

En Colombia, la salud materna ha sido una de las prioridades en salud pública, se ha fortalecido con la implementación de herramientas de gestión y operativas incluyendo intervenciones costo efectivas para evitar las muertes maternas y las complicaciones obstétricas, a pesar de ello, los resultados siguen siendo insuficientes y las usuarias se enfrentan a barreras administrativas, geográficas, sociales y culturales lo que impide el acceso a servicios de salud con calidad.

Según reportes del Instituto Nacional de Salud (INS) en Colombia, durante el año 2023 a periodo epidemiológico 13, fueron notificadas 224 muertes maternas, que corresponde a una razón de 36,8 MM por cada mil NV, ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación. Una cifra alarmante teniendo en cuenta que la mayoría de estas muertes son potencialmente evitables.

No obstante, este resultado está lejos de cumplir las expectativas respecto a la pendiente esperada para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible. Según la OMS, en el segmento del 2000 al 2017 Colombia Alcanzó una reducción total de solo el 11.7%. De hecho, los pronósticos muestran que la reducción podría alcanzar en el año 2030 a una cifra cercana a tan solo 35 muertes por 100.000 NV.

En el departamento de Antioquia durante el 2023 se presentaron 19 casos de muertes maternas tempranas, con una razón de mortalidad materna de 27 muertes por 100.000 NV, de estas muertes el 58% corresponden a muertes directas con 11 casos, el 42% restante fueron debido a las muertes maternas indirectas con 8 casos, que corresponden aquellas muertes obstétricas que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (6) .

Se conoce por las estadísticas de las Naciones Unidas, que el 98 % de las muertes maternas son evitables con buen uso de conocimientos y tecnologías existentes; además reporta que el 97 % de los partos en Colombia, son atendidos por instituciones de salud, y no en casas o centros diferentes. A pesar de esta afirmación, se siguen presentando cifras muy elevadas de mortalidad materna, al comparar a Colombia con el mundo, y al interior de las regiones colombianas. La ocurrencia de este evento representa un alto costo para la familia y la sociedad en general, lo que refleja las inequidades sociales y económicas de



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

la mujer en sus entornos; dado que ellas tienen una gran carga emocional y de salud; donde se refleja una vulneración de los derechos humanos y un impacto inmediato y a largo plazo.

Por lo anterior, fue necesario, tanto en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, como en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, desarrollar un plan específico de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, que permitiera superar los determinantes de estas inequidades territoriales y ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Describir el comportamiento epidemiológico del evento de Mortalidad Materna (MM), en el departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024 semana 24.

1.2. Objetivos específicos

- Realizar la caracterización sociodemográfica de la Mortalidad Materna, en el departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024 semana 24..
- Identificar las variables de persona, tiempo y lugar de los casos Mortalidad Materna, notificadas en SIVIGILA, identificando los factores determinantes de los casos para el primer semestre del 2024 semana 24.
- Identificar las subregiones y los grupos poblacionales con los mayores riesgos para la salud materna, en el Departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024 semana 24.
- Evaluar los indicadores del protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el evento Mortalidad Materna.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. Definición de casos

Defunción materna temprana: “se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (9).

Defunciones obstétricas directas: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (9).

Defunciones obstétricas indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (9).

Defunción materna tardía: Una defunción materna tardía es la 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 (9).

Defunción relacionada con el embarazo: Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (9).

Muertes maternas producidas por causas coincidentes: Muertes que ocurren durante el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, ataque, agresión, violación, lesiones accidentales, uso de hierbas medicinales, entre otros (9).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBW): plataforma desarrollada con el fin de sistematizar la información casi en tiempo real, de manera activa y prospectiva de las muertes en mujeres de 10 a 54 años, para detectar muertes maternas, tardías y coincidentes con el embarazo.

Tiene como propósito identificar los casos, recolectar los datos, analizar la información y hacer recomendaciones de todas las muertes maternas ocurridas en los municipios seleccionados, y transferir de manera electrónica los datos y las recomendaciones en todos los niveles del sistema de salud. El sistema está compuesto por siete módulos y dos submódulos, armonizados dentro del ciclo de la vigilancia de la mortalidad materna de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (10)



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Módulo 1 – Listado de muertes de mujeres de 10 a 54 años: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de identificación de casos.

Submódulo 1 - seguimiento a la notificación: corresponde al reporte negativo cuando no se presenten casos de muertes de mujeres de 10 a 54 años y como módulo de seguimiento al cumplimiento a la notificación.

Submódulo 2 - ingreso por otras fuentes: permite realizar el ingreso y la notificación de casos confirmados, cuando no se cuente con el certificado de defunción de la muerte.

Módulo 2 –Notificación de muertes maternas: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de notificación de casos de casos confirmados.

Módulo 3 – Hoja de verificación de embarazo: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de identificación de casos.

Módulo 4 a — Entrevista familiar: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recolección de datos del caso de muerte materna confirmada.

Módulo 4 b — Autopsia verbal: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recolección de datos del caso de muerte materna confirmada.

Módulo 5 — Resumen de la atención clínica de la mujer fallecida: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recolección de datos del caso de muerte materna confirmada.

Módulo 6 - resumen de caso e informe técnico: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de análisis.

Módulo 7 - plan de acción: módulo que corresponde al ciclo de vigilancia en el componente de recomendaciones y acciones

2.2. Definición de Indicadores

Razón de mortalidad materna: Se define como el número de casos de muerte materna que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días en un periodo dividido por el



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

número de nacidos vivos en el mismo periodo y multiplicado por 100.000 nacidos vivos. Estima el riesgo de morir a causa de problemas relacionado con el embarazo, parto y postparto en una región (9).

Porcentaje de casos sospechosos de Mortalidad Materna: Evalúa la proporción de casos sospechosos en el sistema sin definir clasificación final” (9).

Oportunidad en la notificación semanal de la muerte materna: “Indica el cumplimiento en la oportunidad de la notificación departamental de cada caso de muerte materna”. Corresponde al tiempo transcurrido entre la fecha de defunción y la notificación del caso al Sivigila (9)

Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF): Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte materna en lo relacionado a la concordancia de información con las Estadísticas Vitales. Su definición operacional es el número de casos de Mortalidad Materna notificados al SIVIGILA, sobre el total de casos de Mortalidad Materna certificados por estadísticas vitales en el RUAF y su coeficiente de multiplicación es por 100 (9). La meta corresponde a un 100% de concordancia.

Porcentaje de muertes maternas con causa básica de muerte bien definida: refleja la calidad del dato ingresado en el Sivigila de la variable causa básica de muerte (temprana. Tardía, coincidente)

Porcentaje de casos con informe técnico completo en el tiempo establecido: refleja el cumplimiento en el proceso de vigilancia epidemiológica de cada caso de muerte materna temprana en el tiempo establecido (45 días posteriores a la notificación)

2.3. Fuentes de Información

Para la vigilancia del evento de Mortalidad Materna del primer semestre del 2024 a la semana 24, se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBW).
- La revisión de los archivos planos del SIVIGILA del evento 550 “mortalidad materna”.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

- La base de datos de defunciones que el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) con los registros de mujeres de 10 a 54 años.
- La base de datos de nacidos vivos (NV) del DANE que estuvo disponible para el cálculo de los datos fue la base oficial del primer semestre del 2024 a la semana 24

El protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna establece que la notificación individual de casos confirmados y dudosos se debe realizar a partir de la BAI diaria en el grupo de muertes en mujeres de 10 a 54 años, a partir de los registros de las estadísticas vitales (RUAF o certificados de defunción en físico) utilizando la herramienta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web SVEMMBW (10).

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), son las responsables de captar y notificar de forma inmediata a través del SVEMMBW, la presencia del evento, de acuerdo con las definiciones operativas de caso contenidas en el protocolo; la fuente primaria para la identificación y notificación son los datos básicos obtenidos del certificado de defunción. Con el fin de garantizar la identificación del 100% de los casos también se realiza la revisión de los archivos planos del SIVIGILA del evento 550 “mortalidad materna”

Otra fuente de información para la identificación de casos es la notificación inmediata realizada por las Secretarías locales de Salud, por las Empresas Sociales del Estado y por las Instituciones de Salud de los diferentes municipios del departamento de Antioquia, quienes a través de correos electrónicos y/o llamadas telefónicas informan de la ocurrencia de los casos, así como la vigilancia epidemiológica comunitaria.

2.4. Análisis de los datos

Para el análisis de la información se emplearon métodos descriptivos tipo frecuencias absolutas y relativas, se calcularon indicadores de acuerdo con la especificación del INS.

3. HALLAZGOS

A continuación, se presentan de manera detallada los principales hallazgos en la Vigilancia Epidemiológica del evento de Mortalidad Materna en el departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024 a la semana 24

3.1 Identificación de Casos



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

3.1.1 Datos de interés en salud publica

La vigilancia del evento de Mortalidad Materna se analiza desde diferentes causas, como se define en el protocolo de Mortalidad Materna código 550 del Instituto Nacional de Salud entre las que se encuentran: Las causas Externas, las cuales son ajenas a lo relacionado con la gestación y el parto, atribuibles a hipoxia, choque hipovolémico, herida por proyectil y quemaduras múltiples. La mortalidad materna tardía, es la muerte de una mujer por causas obstétricas, directas o indirectas, pero después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo. En el departamento de Antioquia para el primer semestre del año 2024, semana epidemiológica 24, la notificación en SIVIGILA de Muertes Maternas tardías es de un 38,5%. Mientras que a las muertes maternas tempranas se les atribuye un 58%; y el 2,7% restante corresponde a las muertes coincidentes, aquellas que ocurren durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente de tránsito, ataque, agresión, violación, lesiones accidentales, uso de hierbas medicinales, entre otros. (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación, frecuencia y porcentaje de la Mortalidad Materna en Antioquia SE 24, 2024.

Clasificación	Casos	%
Muerte coincidente	2	15,4%
Muerte materna tardía	5	38,5%
Muerte materna temprana	6	46,1%
Total	13	100%

Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024.

En lo relacionado con la clasificación de la Mortalidad Materna Temprana en el departamento de Antioquia, están subdivididas en dos grupos, las defunciones obstétricas directas y las defunciones obstétricas indirectas, entendiéndose las directas como las que resultan de las complicaciones directas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), para el primer semestre del año 2024, semana epidemiológica 24, se presentaron un total de 7 muertes maternas tempranas; conciernen a las directas el 57% con 4 casos y a las muertes maternas indirectas



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

el 43%, con 3 casos, que corresponden aquellas muertes obstétricas que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Lo anteriormente detallado se puede evidenciar en la (tabla 2). Se aclara que de las 3 causas de muerte materna temprana hay una con clasificación indeterminada, ya que en la unidad de análisis realizada no se pudo clasificar y fue remitida al INS para valoración.

Tabla 2. Clasificación, frecuencia y porcentaje de la Mortalidad Materna Temprana. Antioquia SE24, 2024.

Clasificación	Casos	Porcentaje
Directa	4	57%
Indirecta	3	43%
Total	7	100,0%

***1 caso de MMT indeterminada**

Fuente: SIVIGILA Antioquia SE2, 2024.

3.1.2. Razón de Mortalidad Materna (RMM), por subregión de residencia. Antioquia, SE 24, 2024p

En la (Gráfica 1), se observa la tendencia de la Razón de Mortalidad Materna en el Departamento de Antioquia, del primer semestre del año 2024, periodo 6, semana epidemiológica 24, teniendo en cuenta para ellos la clasificación por subregiones.

Se evidencia en la Subregión de Nordeste una RMM de 43,9 siendo la mayor, seguido de Suroeste con una RMM de 38,4; le sigue en mayor número de razón de mortalidad, la Subregión del Valle de la Aburrá; que, en el año 2023, que presentó una RMM de 38,0. Se destaca la subregión de Magdalena Medio, en la cual no se han presentado casos de MM en los años 2021, 2022, 2023 y 2024

De lo anterior se puede inferir que, a estas RMM, que el Departamento de Antioquia es muy amplio, el cual se encuentra dividido políticamente en 9 subregiones, compuestas totalmente por 125 Municipios incluyendo el área metropolitana del Valle de Aburrá, donde



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

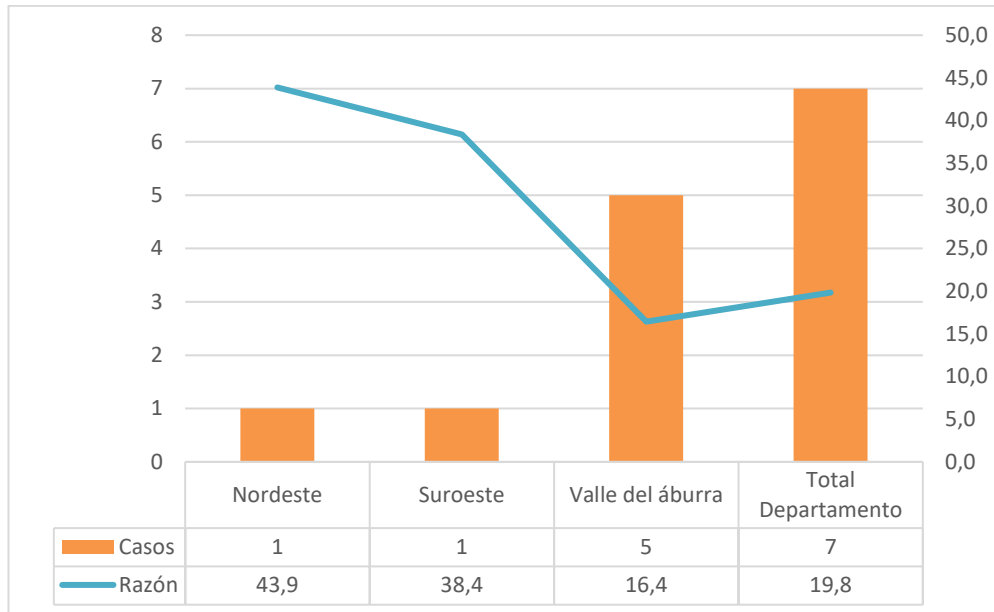


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

por su extensión geográfica, se presenta dificultad en el acceso geográfico, encontrándose zonas rurales dispersas muy distantes de las diferentes cabeceras municipales y principalmente de su capital.

Gráfica 1. Razón de Mortalidad Materna (RMM), por subregión de residencia. Antioquia, SE 24, 2024.



Fuente: SIVIGILA Antioquia

La Mortalidad Materna según grupos de edades en el Departamento de Antioquia, el grupo de edad que aporta mayor numero caso de estas muertes es el rango de edades de 30 a 34 años, con un 32,9%, correspondiente a 3 casos, seguido el rango de edades de 25 a 29 años con un 28,6% lo que corresponden a 2 casos para cada grupo de edad. En este periodo se presenta una muerte materna temprana en menor de 19 años.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



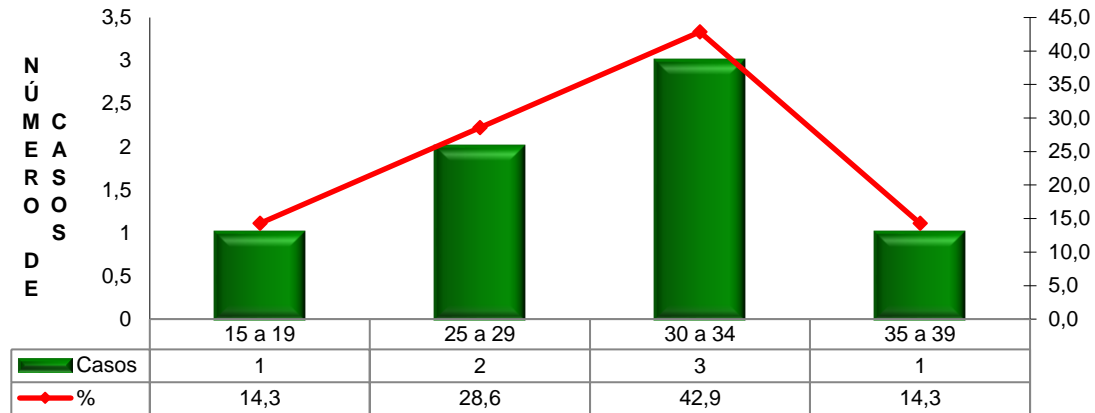
SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Gráfica 2. Razón de Mortalidad Materna, según grupos de edad. Antioquia, SE 24, 2024.

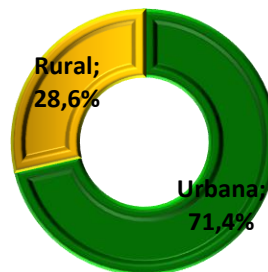


Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024.

En la distribución porcentual de la Mortalidad Materna, según área de residencia, para el Departamento de Antioquia en el primer semestre de 2024, SE24, se puede observar, como lo muestra la (Gráfica 4), que en el área Urbana, es el lugar donde ocurrieron el mayor número de dichas muertes, con un 71,4% (5 casos), seguido del rural con un 28,2% (2 casos); de lo anterior se debe inferir que las maternas, ante cualquier signo y síntoma que ponga en riesgo el bienestar del binomio madre e hijo se desplaza a recibir atención médica hacia la cabecera municipal o el centro poblado y también estas zonas al ser espacialmente más grandes, tienen mayor número de habitantes por metro cuadrado.

3.1.3. Indicadores socio demográficos

Gráfica 3. Distribución porcentual de la Mortalidad Materna según área de Residencia. Antioquia SE 24, 2024



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

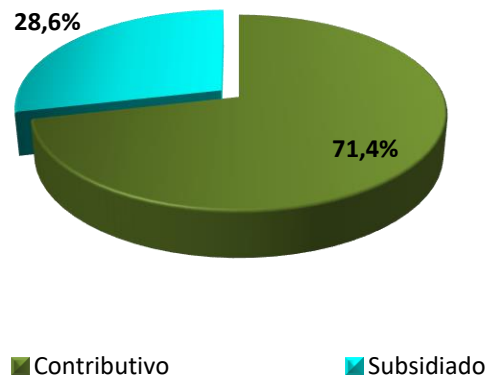


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En relación con la Distribución de las Muertes Maternas ocurridas en el Departamento de Antioquia, según el tipo de régimen del Sistema de Seguridad Social durante el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24, la (Gráfica 5) nos muestra que el mayor número de casos se presentó en el régimen contributivo con el 71,4%%, lo que corresponde a 5 casos, seguido del régimen subsidiado con un 28,6% correspondiente a 2 casos. Es de resaltar que no se presentaron MM en gestantes PNA, lo que puede relacionarse con una adecuada gestión del aseguramiento.

Gráfica 4. Distribución porcentual de los casos de Muerte Materna por régimen de afiliación, SE 24. Antioquia 2024



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024

La (Gráfica 6), nos permite observar cómo se distribuyó el porcentaje de casos de Muertes Maternas en relación con los grupos étnicos en el departamento de Antioquia para el primer semestre de la año 2024 semana 24, donde el mayor porcentaje se encuentra localizado en el en la categoría otro, pero no se describe con exactitud a que grupo poblacional o etnia pertenece; lo cual le corresponde un 85,7%, seguido de la población indígena con el 14,3%, es decir, 1 casos. Llama la atención en el análisis de estos datos que la población atendida en relación a la etnia (Indígena y Afro) no se está reportando según la clasificación de la población, por lo que se debe lograr el fortalecimiento de la atención diferencial.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



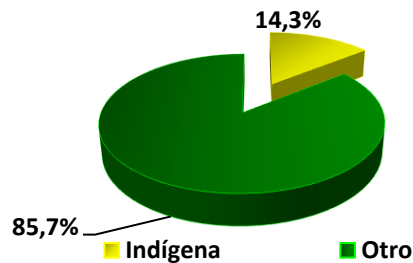
SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Gráfica 5. Distribución Porcentual de los casos de Muerte Materna por etnia. Antioquia SE24, 2024.



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024.

En la proporción de muertes maternas notificadas de forma oportuna (Grafico 8) durante el primer semestre del 2024 SE 24, podemos observar que las subregiones de Nordeste y Suroeste realizaron la notificación oportuna del evento al 100%, es de resaltar que la subregión del Valle de Aburrá presentó un número considerable de casos con una oportunidad en el 83%

La proporción departamental de notificación oportuna para los casos de MM en SIVIGILA se encuentra en cumplimiento de un 86% equivalente a 6 casos; se resalta de este proceso el acompañamiento permanente del ente departamental a los entes municipales para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del evento en busca de garantizar la notificación oportuna y el seguimiento a la calidad del dato.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



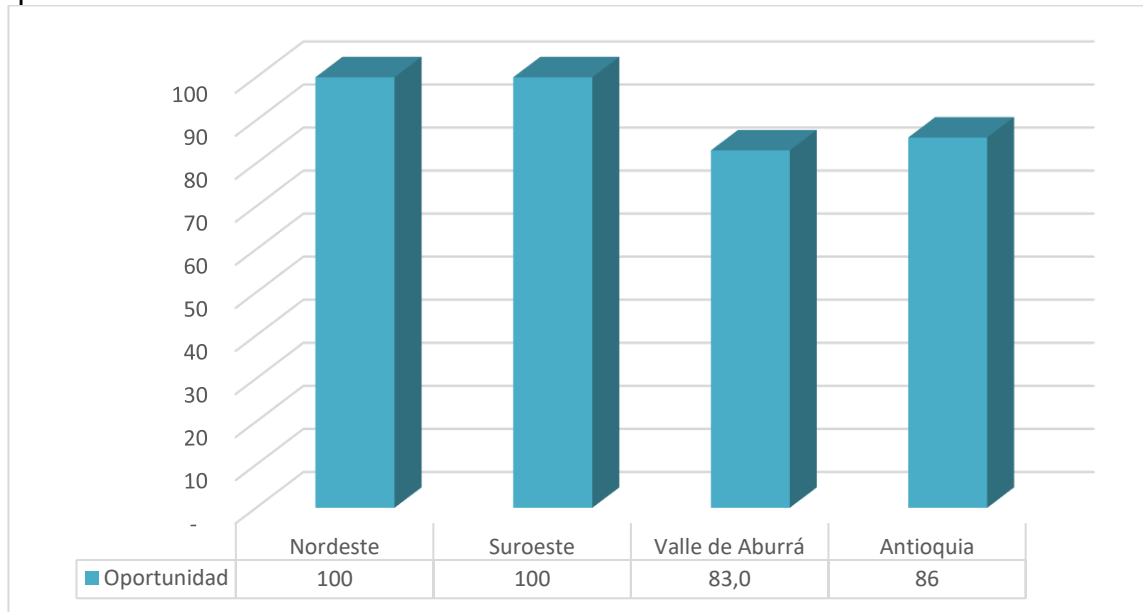
SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Gráfica 8. Porcentaje de oportunidad en la notificación de Muerte Materna por Subregión Antioquia 2023



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024

En cuanto a la concordancia de casos de Muerte Materna, SIVIGILA/ estadísticas Vitales (RUAF) por subregiones Antioquia primer semestre de 2024 SE24 (Tabla 3) presentan porcentaje de cumplimiento del 100%, lo que evidencia el acompañamiento permanente en asistencia técnica y seguimiento nominal de cada uno de los casos. Se aclara que a pesar que el 100% esta notificado a la semana 24, solo el 85% de los pacientes tuvo la notificación oportuna.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Tabla 3. Concordancia de casos de muerte materna: SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF) por Subregiones Antioquia SE4 2024

Municipio	Número de casos de Mortalidad Materna notificados al SIVIGILA.	Total de Casos de Mortalidad Materna certificados por estadísticas vitales en el RUAF.	%
BAJO CAUCA	0	0	0
MAGDALENA MEDIO	0	0	0
NORDESTE	1	1	100
NORTE	1	1	100
OCCIDENTE	0	0	0
ORIENTE	1	1	100
SUROESTE	2	2	50
URABA	0	0	100
VALLE DE ABURRA	8	8	100
Total	13	13	85

El 83% de los 7 casos notificados como mortalidades maternas tempranas cuentan con la unidad de análisis, pero solo el 29% de estas unidades de análisis fueron notificados en los tiempos establecidos



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

4. DISCUSION

- Las subregiones con el mayor número de casos corresponden a: Nordeste, Suroeste y Valle de Aburrá.
- La principal causa de muerte materna en el primer semestre de 2024 a la semana epidemiológica 24 fueron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo
- El plan departamental de aceleración para la reducción de la muerte materna, se consolida como una herramienta en proceso de implementación para establecer estrategias que permitan lograr el objetivo de reducir la mortalidad evitable en todo el territorio antioqueño.

5. RECOMENDACIONES

- Fortalecer los vínculos interinstitucionales para lograr atenciones integrales e integradas en la Ruta Materno Perinatal.
- Intensificar las acciones para implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.
- Fortalecer las acciones de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, especialmente el módulo de gestantes para lograr un impacto positivo en la MME y en la MM.
- Implementar una herramienta para el cálculo de los indicadores de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal que a su vez facilite el monitoreo y seguimiento de los mismos.
- Socializar los indicadores priorizados de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.
- Fortalecer la articulación de acciones entre el ente departamental y municipal de acuerdo con sus competencias, en cada uno de los niveles de gestión para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud y los indicadores de resultados.
- Dar continuidad a las asesoría y asistencia técnica en el protocolo y manejo de los diferentes sistemas de información con el fin que se pueda tener una mayor concordancia y fluidez de los datos.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

- Fortalecimiento y continuidad de la Estrategia de Servicios Amigables para adolescentes para impactar significativamente para intervenir el embarazo en adolescentes.
- Acompañar desde el ente territorial en articulación con todos los actores del sistema en la implementación de las 6 líneas estratégicas enmarcadas en el plan departamental para la reducción de la mortalidad materna.

LIMITANTES

- En algunos de los casos no hay concordancia en las fuentes de información de notificación (SIVIGILA, RUAF y en el SVEMMBW), especialmente en los casos de Muerte Materna tardías lo cual afecta la calidad del dato, por lo que se encuentran en proceso de revisión 3 MM notificadas durante el año 2024 que corresponden a casos de 2023.
- Los casos que son notificados por otro departamento no se logra tener la base de datos de RUAF lo que dificulta el cruce de información y cálculo de indicadores tal como el de concordancia.
- Cuando se presentan casos de muertes maternas tardías o externas los profesionales de la salud desconocen el protocolo lo que se hace que se dificulte el registro en las diferentes fuentes de información y el análisis.
- El talento humano desde la SSSA, es insuficiente para la vigilancia epidemiológica del departamento y la implementación de acciones de programa para el fortalecimiento en el plan de aceleración de respuesta a la Mortalidad Materna.
-

Elaboró:

- Luz Yaneth Becerra Salazar
Médico epidemióloga, maternidad segura SSSA
- Edison Giraldo
Gerente De Sistemas De Información En Salud SSSA.

Revisó y Aprobó

Amparo Liliana Sabogal
Funcionaria Referente Vigilancia epidemiológica



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
2. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimaton (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015.
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Mortalidad materna. Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión del protocolo versión del 26 de abril de 2024
6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web: guía epidemiológica. Bogotá D.C.: INS; 2011.92 p.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

INFORME DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA ANTIOQUIA, SE 24, 2024p.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal y neonatal tardía es un problema en salud pública por ser considerado un indicador de desarrollo económico y de la calidad de vida de las gestantes y sus familias, así como de los servicios de salud en términos de acceso, cobertura y la calidad de atención. Este marcador permite analizar los años de vida perdidos debido a muerte prematura (AVPP) y medir el estado de salud de los productos de la gestación durante la vida intrauterina y extrauterina (Álzate, 2019). En este sentido, la mayoría de los factores atribuibles a este evento son evitables, y las causas relacionadas con los determinantes biológicos pueden ser controladas a través de la predicción de ciertas complicaciones desde la preconcepción, atención prenatal, durante parto y en el seguimiento del recién nacido hasta los 28 días de vida postnatal que exigen de diagnóstico oportuno y seguimiento. La oportunidad de supervivencia también está influenciada por los factores maternos, ambientales, sociales, genéticos además de la atención en los servicios de salud teniendo un origen multicausal. Según La Organización Mundial de la Salud en el 2022 murieron en todo el mundo 2,3 millones de niños en el primer mes de vida y se producen cerca de 6500 defunciones en recién nacidos ocurren diariamente. (SALUD, 2020).

Desde que en 1990 se empezó a trabajar en todo lo relacionado con la supervivencia infantil en el mundo, se ha presentado una disminución de la mortalidad neonatal de 5 millones en 1990 a 2,3 millones en 2022. La probabilidad de supervivencia de los menores, depende del lugar donde nacen tal es el caso, que el riesgo de morir en los primeros 28 días de vida para un recién nacido es aproximadamente 60 veces mayor en países con tasa de mortalidad alta como es el caso de África Subsahariana.

Los estudios reportan que los países de ingresos bajos y medios no solo cuentan con un sistema de salud con baja capacidad resolutive en zonas urbanas y rurales, sino también con pocas oportunidades de empleo y educación para elevar la calidad de vida de su población. Por ende, a pesar de los esfuerzos institucionales y gubernamentales, los cambios en las respuestas en salud no son significativos en comparación con países desarrollados.

Para Colombia, la salud materna e infantil se ha priorizado en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) a través de la Ruta de Atención Integral en salud



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

materno perinatal, y en otras políticas públicas creadas a partir de los compromisos adquiridos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde la buena salud es esencial y tiene por objetivo lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y eficaces para todos.

En Colombia, según los indicadores básicos, se cuenta con una Razón de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía a 42 días de 11,4 por cada 1000 NV, lo que significa una reducción del 18,6% respecto al año 2022. Según la causa de muerte en los periodos perinatal y neonatal tardío se observó que la prematuridad y la asfixia y las causas relacionadas tienen las razones más altas (2,6 casos por 1000 nacidos vivos), seguido de infecciones (2,6 casos por 1000 nacidos vivos) y malformaciones congénitas (2,6 casos por 1000 nacidos vivos)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Describir el Comportamiento Epidemiológico del Evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía, en el Departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar la Caracterización Sociodemográfica de la Muerte Perinatal y Neonatal Tardía, en el Departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24.
- Identificar las variables de persona, tiempo y lugar de los casos Muerte Perinatal y Neonatal Tardía, notificadas en SIVIGILA, identificando los factores determinantes de los casos para el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24.
- Identificar las Regiones y los grupos poblacionales con los mayores riesgos para la salud materna, en el Departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24.
- Evaluar los indicadores del protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el evento Muerte Perinatal y Neonatal Tardía, durante el primer semestre del 2024, SE 24.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

3. MATERIALES Y METODOS

La fuente de información se obtiene por medio de la notificación individual semanal de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del evento 560 – mortalidad perinatal y neonatal tardía del primer semestre, semana epidemiológica 24 del año 2024, realizada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) a nivel nacional, las cuales identifican y configuran el caso, de acuerdo a los criterios clínicos establecidos para el evento:

- Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.
- La muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta mortalidad se divide en: 1) muertes neonatales tempranas: son las ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días), 2) muertes neonatales tardías: son las ocurridas después de los 7 días completos hasta los 28 días de vida (7-28 días).

La información notificada se somete a un proceso de depuración, verificando completitud y consistencia. Se realiza análisis de los casos residentes en Antioquia, se realiza validación y filtrado de los datos, no se tienen en cuenta aquellos notificados con ajuste D y 6, es decir los casos que por error se notificaron o que no cumplían los criterios clínicos para mortalidad perinatal y neonatal tardía, y se descartaron; para los casos repetidos se tuvo en cuenta el registro de la institución que certificó la muerte en RUAF verificando si el registro correspondía a un embarazo simple o múltiple. Por último, se recodificaron variables como la edad de la madre y el peso del menor fallecido.

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 01 hasta el 6 del año 2024 (semana epidemiológica 24).

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 unas celdas, las cuales permiten analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

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.

3.1. Definición de casos

Caso confirmado por clínica

- **Muerte perinatal:** Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete después del nacimiento.
- **Muerte neonatal:** días es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en:
- **Muertes neonatales tempranas:** ocurren durante los primeros 7 días de vida (0 a 6 días)
- **Muertes neonatales tardías:** Ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).

Caso descartado

- Es el caso que no cumple con los criterios establecidos para la definición operativa del caso
 - Ajuste 6:** Caso que no cumple con definición operativa después de realizar análisis individual.
 - Ajuste D:** Caso con error de digitación en el número de documento de la madre en datos básicos
 - Ajuste 7:** Ajuste en variables para garantizar completitud y calidad del dato.

3.2. Definición de indicadores

- **Razón de muertes perinatal y neonatal tardía:** Se define como el número de casos de muertes fetales y neonatales tempranas ocurridas en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal y hasta antes de los veintiocho días después del nacimiento por cada mil nacidos vivos



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

- **Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte bien definida en Sivigila:** Refleja el cumplimiento del proceso epidemiológico de muertes perinatales y neonatales tardías en lo relacionado con la correcta definición de causa de muerte.
- **Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales:** Este indicador Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correspondencia de información entre estadísticas vitales y Sivigila.
- **Cumplimiento en el cargue de unidades de análisis:** es el porcentaje de unidades realizadas en el aplicativo web UACE
- **Oportunidad en el cargue de la unidad de análisis.** es el porcentaje de unidades realizadas y cargadas oportunamente en el aplicativo web UACE

3.3. Fuentes de información

Para la vigilancia del evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía del primer semestre del 2024 semana 24, se utilizaron las siguientes fuentes de información:

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía (código: 560).

Mientras que, la fuente secundaria corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía estas fuentes corresponden a:

- Historias clínicas.
- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

El proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se describe en el Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila.

El ajuste de los casos y la calidad de la información se hace de manera periódica donde se hacen cruces de información de las diferentes fuentes de información con el fin de encontrar concordancia y veracidad de los datos y en donde se dan unos plazos no superiores para dichos procesos de un periodo epidemiológico.

Para el análisis de los datos no se tienen en cuenta los casos notificados con ajustes “D y 6”, y los casos repetidos, donde se tuvo en cuenta el registro de la institución que diligenció el certificado de defunción y cargo la muerte en RUAF.

3.4. Análisis de los datos

Para el análisis de la información derivada de la notificación se realiza un análisis descriptivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados semanalmente al Sivigila.

Se establecen frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento del evento con respecto al año anterior, cálculo de la razón por entidad territorial de residencia y análisis de variables sociales y demográficas.

De igual forma, se realiza el análisis agrupado de las causas de muerte de acuerdo con el origen fetal, placenta y cordón, materno y/o neonatal.

En cuanto a las unidades de análisis, las categorías que se pretende evaluar son las demoras identificadas en cada uno de los casos, teniendo en cuenta los criterios definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados.

4. HALLAZGOS

A continuación, se presentan de manera detallada los principales hallazgos en la Vigilancia Epidemiológica del Evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía (MPNT) en el Departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024 semana 24, teniendo en cuenta el coeficiente de 1000 nacidos vivos (NV).



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

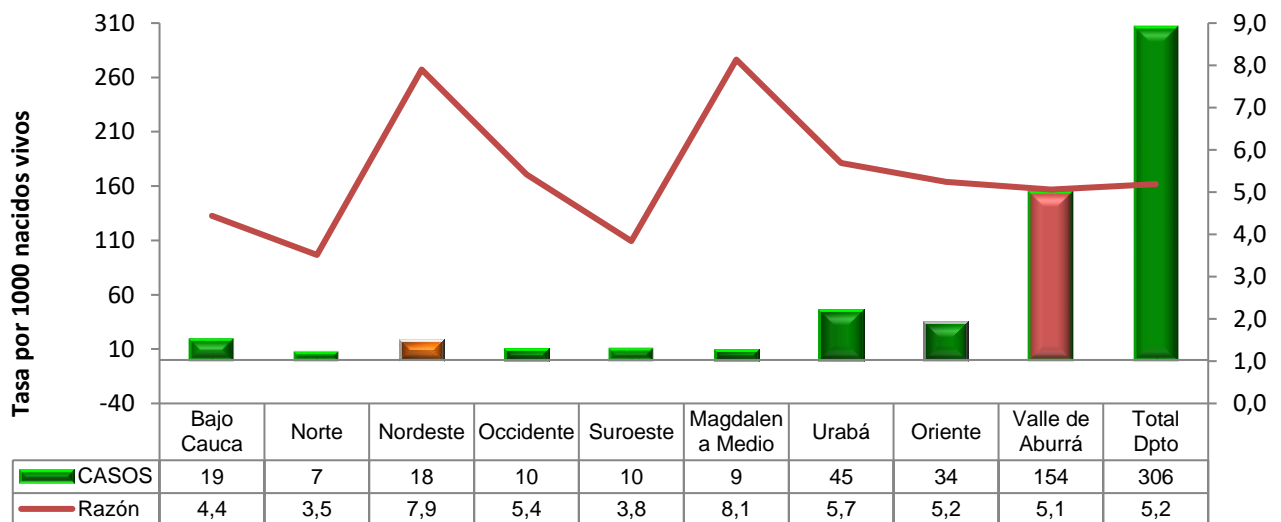
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

4.1. Indicadores de interés en salud pública

En el primer semestre del 2024 a la semana epidemiológica 24, se presentaron 306 casos de mortalidad neonatal y perinatal tardía, el 47% correspondían a muertes fetales, el 26% fueron muertes neonatales tempranas y el restante 27% fueron muertes neonatales tardías.

En lo relacionado con la tasa de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía en el Departamento de Antioquia, por subregión de residencia, (Grafico 1) se evidencia que, la subregión con la mayor a tasa de MPNT es el Magdalena Medio con 8,2 muertes por cada 1000 NV, seguida del Nordeste con 7.9 con muertes por cada 1000 NV. Es importante anotar que las subregiones de Oriente, Magdalena Medio, Nordeste, Urabá y Occidente están por encima de la media departamental, lo cual debe tomarse como referente para fortalecer la vigilancia epidemiológica del evento y/o acciones e intervenciones que impacten el comportamiento de este. La región con menos casos de mortalidad materna perinatal y neonatal tardía es la subregión del Norte con 3,5 muertes por cada 1000 NV, seguida de suroeste con 3,8 muertes por cada 1000 NV

Gráfica 2. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía, por subregión de residencia. Antioquia SE 24, 2024



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



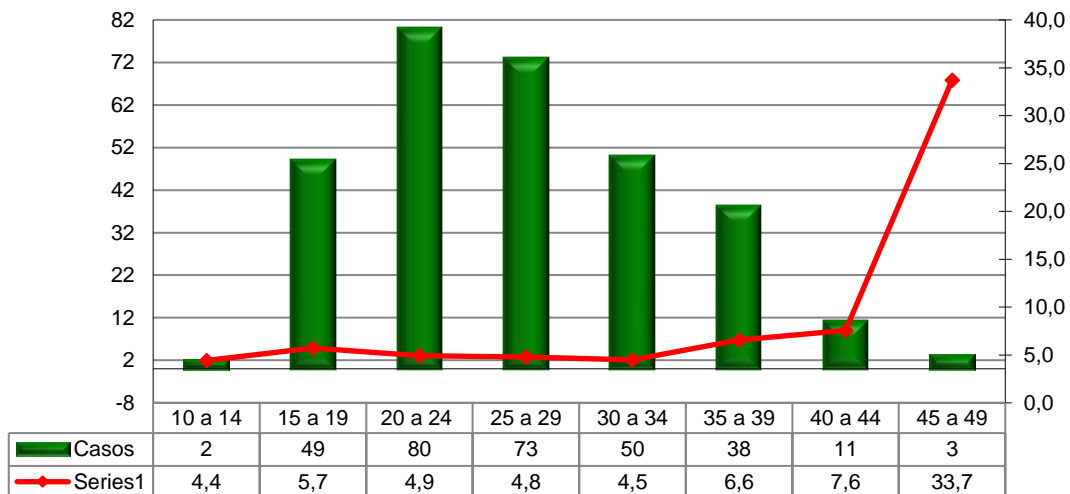
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

4.2. Características Socio demográfica

En relación con la clasificación según grupo de edad y razón por cada 1000 Nacidos vivos (NV) para la mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) en el departamento de Antioquia, durante primer semestre del el año 2024 SE 24, se puede evidenciar según la Gráfica 3, que el mayor número de eventos asociados a la MPNT, es el rango de 20 a 24 años con 80 casos y razón de MPNT de 4,9 por 1000 NV seguida del rango de edad de 25 a 29 años con 73 casos y razón de MPNT de 4,8 por cada 1000 nacidos vivos. En menor representación de casos se reportan las edades comprendidas entre los 45 a 49 años con 3 casos, para una tasa de incidencia 33,7 y entre los 10 a 14 años con 2 casos, para una razón de MPNT de 4,4 por cada 1000 NV; estos dos grupos de edad, corresponden a embarazos en edades extremas, solo por pertenecer a estos rango de edad la gestación se clasifica como embarazo de alto riesgo, debido a que se pueden exacerbar comorbilidades preexistentes y aparecen factores de riesgo asociados a la edad u otras condiciones que aumentan los riesgos para el binomio madre e hijo.

Gráfica 3. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía, por edad de la madre Antioquia SE 24, 2024



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



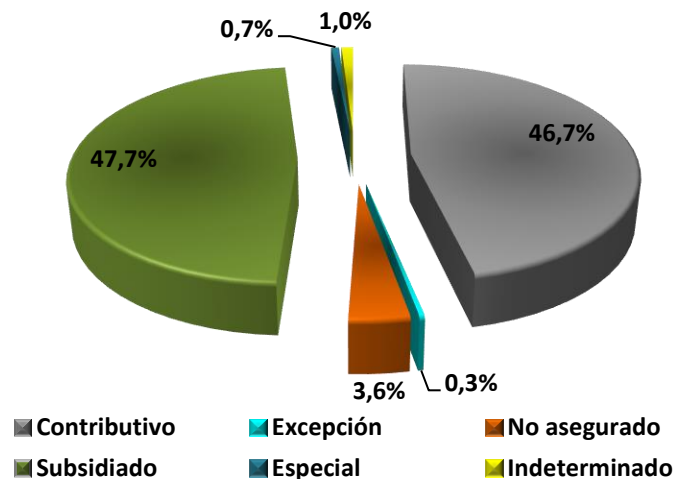
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

La distribución porcentual de los casos de MPNT, según afiliación al régimen de seguridad social en salud en el primer semestre del año 2024 SE 24 (Grafico 5), nos indica que, el 47,7% de las mujeres notificadas por cumplimiento está afiliada al régimen subsidiado, el 46,7% al régimen contributivo y que en el 1% no se pudo determinar al régimen al que pertenece; Es importante mencionar que el 3,9% de las madres no estaba asegurada al momento de la ocurrencia del evento.

Se debe destacar que los planes obligatorios de Salud presentan los mismos beneficios para el Régimen Subsidiado, como para el Contributivo y no deberían presentarse diferencias significativas con relación a la calidad de la atención de salud.

Gráfica 5. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según afiliación al régimen de seguridad social en salud y pertinencia étnica. Antioquia, SE 24 2024p



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024

En cuanto a la etnia el 2,6% de los casos de MPNT se identifica como Indígena, el 4,2% Afrocolombiano y el 93,1% pertenecen a otro grupo o no pertenecen; en Colombia la atención diferencial en salud se encuentra en etapa de implementación, por lo cual aún se evidencian algunas limitantes en la atención y la asistencia a los servicios de salud, por parte de las comunidades indígenas, toda vez que consideran vulnerados sus creencias, y



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

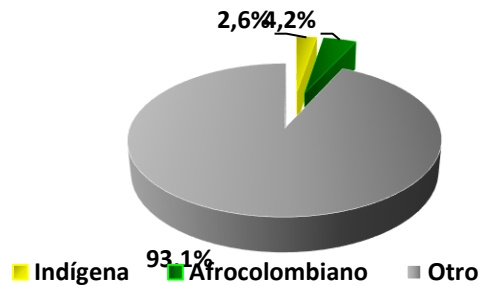


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

convicciones en relación con el proceso de gestación que están viviendo.

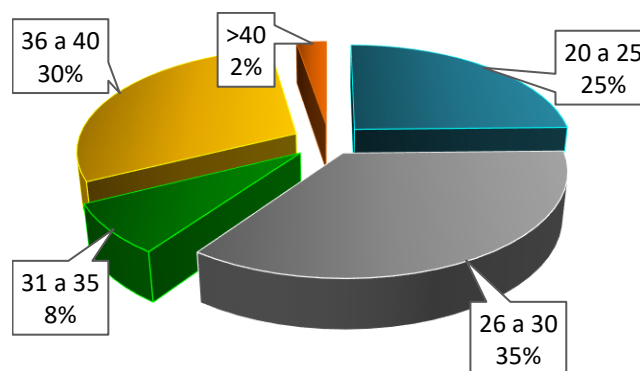
Gráfica 6. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según pertinencia étnica. Antioquia, SE24, 2024p



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024.

En lo que respecta a la distribución porcentual de los casos de MPNT según edad gestacional. Antioquia, primer semestre del año 2024 SE 24, (Grafico 7), el 35% de los casos ocurrieron entre la semana 26 a 30, el 30% ocurrieron entre las semanas 36 a 40, mientras que el 25% ocurrieron entre la semana 20 a 30. Por lo tanto, se reafirma que la asistencia a el control prenatal, la atención del neonato en la primera semana y la identificación de los casos tempranamente a son fundamentales para evitar este desenlace.

Gráfica 7. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según edad gestacional. Antioquia, SE24 2024p



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Conclusiones

- La distribución porcentual de los casos de MPNT, según afiliación al régimen de seguridad social en salud en Antioquia, 2022 indica que, el 54,7% de las mujeres notificadas por cumplimiento está afiliada al régimen subsidiado, el 37,7% al régimen contributivo y se destaca que los planes obligatorios de Salud presentan los mismos beneficios para el Régimen Subsidiado, como para el Contributivo y no deberían presentarse diferencias significativas con relación a la calidad de la atención de salud.
- Las subregiones con la mayor numero de casos de MPNT son Valle de Aburrá (n=154), Urabá (n=45), Oriente (n=34) Bajo Cauca (n=19). Subregiones como Valle de Aburrá y Oriente se destacan por su población en cuanto a número de habitantes y urbes que concentran mayor cantidad de consultas; sin embargo, llaman la atención subregiones como Urabá y Bajo Cauca como territorios que presentan población rural dispersa y condiciones sociodemográficas relevantes que pueden incrementar el riesgo.
- En la proporción de MPNT con causa de Muerte bien definida en Sivigila por subregiones el departamento de Antioquia presenta semaforización verde equivalente a cumplimiento en las 9 subregiones. El 96,4% de los casos tiene causa de muerte bien definida.
- En la correspondencia entre notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales el departamento de Antioquia presenta semaforización en amarillo, por lo que se están implementando asesorías técnicas y capacitaciones para mejorar el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica del evento de MPNT.
- Lastimosamente, la oportunidad de cargue de la unidad de análisis en el aplicativo web UACE, no se da diligenciado oportunamente, esto asociado al proceso de rotación del personal que impide la continuidad en los procesos.

Los datos de mortalidad perinatal en Antioquia presentan cierta estabilización en el tiempo, con sutiles variaciones durante los últimos 5 años, situación similar a la última década de la mortalidad neonatal tardía; sin embargo, la meta de los objetivos de desarrollo sostenible es eliminar la mortalidad perinatal y neonatal evitable, para lo cual es indispensable contar con información precisa para definir las intervenciones que verdaderamente puedan impactarla.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Existe reconocimiento en el retraso o la falla en la identificación de los signos, síntomas y manifestaciones iniciales de las cadenas de eventos que llevan a la muerte.

Incumplimiento de protocolos con los estándares mínimos de calidad, guías de práctica clínica y la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, lo que dificulta lograr un nivel mínimo de calidad de atención en salud. Adicionalmente, se identifica un bajo nivel de entrenamiento en los programas de AIEPI clínico y comunitario, reanimación neonatal, lactancia materna.

A nivel departamental se realizan acciones novedosas para dar respuesta a la incidencia de mortalidad perinatal y neonatal (parto cálido y humanizado, maternidad segura en la ruralidad, el acompañamiento a implementación de la RIAMP), pero se evidencia que un porcentaje alto de entes municipales presentan desconocimiento de estas estrategias y de la importancia de estas acciones en los entornos de la salud pública

En cuanto a lo concerniente a las acciones propuestas desde el PIC y APS se realiza acompañamiento dinámico a los entes territoriales en términos de educación e información en salud gestión del riesgo y canalización (derivación) de atenciones, sin embargo, estos procesos con frecuencia pierden su continuidad por aspectos contractuales.

Recomendaciones

- Brindar garantizar de atenciones individuales, grupales y familiares durante el proceso de gestación como lo establece la RIAMP; así como la idoneidad de atención del personal.
- Garantizar que las instituciones (UPGD) cumplan con los estándares de habilitación (Res. 3100 de 2019), articulación e implementación de los procesos prioritarios para la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en las acciones individuales y los entornos institucional y hogar.
- Fortalecer las competencias del personal asistencial y administrativo encargado del diligenciamiento de los registros de atención en salud, del certificado de defunción y de las fichas de notificación de los eventos de interés en salud pública.
- Optimizar los sistemas de realimentación de la información obtenida en los análisis de



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

comportamiento del evento, de manera que sean un sustrato confiable y de impacto para los planes de mejoramiento de la calidad en todos los escenarios involucrados con la atención en salud.

- Generar procesos de auditoría institucional enfocados en la detección de las condiciones subyacentes para establecer líneas de acción clara que permitan fortalecer la vigilancia epidemiológica del evento.
- Fortalecer los comités de vigilancia epidemiológica institucionales para obtener análisis confiables y que identifiquen la problemática real de las causas de muertes y sus determinantes estructurales e intermedios.
- Fortalecer la estrategia de intervención denominada "Maternidad Segura en la Ruralidad" en aquellos municipios con las razones de MPNT, tasas de incidencia, zonas rurales y rural disperso más representativas del departamento.
- Acompañar desde el ente territorial en articulación con todos los actores del sistema en la implementación de las 6 líneas estratégicas enmarcadas en el plan departamental para la reducción de la mortalidad materna.

Elaboró:

- Luz Yaneth Becerra Salazar

Médico epidemióloga, maternidad segura SSSA

- Edison Giraldo

Gerente De Sistemas De Información En Salud SSSA.

Revisó y Aprobó

Amparo Liliana Sabogal

Funcionaria Referente Vigilancia epidemiológica.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



Referencias bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud. International statistical classification of diseases and related health problems CIE10: manual de instrucción. 10ma revisión. Edita OMS Genova –Suiza. 2011; 2: 152.
2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. [consultado el 28 mayo 2017]. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/R ES/70/1&Lang=S
3. Bardales A, Cáceres E, Guevara S, Hurtado R, Amat R, Vallenas G et al. Capítulo I: Componente estadístico. En: Estudio sobre la dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido en un área rural andina y amazónica del Perú. Lima: Perú Offset Editores E.I.R.L.; 2010: 10- 23.
4. Allanson E, Muller M, Pattinson R. Causes of perinatal mortality and associated maternal complications in a South African province: challenges in predicting poor outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15: 1-7.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020. Monitoreando la salud para los ODS [internet]. [Consultado el 28 octubre 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión del protocolo el 11-03-2022.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

INFORME DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. ANTIOQUIA, SE 24, 2024p.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





Tabla de Contenido

LISTADO DE GRÁFICAS 4

INTRODUCCIÓN 5

1. OBJETIVOS 5

1.1. Objetivo general 5

1.2. Objetivos específicos 5

2. MATERIALES Y METODOS 6

2.1. Definición de casos e indicadores 6

2.2. Fuentes de información 7

2.3. Análisis de los datos 7

3. HALLAZGOS 7

3.1. Análisis de información 7

3.1.1. Características Socio demográficas 9

3.1.2. Comportamiento del evento según algunas variables de interés en salud publica 13

3.1.3. Indicadores protocolo 16

4. Conclusiones. 17

5. Discusión 18

6. Recomendaciones 18

7. Limitantes 19

8. Referencias bibliográficas 20





LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Comparativo de la Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Antioquia – Colombia 2021 -2023 8

Gráfica 2. Tendencia de la razón de MME en Antioquia 2017 -2023 9

Gráfica 3. Número de casos Morbilidad Materna Extrema según grupo de edad, Antioquia 2024, SE 24 10

Gráfica 4. Distribución Porcentual de los casos de Morbilidad Materna Extrema según zona de residencia y estrato socioeconómico. Departamento de Antioquia, SE 24, 2024. 11

Gráfica 5. Distribución porcentual de los casos de Morbilidad Materna Extrema, según régimen de Seguridad Social y etnia. Antioquia, SE 24, 2024. 12

Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) por aseguradora, Antioquia, SE 24, 2024. 13

Gráfica 7. Distribución de los casos de MME, por semana epidemiológica, Antioquia, SE 24, 2024 14

Gráfica 8. Distribución porcentual de casos Morbilidad Materna Extrema según conducta y relacionado con enfermedad específica. Antioquia, SE24 2024 15

Gráfica 9. Razón de Morbilidad Materna Extrema, por subregión de residencia. Antioquia, SE 24, 2024 15

Gráfica 10. Oportunidad en la notificación inmediata de casos MME 16





INTRODUCCIÓN

La Morbilidad Materna Extrema es definida por la Organización Mundial de la Salud es “una mujer que estuvo a punto de morir, pero sobrevivió a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que demanda una atención inmediata debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o ya sea agravada por el mismo, o con su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales.

La OMS ha estimado como esperable, una razón de MMEG de 7,5 casos (entre 3 a 15 casos) por cada 1 000 nacidos vivos. En países desarrollados, los valores se encuentran entre 3,8 y 12 por 1 000 nacidos vivos, siendo estos valores menores a los encontrados en países de ingresos bajos y medios.

Para Colombia, durante el 2022 fueron notificados 33.240 casos de Morbilidad Materna Extrema, lo cual corresponde a una razón de MME de 54,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Las razones de MME se concentraron principalmente en las entidades territoriales de Barranquilla (93,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos), Caldas (80,7), Risaralda (77,3), Bogotá (73,1), Cali (72,8), Putumayo (69), Nariño (67,4), Atlántico (67,1), Tolima (64,5) y Cartagena (63,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos). Por otra parte, las mayores razones de MME se concentraron en las edades extremas (de 10 a 14 años y mayores de 35 años). Los trastornos hipertensivos presentan las razones de MME más altas con 39,7 casos por 1 000 nacidos vivos, seguido de las complicaciones hemorrágicas con 7,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos.

En Antioquia la tendencia de casos y razón de la Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Antioquia durante los años 2017 -2022 presenta una tendencia al alta , en el 2023 se presentó un aumento significativo de la razón de MME (64,3 por cada mil nacidos vivos) con respecto al año 2022; es importante resaltar que durante los últimos años se ha presentado un incremento en el número de casos y la razón de morbilidad materna extrema debido al fortalecimiento del proceso de vigilancia del evento y el cambio en la definición operativa de caso entregada por el Instituto nacional de Salud para tener mayor sensibilidad en el proceso de identificación.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar un análisis descriptivo del comportamiento epidemiológico de la morbilidad materna extrema en el departamento de Antioquia durante el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24

1.2. Objetivos específicos





- Caracterización sociodemográfica del evento en el departamento de Antioquia en el primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24.
- Identificar las subregiones y grupos poblacionales con mayores riesgos para la salud materna en el departamento.
- Describir el comportamiento de los indicadores descritos en el protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el evento Morbilidad Materna Extrema.
- Identificar los factores susceptibles de intervención para orientar la toma de decisiones.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. Definición de casos e indicadores

Morbilidad materna extrema MME: Se define un caso de morbilidad materna extrema como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos

Oportunidad de notificación inmediata de casos de Morbilidad Materna Extrema: Evalúa la oportunidad en la notificación inmediata de los casos de Morbilidad Materna Extrema con el fin de que sea activado oportunamente el sistema de alerta temprana (SAT). Este indicador mide el tiempo transcurrido entre la fecha de consulta y la notificación del caso. Lo ideal es que esté por encima al 90%

Razón de morbilidad materna extrema: Número de mujeres con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida, pero sobrevive, por cada mil nacidos vivos.

Índice de letalidad en mujeres con morbilidad materna extrema: Este indicador representa el número de casos de muerte materna que ocurren por cada 100 mujeres que sufren complicaciones graves durante el embarazo, parto y puerperio en un lugar y período definidos.

Para el 2022 se construyeron umbrales para orientar de manera específica las acciones de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema. Dichos umbrales fueron contruidos con base en el comportamiento epidemiológico por entidad territorial de este indicador durante el 2020 y será actualizado cada año. Actualmente el indicador es bajo cuando se encuentra con valores inferiores al 1,3%.

Relación Morbilidad materna extrema / Muerte materna (MME/MM): Indica la letalidad del evento de morbilidad y se mide dividiendo el número de MME sobre el número de MM ocurridas en un periodo y lugar definidos. Este indicador, de acuerdo con el protocolo de MME del INS del año 2014, debe ser mayor a 35.





Índice de mortalidad perinatal en MME: Indica la letalidad perinatal en mujeres con MME y es el resultado de dividir el número de muertes perinatales en mujeres con MME sobre el número de MME, y se multiplica por cien. Para el 2022 se construyeron umbrales para orientar de manera específica las acciones de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema. Dichos umbrales fueron contruidos con base en el comportamiento epidemiológico por entidad territorial de este indicador durante el 2020 y será actualizado cada año. Actualmente el indicador es alto cuando se encuentra con valores mayores al 5,1%.

Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión: Número de casos de morbilidad materna extrema con tres o más criterios de inclusión por cada 100 casos de morbilidad materna extrema. Para el 2022 se construyeron umbrales para orientar de manera específica las acciones de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema. El rango de seguridad oscila entre 27,7 % - 33,6 %.

2.2. Fuentes de información

La fuente de información para identificar los casos de MME fueron los archivos planos del SIVIGILA del primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24, con la respectiva depuración. Para el cálculo de los indicadores del primer semestre del 2024, semana epidemiológica 24, el denominador utilizado fueron los nacidos vivos de mujeres residentes en Antioquia publicados por el DANE para el año 2023, actualizados con corte a diciembre del año 2023. Los casos de muertes fueron identificados en la base de datos de defunciones RUAF ND, en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basada en la Web – SVEMMBW-, en el SIVIGILA con corte al 31 de diciembre de 2023.

2.3. Análisis de los datos

Para el análisis de la información se emplearon métodos descriptivos retrospectivos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA con el código 549 por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) de todo el departamento.

Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento del evento teniendo en cuenta el lugar de residencia. De igual forma se realiza la descripción de las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas del evento.

3. HALLAZGOS

A continuación, se presentan de manera detallada los principales hallazgos en la Vigilancia Epidemiológica del Evento de Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Antioquia durante el año 2023.

3.1. Análisis de información

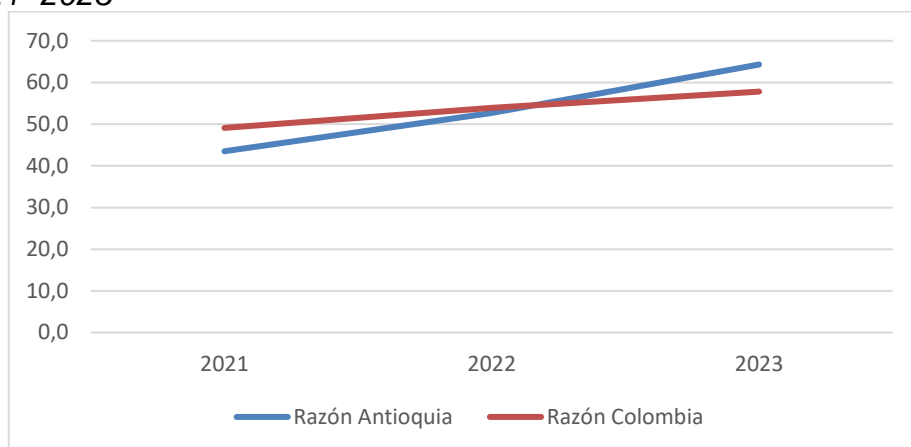




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La razón de Morbilidad Materna Extrema en los últimos 3 años ha tenido tendencia al aumento, Antioquia pasó de registrar una razón de Morbilidad Materna Extrema de 52,7 casos por cada 1000 nacidos vivos en el año 2022 a 64,3 por cada mil nacidos vivos en el año 2023, lo que corresponde a 3.791 casos notificados a SIVIGILA por las UPGD. Durante el año 2023, Antioquia registra una razón de MME más alta a la del país (64,3 y 57,8 respectivamente).

Gráfica 6. Comparativo de la Morbilidad Materna Extrema en el departamento de Antioquia – Colombia 2021 -2023



Fuente: Presentación de PowerPoint (ins.gov.co)

En los últimos 5 años. 2023 ha sido el año con mayor número de casos de MME reportados, con una razón de morbilidad materna extrema de 64,3 casos por 1000 nacidos vivos, debido al fortalecimiento del proceso de vigilancia del evento y el cambio en la definición operativa de caso entregada por el Instituto nacional de Salud para tener mayor sensibilidad en el proceso de identificación. La razón de morbilidad más alta en el departamento (Gráfica 2). Al revisar los datos al primer semestre del año 2024, semana epidemiológica 24, encontramos un reporte de 1540 casos y una razón de morbilidad materna extrema de 26,1 casos por 1000 nacidos vivos.



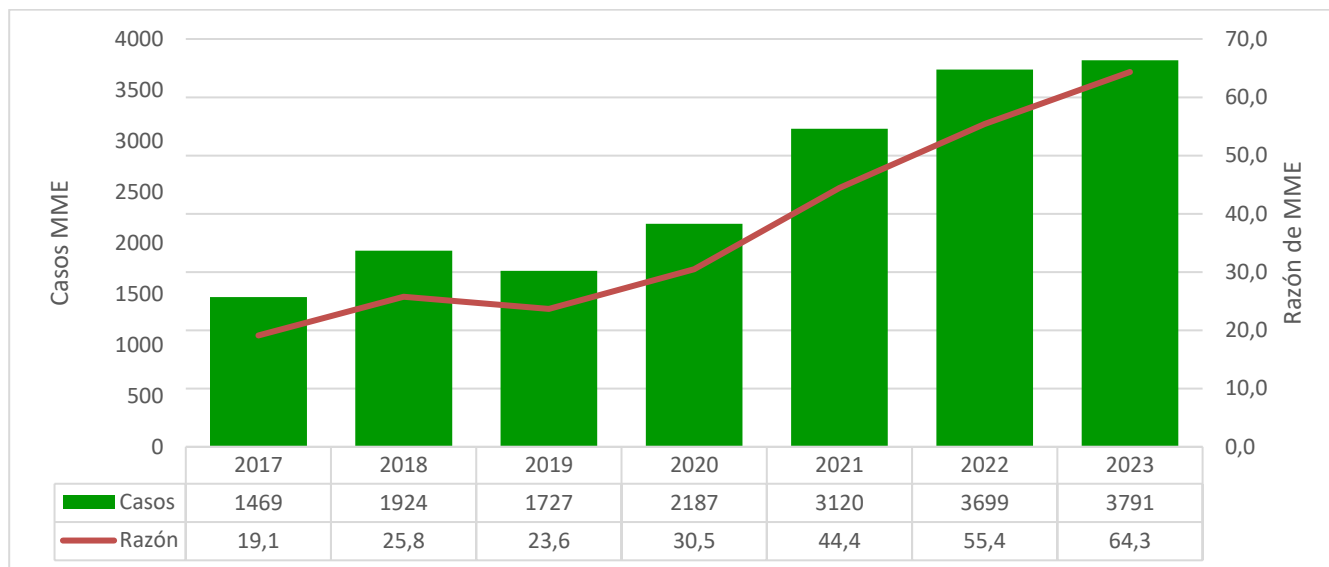
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



Gráfica 7. Tendencia de la razón de MME en Antioquia 2017 -2023



Fuente: Sivigila, Antioquia 2023

3.1.1. Características Socio demográficas

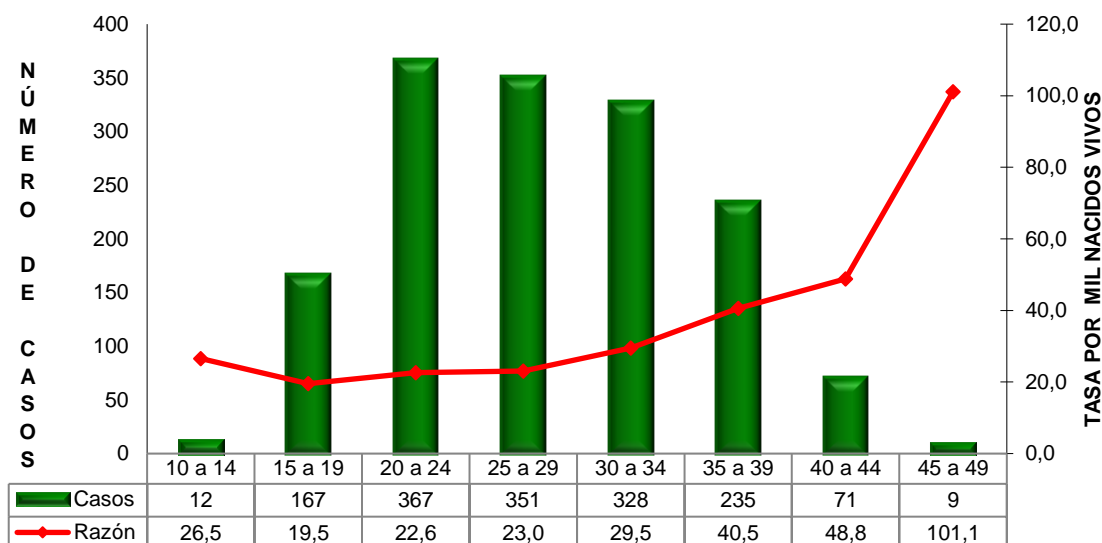
En relación con la clasificación según grupo de edad y razón por cada 1000 Nacidos vivos (NV) para la Morbilidad Materna Extrema (MME) en el departamento de Antioquia, durante primer semestre del el año 2024 semana epidemiológica 24, se puede evidenciar según la Gráfica 3, que el mayor número de eventos asociados a la MME, es el rango de 20 a 24 años con 367 casos y razón de MME de 22,6 por 1000 NV seguida del rango de edad de 25 a 29 años con 351 casos y razón de MME de 23 por cada 1000 nacidos vivos. Es importante resaltar que el grupo de edad de 10 a 14 años se han reportado 12 casos MME, una razón de 70 por 1000 NV, mientras que en menor representación de casos se reportan las edades comprendidas entre los 45 a 49 años con 9 casos, para una tasa de incidencia 101 casos por cada 1000 NV; este grupo de edad y el de mujeres entre los 10 a 14 años de edad, corresponden a embarazos en edades extremas, solo por pertenecer a estos rango de edad la gestación se clasifica como embarazo de alto riesgo, debido a que se pueden exacerbar comorbilidades preexistentes y aparecen factores de riesgo asociados a la edad u otras condiciones que aumentan los riesgos para el binomio madre e hijo.

Actualmente, en el departamento de Antioquia se encuentra implementada la estrategia de servicios amigables con prioridad en los territorios con altas tasa de fecundidad en el curso de vida de adolescencia, acompañado de otras estrategias de intervención para la prevención de embarazos adolescentes.





Gráfica 8. Número de casos Morbilidad Materna Extrema según grupo de edad, Antioquia 2024, SE 24



Fuente: Sivigila, Antioquia 2024

En relación con la distribución de los casos de Morbilidad Materna Extrema según el estrato socioeconómico se puede evidenciar en la Gráfica 4, que en el estrato 2 se presentaron las cifras más altas de casos con un 38.1%, seguido del estrato 3 con el 30.2%; se evidencia un 16,4% sin datos siendo esto una oportunidad de mejora para la revisión de garantías de la calidad del dato y la obtención de la información en la prestación del servicio.

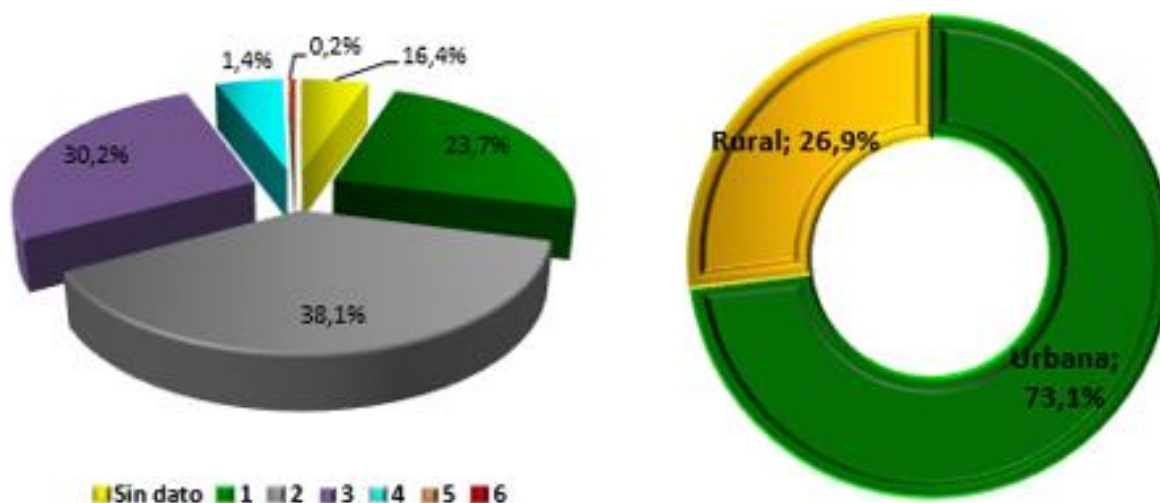
Llama la atención que, en nuestro departamento, el estrato 1, ocupa el tercer puesto con un 23,7% de los casos, se esperaría que ocupara el primer puesto en casos de morbilidad, debido a factores asociados como menos oportunidades que presentan las gestantes en relación con recursos económicos, acceso a los servicios de salud y a satisfacer las necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, acceso a los servicios básicos, entre otros, los cuales pueden influenciar negativamente en la salud materna.

Según la distribución del área de residencia en el departamento de Antioquia, el mayor número de casos se encuentra ubicado en la zona urbana con un 73,1% como lo muestra la (Gráfica 4), en contraste se encuentra la zona rural, que aporta un 26,9 de los casos. Este resultado se puede deber a que, en la zona urbana, en las cabeceras municipales, se encuentra concentrada el mayor número de la población, y las gestantes no son ajenas a esta condición.





Gráfica 9. Distribución Porcentual de los casos de Morbilidad Materna Extrema según zona de residencia y estrato socioeconómico. Departamento de Antioquia, SE 24, 2024.



Fuente: Sivigila, Antioquia 2024

En cuanto a la distribución porcentual de los casos de Morbilidad Materna Extrema, según la afiliación al régimen de seguridad social en salud, se puede observar en la Gráfica 5 que las gestantes que presentaron alguna alteración de salud, asociada a su condición, se encontraban afiliadas al régimen contributivo con un 48,8; seguido de las gestantes afiliadas al régimen subsidiado con un 45,9%, en menor proporción se encuentran los casos pertenecientes a la clasificación de no asegurado con un 3.1% lo que podría estar relacionado con la población migrante, de la cual una proporción importante se resalta en el país, como un grupo de alta vulnerabilidad.

En relación con los casos de Morbilidad Materna Extrema, según al grupo Étnico al que pertenecen, se puede observar en el Gráfico 5, que el mayor número de casos se encontraron en otros con un 96.9%, por lo que no se refiere su condición étnica, seguido de los casos presentados en los afrocolombianos con 2,3%, población indígena con un 0,4%. En Antioquia la atención diferencial en salud, se encuentra en etapa de implementación, por lo cual aún se evidencian algunas limitantes en la atención y la asistencia a los servicios de salud, por parte de las comunidades indígenas, pero se resalta que desde el componente de maternidad segura se realizan diálogos de saberes, encuentros interculturales y fortalecimiento de las

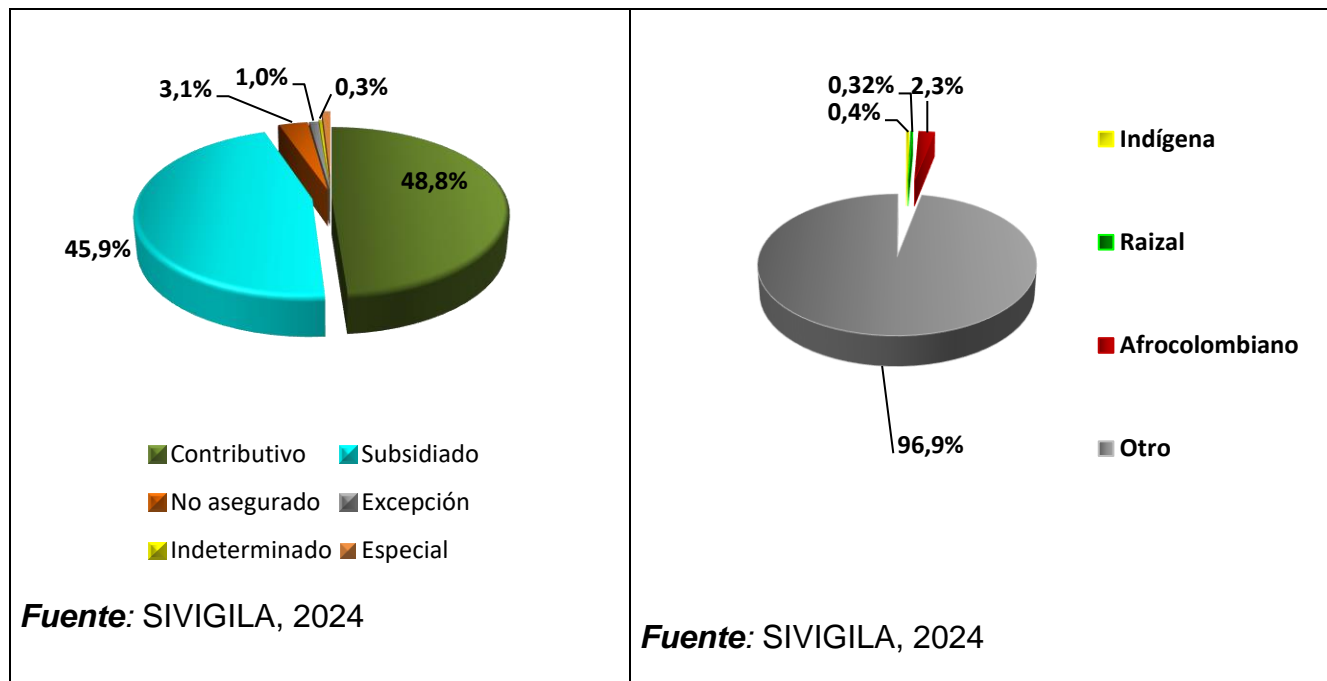




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

competencias a los entes municipales, EAPB e IPS del departamento en el marco de la resolución 3280 del año 2018 para atención a la gestante.

Gráfica 10. Distribución porcentual de los casos de Morbilidad Materna Extrema, según régimen de Seguridad Social y etnia. Antioquia, SE 24, 2024.



En cuanto a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio con mayor número de casos de MME en el departamento de Antioquia en el primer semestre del año 2024 semana epidemiológica 24, fueron: Sura, Savia Salud y Nueva EPS, con un 32,7%, 23,9%, y 14,4% respectivamente. Es importante resaltar toda la población está afiliada a alguna empresa administradora de planes de beneficios, sin embargo, se reporta un 5,2% de mujeres sin dato, lo que nos lleva a valorar la calidad del dato reportado. (Gráfica 6)



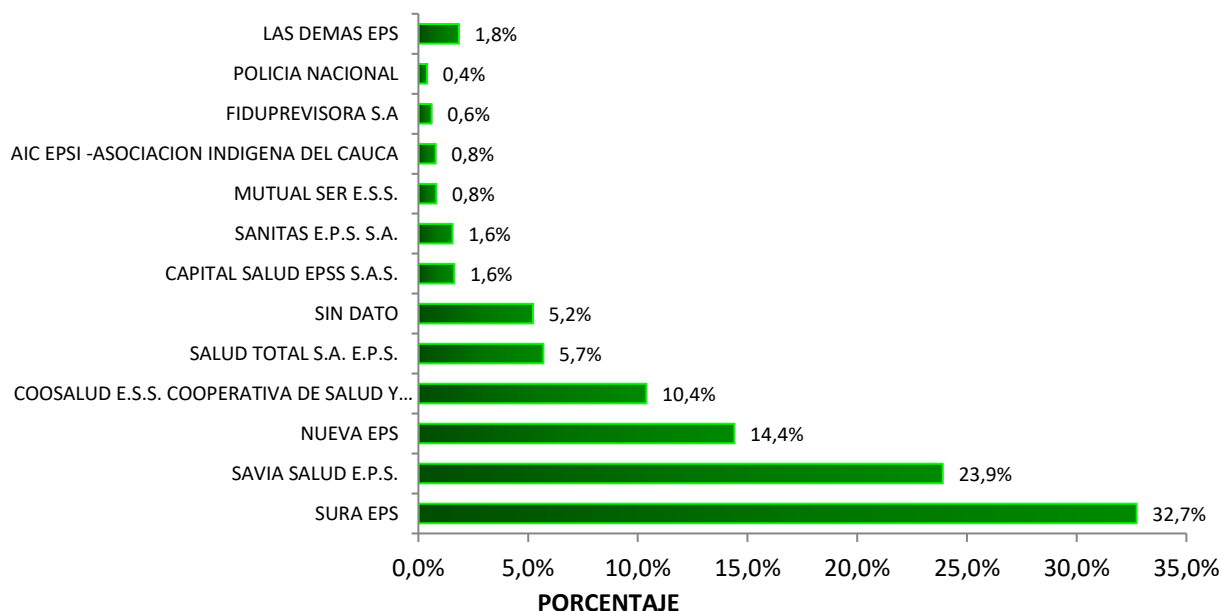
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



Gráfica 11. Distribución porcentual de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) por aseguradora, Antioquia, SE 24, 2024.



Fuente: Sivigila Antioquia 20234

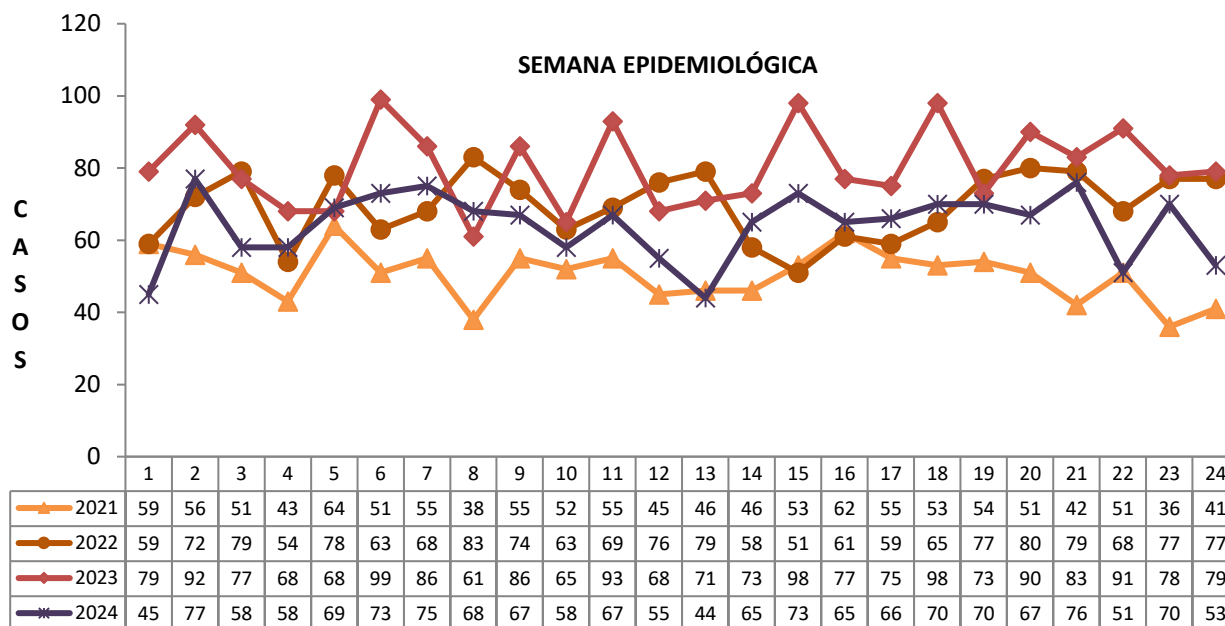
3.1.2. Comportamiento del evento según algunas variables de interés en salud publica

Según la distribución de los casos de MME por semana epidemiológica en Antioquia, encontramos que el mayor número de casos sucedieron durante las semanas epidemiológicas 2,21,7 con 77, 76, 75 casos respectivamente. La menor notificación fue durante la semana 13 y 1 con 44 y 45 casos respectivamente, el aumento en la notificación es el resultado del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica mediante asistencias técnicas continuas a UPGD y municipios con comportamientos inusuales. Se observa una disminución en el número de casos reportados por el departamento durante el primer semestre del año 2024 semana epidemiológica 24, posiblemente relacionado con cambio de alcaldes y gobernadores en el país, que lastimosamente conlleva a rotación de personal de estas áreas impidiendo la continuidad de los procesos los primeros meses del año.(Gráfica 7)





Gráfica 12. Distribución de los casos de MME, por semana epidemiológica, Antioquia, SE 24, 2024



Fuente: Sivigila Antioquia 2024

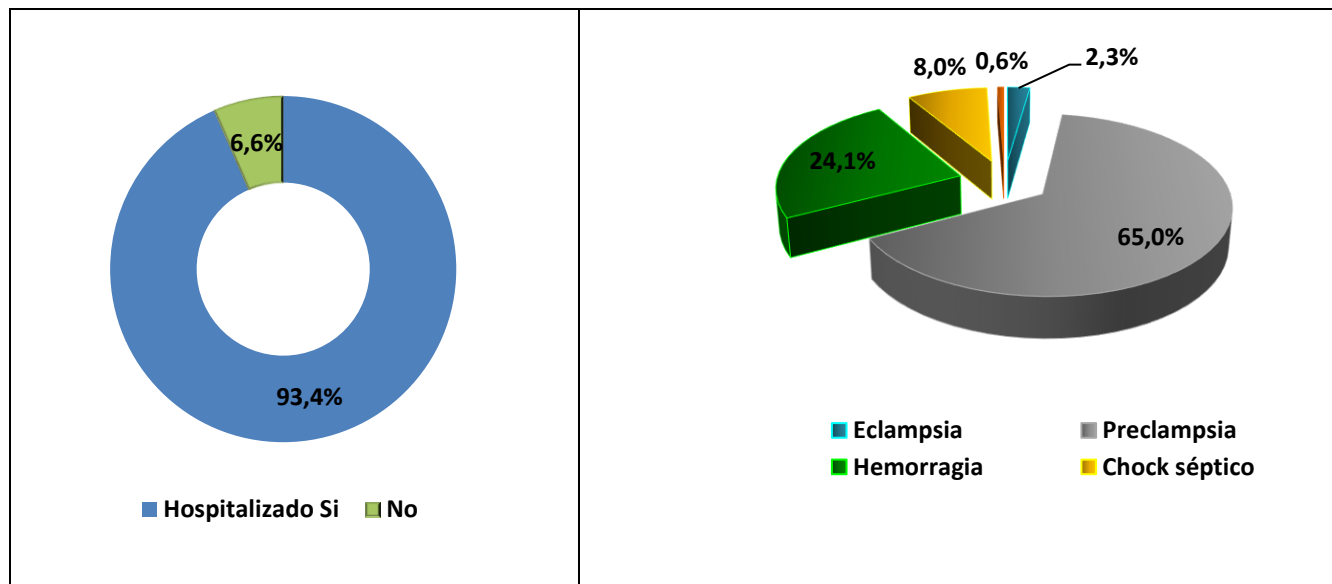
El 93.4 % de los casos con diagnóstico de Morbilidad Materna Extrema requirieron la hospitalización, llama la atención el 6.6% de los casos que presentaron un evento grave que pone en peligro la vida de la materna y no fueron hospitalizadas; es importante resaltar el análisis de casos obstétricos de gestantes con Morbilidad Materna Extrema, ha constituido una herramienta prometedora en el complemento a la investigación de muertes maternas, estos aprendizajes deben instaurarse a nivel operativo para evitar casos futuros de mortalidad materna, identificar factores de riesgo, mejorar la conducta y la atención.

Como se puede observar en la Gráfica 8, las patologías asociadas a la Morbilidad Materna Extrema, con mayor proporción se encuentra la Preeclampsia con un 65%, la cual es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo, la cual se presenta indistintamente de la edad de la gestante, se caracteriza con un aumento en las cifras tensionales y afecta órganos blancos como los riñones, entre otros, seguida de la Hemorragia con un 24,1%, la cual es potencialmente grave durante la gestación y pueden ser ocasionadas por distintas causas entre ellas, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, entre otros, y con menor proporción se encontró la Ruptura uterina con un 0,9% de los casos la cual es poco frecuente en el embarazo, y en el parto puede relacionarse a desgarros vaginales, atonía uterina, retención de placenta entre otros.





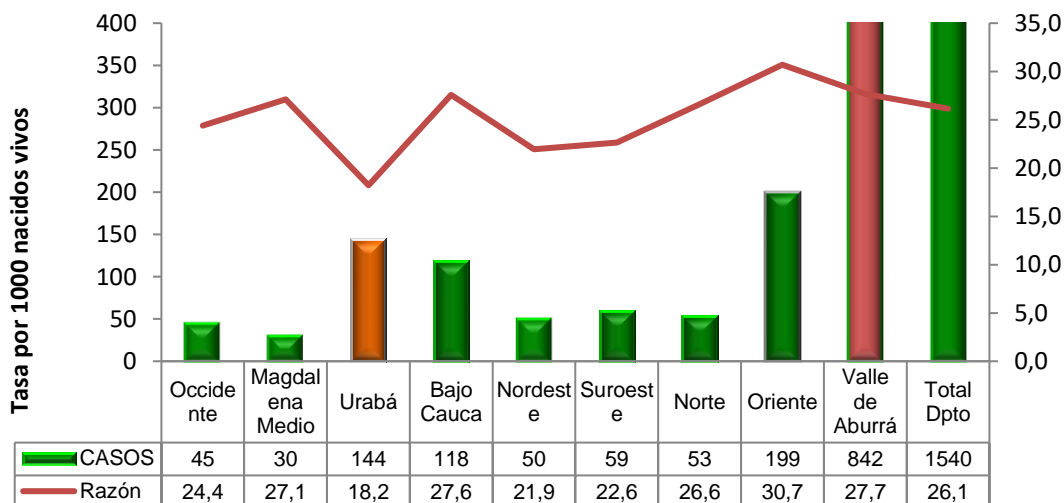
Gráfica 13. Distribución porcentual de casos Morbilidad Materna Extrema según conducta y relacionado con enfermedad específica. Antioquia, SE24 2024



Fuente: Sivigila Antioquia 2024

Las subregiones con razones más representativas de Morbilidad Materna Extrema son: Oriente con 30,7 casos por 1000 nacidos vivos, seguida por Valle de Aburrá y Bajo Cauca con 27,2 y 27,6 respectivamente.

Gráfica 14. Razón de Morbilidad Materna Extrema, por subregión de residencia. Antioquia, SE 24, 2024



Fuente: Sivigila

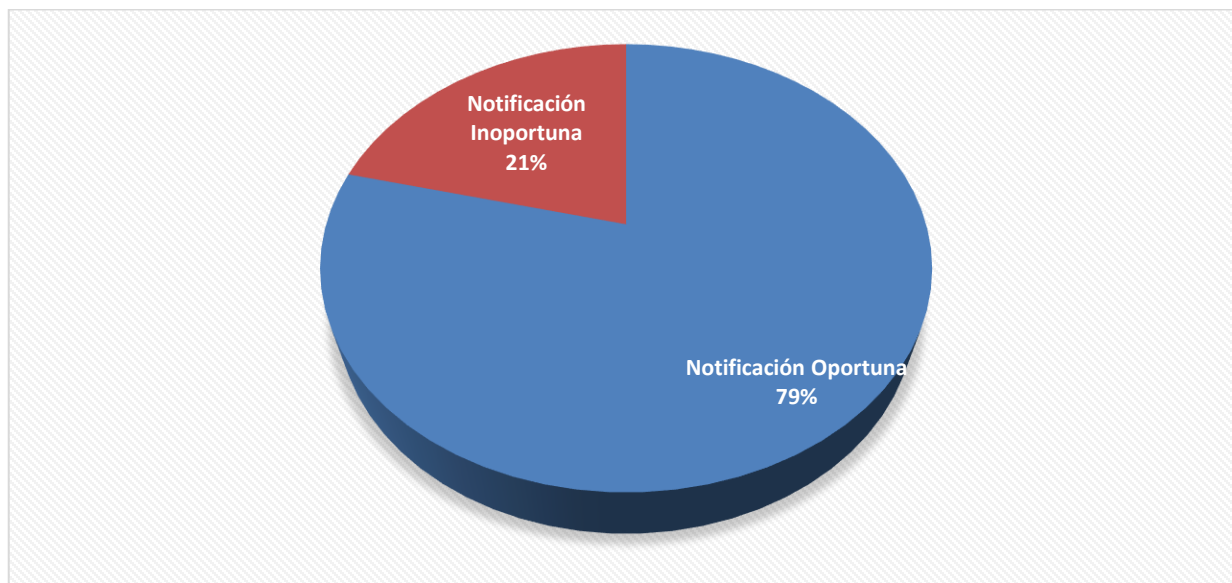




3.1.3. Indicadores protocolo

El departamento de Antioquia presenta una oportunidad de notificación inmediata de manera oportuna del 79%, lo que nos pone en la categoría regular de este indicador. En el año anterior Antioquia reportó un 78%, por lo que se deben aunar esfuerzos para mejorar este indicador a través de asistencias técnicas a las UPGD del departamento.

Gráfica 15. Oportunidad en la notificación inmediata de casos MME



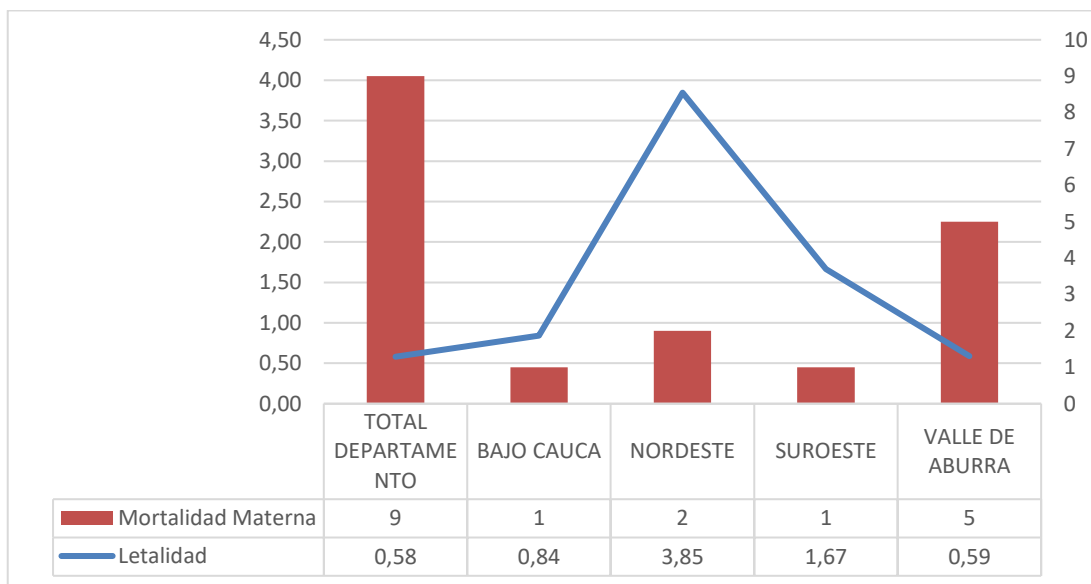
Fuente: Sivigila Antioquia 2024

En la relación de Morbilidad Materna Extrema (MME) y Mortalidad Materna temprana por subregiones del departamento de Antioquia en el primer semestre del año 2024 semana epidemiológica 24, a través del índice de letalidad; se observa que se presentaron 9 casos en total en el departamento, distribuidas en las regiones: en Nordeste, Suroeste, Bajo Cauca y Valle de la Aburrá; preocupa el porcentaje de muertes maternas de la región nordeste, categorizada en riesgo alto. Por otra parte, llama la atención el reporte que presenta la subregión del Suroeste, subregión que en últimos 4 años no había reportado muertes maternas. Con estos resultados el departamento se ubica en la categoría de bajo grado. En Antioquia el índice se categoriza en riesgo bajo, tal como se relaciona en la Gráfica 11.





Gráfica 11. Índice de letalidad en Antioquia, distribución por subregiones. Antioquia, SE 24, 2024p.



Fuente: Sivigila Antioquia 2024

Con respecto a los criterios de inclusión 158 casos presentaron 3 o más criterios de inclusión lo que corresponde a un 10,25%, ubicando al departamento en zona de riesgo; por lo que será necesario analizar la notificación de los casos que afecte la calidad del dato y como consecuencia el registro al sistema de vigilancia epidemiológica, porque esto nos muestra que no se actualizaron los criterios que la paciente cumplió durante su estancia hospitalaria.

4. Conclusiones.

- La oportunidad en la notificación para Morbilidad Materna Extrema en el departamento en el año 2022 fue del 75% y presenta una leve mejoría llegando a 78% en el año 2023, sin embargo, se interpreta como un cumplimiento regular según la semaforización propuesta por el INS.
- La razón de MME en Antioquia es de 64, casos por cada 1000NV evidenciando un aumento en relación al año 2022 explicado por un incremento en las acciones de vigilancia epidemiológica en el departamento.
- Se evidencia una disminución en la letalidad de las mujeres que padecen una MME en el departamento pasando de 0,9% a 0,4%, manteniéndose por debajo del nacional.





- Un porcentaje bajo de casos registran 3 o más criterios de inclusión, lo que debe generar alertas para mejorar la calidad del dato y los ajustes pertinentes de acuerdo a la configuración definitiva de los casos de MME

5. Discusión

- La razón de morbilidad materna extrema (MME) en el departamento de Antioquia, así como en el resto del país, ha presentado una tendencia sostenida al aumento durante los últimos 5 años y con cambios significativos durante el año 2023.
- Los cursos de vida con la razón de MME más altas es el comprendido en la adultez, resaltando en este la población de 40 a 49 años.
- La principal causa de MME durante el 2023, fueron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, seguidos por las complicaciones hemorrágicas, comportamiento similar al observado en los años anteriores lo cual ratifica, que, a pesar de los esfuerzos en el fortalecimiento de atención oportuna y adecuada se siguen presentando causas directas de MME.
- La letalidad en las mujeres que padecen una MME en el departamento es inferior al porcentaje nacional lo cual se puede interpretar que las estrategias departamentales de vigilancia epidemiológica tienen un impacto significativo.
- Es de resaltar que en el departamento de Antioquia se encuentra implementada la estrategia de servicios amigables con prioridad en los territorios con altas tasa de fecundidad en el curso de vida de adolescencia, acompañado de otras estrategias de intervención para la prevención de embarazos adolescentes.
- A través de la política nacional enmarcada en el plan de aceleración para la reducción de la muerte materna, se espera impactar de manera positiva en la disminución de este evento, dando continuidad a la capacitación permanente del talento humano en salud en las competencias relacionadas a la atención de las gestantes en el territorio y logrando el fortalecimiento de la Ruta Materno Perinatal con énfasis en los primeros niveles de atención.

6. Recomendaciones

- Fortalecer la implementación y aplicación de las RIAMP, rutas de atención integral materno perinatal desde las acciones individuales, colectivas y poblacionales en los territorios.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Continuar articulación de acciones interinstitucionales de acuerdo con sus competencias, deberes y funciones, en cada uno de los niveles de gestión para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud y los indicadores de resultados.
- Fortalecer las Búsquedas Activas Institucionales para garantizar la detección temprana de casos de Morbilidad Materna Extrema.

7. Limitantes

- La vigilancia de la MME se está haciendo directamente desde el SIVIGILA, volviendo el proceso más lento, complejo, manual y retrospectivo, por lo que se debe realizar un análisis con mayor grado de profundización con las cohortes de seguimiento de MME.
- El seguimiento a indicadores de MME SAT desde las UPGD y las UNM, no se realizan de forma inmediata, es retrospectivo.
- Falta de conocimientos de protocolo del evento y por ende el manejo de la información.
- Registros en SIVIGILA incompletos y variables mal registradas que muestran sesgos en la información.
- Los procesos de ajustes se hacen complejos porque después que notifican el caso en SIVIGILA no los completan o editan las variables erradas.

Elaboró:

- Luz Yaneth Becerra Salazar
Médico epidemióloga, maternidad segura SSSA
- Edison Giraldo
Gerente De Sistemas De Información En Salud SSSA.

Revisó y Aprobó

Amparo Liliana Sabogal
Funcionaria Referente Vigilancia epidemiológica.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



8. Referencias bibliográficas

1. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión del protocolo el 11-03-2023.
2. Reporte del evento Morbilidad_materna_extrema, 2024 a periodo epidemiológico 6 .





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

INFORME DEFECTOS CONGÉNITOS ANTIOQUIA 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	23
OBJETIVOS.....	23
MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
HALLAZGOS	31
DISCUSIÓN	39
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	42



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define los defectos congénitos como alteraciones estructurales o funcionales de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina, y son causados por factores genéticos, ambientales o ambos; pueden ser evidentes antes del nacimiento, en el nacimiento o más tarde en la vida. Los defectos congénitos se pueden clasificar según la severidad, dependiendo la repercusión anatómica y/o funcional en: defectos congénitos mayores y defectos congénitos menores. Los primeros son aquellos que si no se identifican y se manejan de forma oportuna impactan en la salud aportando a la carga de enfermedad global; mientras que los defectos congénitos menores son alteraciones que no impactan de manera significativa el estado de salud ni la calidad de vida.

Según la OMS cada año mueren anualmente 240.000 RN en los primeros años de vida por trastornos congénitos y estos provocan la muerte de otros 170000 niños entre el 1 mes y 5 años de edad. Las anomalías más comunes son los defectos estructurales del corazón, el labio hendido y el paladar hendido y los defectos del tubo neural, que ocurren en 5 a 7 por 1.000, 1,5 por 1.000 y 0,3 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. En años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los defectos congénitos representan entre el 2.1% de años perdidos, lo que explica que estas anomalías estén en la posición 10 en el mundo de las causas de carga de la enfermedad.

Las anomalías congénitas son la segunda causa de muerte neonatal e infantil después de la prematuridad en las Américas (1). Si se identifican en el periodo postnatal tienen una movilidad 5 veces mayor, pero cuando se hace en el periodo prenatal tienen un riesgo tres veces menor.

En Colombia, la prevalencia de defectos congénitos para el 2023, fue de 177,2 casos por cada 10.000 nacidos vivos, donde las malformaciones congénitas tienen una prevalencia de 161,5 casos, los defectos metabólicos de 11,0 p y los defectos sensoriales de 4,7 casos por cada 10000 nacidos vivos.

OBJETIVOS





2.1. Objetivos General

Describir el Comportamiento Epidemiológico del Evento Defectos Congénitos en el Departamento de Antioquia durante el primer periodo del 2024.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar la caracterización sociodemográfica de los defectos congénitos, en el departamento de Antioquia durante el primer periodo del 2024
- Identificar las variables de persona, tiempo y lugar de los casos de defectos congénitos, notificadas en SIVIGILA, identificando los factores determinantes de los casos para el primer periodo del 2024
- Identificar las subregiones y los grupos poblacionales con los mayores riesgos para defectos congénitos, en el departamento de Antioquia durante el primer periodo del 2024
- Evaluar los indicadores del protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el evento

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Definiciones operativas para defectos congénitos

- Caso probable: Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico probable de defectos congénitos (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas), cuando no es posible hacer la confirmación de su diagnóstico definitivo de manera inmediata.

No se incluyen las malformaciones menores cuando estas se presentan aisladas. Estas malformaciones menores se incluirán cuando acompañen una malformación mayor o cuando se evidencie la presencia de tres o más anomalías menores en un recién nacido.

No se incluyen las condiciones relacionadas con prematuridad en recién nacidos de 36 sem o menos de gestación y un peso menor a 2500 gr.





- Caso confirmado por clínica o laboratorio: Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico confirmado por clínica o laboratorio de un defecto congénito (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas).

Ajustes

- Ajuste 3: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación por laboratorio.
- Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica.
- Ajuste 6: Casos de defectos congénitos descartados.
- Ajuste 7: Casos de defectos congénitos en los que se requiere modificar o complementar información de alguna variable del caso.
- Ajuste D: Casos de defectos congénitos con error en la digitación del documento de identidad en datos básicos.

3.2. Definiciones operativas de caso para hipotiroidismo congénito

- Caso probable

Recién nacido vivo con prueba de TSH para tamizaje neonatal en cordón umbilical mayor al punto de corte establecido de 15 mUI/L.

Recién nacido vivo con prueba de TSH para tamizaje neonatal en talón mayor al punto de corte establecido de 10 mUI/L. Condiciones especiales:

- Condiciones especiales

En recién nacidos prematuros menores de 32 semanas, el tamizaje debe realizarse a las 72 horas con muestra de sangre procedente del talón y su punto corte es: $\geq 6 \mu\text{UI/mL}$.

En recién nacido prematuros de 32 semanas o más, el tamizaje tiene los mismos puntos de corte del recién nacido sano a término para el cordón y para el talón.

En recién nacido gemelos monocoriónicos, el tamizaje es igual que para el recién nacido a término o el recién nacido prematuro, según el caso.

Recién nacido prematuro (menor de 37 semanas), el retamizaje es a los 15 días del nacimiento, con muestra de talón con punto de corte $\geq 10 \mu\text{UI/mL}$.





Recién nacidos gemelos monocoriónicos a término, el retamizaje se indica a los 5 días de nacimiento con muestra de talón y punto de corte: $\geq 10 \text{ } 10 \text{ } \mu\text{UI/mL}$, si son recién nacidos prematuros, el retamizaje se indica a los 15 días de nacido con el mismo punto de corte del retamizaje.

- Caso confirmado por laboratorio

Recién nacido vivo con confirmación por laboratorio con TSH aumentada para el valor definido como rango normal para la técnica y L-T4 inferior al valor definido dentro de los valores de referencia para la técnica.

En el niño menor de un año que obtenga en las pruebas bioquímicas en suero niveles altos para la edad de TSH y valor bajo para L-T4. Se debe considerar también el valor de L-T4 en el límite inferior y se confirma hipotiroidismo congénito cuando no existen otras causas como la nutricional, o la secundaria a algún tratamiento o enfermedad distinta.

Ajustes

Ajuste 3: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación por laboratorio. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.

3.3. Definiciones operativas de caso para déficit auditivo congénito

- Caso probable

Recién nacido sin factores de riesgo de pérdida auditiva que no pasa la prueba de Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA).

Recién nacido con factores de riesgo de pérdida auditiva que no pasa la pruebas con los métodos de tamización definidos: Emisiones Otoacústicas (EOA) y Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA).

- Factores de riesgo de pérdida auditiva

Antecedente familiar de sordera, bajo peso al nacer, prematurez, estigmas asociados a síndromes, meningitis o neuro infección, hiperbilirrubinemia, antecedente materno de exposición a ototóxicos, examen neurológico anormal, traumas prenatales que pueden afectar al feto, trastornos respiratorios, traumas perinatales, infecciones maternas (STORCH, VIH, Zika, Chikungunya), hipoxia perinatal, recién nacido que requiere maniobras de reanimación, hipotiroidismo congénito y errores innatos del metabolismo.





- Caso confirmado por clínica

Recién nacido en el cual se confirma por examen diagnóstico (RATEA) una alteración auditiva de origen congénito.

- Ajustes

Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.

3.4. Definiciones operativas de caso para déficit visual congénito

- Caso probable

Recién nacido con alteración visual/ocular identificada con los métodos de tamización (prueba del reflejo rojo, inspección externa, examen pupilar y reflejo luminoso corneal) a través de los hallazgos clínicos del examen físico.

- Caso confirmado por clínica

Recién nacido en el cual se confirma por oftalmología alteración visual/ocular de origen congénito.

- Ajustes

Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.

3.5. Definiciones operativas de caso para cardiopatía congénita compleja

- Caso probable

Recién nacido con pulsioximetría a las 24 horas del nacimiento por debajo del punto de corte o con una diferencia mayor a 4 % entre la pulsioximetría pre y post ductal, según el procedimiento de tamizaje.

- Puntos de corte

Menor a 1500 metros sobre el nivel del mar: SPO2 90-94 % Mayor a 1500 metros sobre el nivel del mar. SPO2 90-92 %





- Caso confirmado por clínica

Recién nacido en el cual se confirma una cardiopatía congénita compleja de origen congénito por Ecocardiograma Transtorácico.

- Ajustes

Ajuste 4: Casos de defectos congénitos que recibieron confirmación clínica. Ajuste 6: Casos de defectos congénitos que son descartados.

3.6. Definición de indicadores del protocolo

- Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año: Corresponde al número de casos de defectos congénitos en menores de un año por cada 10 000 nacidos vivos en un periodo de tiempo a analizar.
- Letalidad por defectos congénitos: Corresponde a la proporción de defunciones registradas con defectos congénitos con respecto a la población de casos notificados para el evento. Fuente oficial de muertes en el DANE.
- Prevalencia de defectos del tubo neural en menores de un año: Corresponde al número de casos de defectos del tubo neural en menores de un año por cada 10 000 nacidos vivos.
- Prevalencia de déficit auditivo en menores de un año: Corresponde al número de casos de déficit auditivo en menores de un año por cada 10.000 nacidos vivos.
- Prevalencia de defectos congénitos visuales en menores de un año: Corresponde al número de casos de defectos congénitos visuales en menores de un año por cada 10.000 nacidos vivos.
- Prevalencia de cardiopatía congénita compleja en menores de un año: Corresponde al número de casos de cardiopatía congénita compleja en menores de un año por cada 10.000 nacidos vivos.
- Prevalencia de defectos congénitos metabólicos en menores de un año (además se debe desagregar en hipotiroidismo congénito y otros errores innatos del metabolismo): Corresponde al número de casos de defectos metabólicos en menores de un año por cada 10000 nacidos vivos





- Proporción de casos de tamizaje neonatal con ajuste (se debe desagregar este indicador en tamizaje metabólico, visual, auditivo y de cardiopatía congénita compleja): Corresponde a la proporción de casos probables de tamizaje neonatal confirmados y descartados.

3.7. Fuentes de información

Para la vigilancia del evento de defectos congénitos en el primer periodo del 2024, se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- Fuente primaria: Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento defectos congénitos (código: 215).
- Fuente secundaria: Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento defectos congénitos estas fuentes corresponden a:
 - Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.
 - Historias clínicas.
 - Registro de nacidos vivos – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.
 - Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.
 - Registro de pruebas de laboratorio – tomado del Repositorio Nacional de Tamizaje Neonatal

3.8. Análisis de los datos

El proceso de recolección de datos producto de la notificación a SIVIGILA y el proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se realiza según lo establecido en el Manual del Usuario Aplicativo SIVIGILA. Dadas las características multifactoriales de los defectos congénitos relacionadas con las condiciones del entorno de la mujer gestante, la información para el evento debe ser analizada por el departamento/distrito de residencia de los casos. En la depuración de la base del evento se realiza teniendo en cuenta





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

menor notificado (cara A) y número de identificación de la madre del menor (cara B). Se seleccionará el registro a conservar teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Si hay un caso con ajuste 6 o D, se conserva el otro registro.
- Si los casos no tienen ningún ajuste, se revisa la condición final.

Se conserva el caso que contenga la mortalidad en los siguientes casos:

- Si los casos tienen la misma condición final, se conserva el que este confirmado por ajustes 3 o 4 en la variable ajuste o tipo de caso.
- Si los casos se encuentran confirmados por tipo de caso o ajuste, se verifica la calidad de la información y se conserva el que tenga la mejor definición del diagnóstico y del código CIE 10 y finalmente, si los criterios anteriores no permiten definir el caso que se debe confirmar, se seleccionara el que tenga la fecha de notificación más reciente.

El siguiente paso es identificar las condiciones relacionadas con la prematuridad. Para esto se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- Variable edad gestacional: casos con edad gestacional menor a 36 semanas.
- Variable peso al nacer: casos con peso inferior a 2 500 gramos.
- Variable unidad de medida de la edad del caso: casos con unidad de medida 3, 4 y 5 (días, minutos y horas).

En los casos resultantes, se realizará búsqueda de malformaciones congénitas que se relacionan con condiciones de prematuridad. Posteriormente se revisará la codificación de los defectos identificando a aquellos que correspondan a defectos congénitos menores que no cumplan con la definición de caso del evento para solicitar ajuste 6. Finalmente, se identifican los casos probables captados por tamizaje neonatal (hipotiroidismo congénito, déficit auditivo, déficit visual y cardiopatía congénita compleja) a los que tienen ajuste 0 o 7. Esto permite la gestión de los ajustes correspondientes a tamizaje neonatal dentro de los tiempos establecidos para el evento. Para el análisis del evento se excluyen los casos con ajustes 6, D, defectos congénitos asociados a prematuridad, repetidos y notificados con defectos congénitos menores.

Los ajustes a la información de casos probables de defectos congénitos y la clasificación final de estos eventos se deben realizar a más tardar en dos (2) periodos epidemiológicos,





exceptuando a los defectos objeto de tamizaje neonatal (metabólico, visual, auditivo y de cardiopatía compleja) que tienen como plazo máximo un (1) periodo epidemiológico. Los defectos que sean notificados durante la etapa prenatal como caso probable se ajustaran al momento del nacimiento.

HALLAZGOS

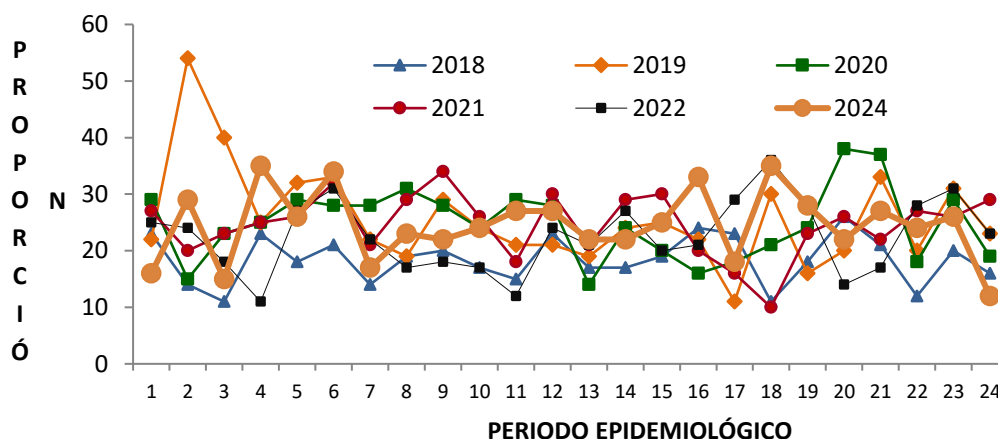
A continuación, se presentan de manera detallada los principales hallazgos en la Vigilancia Epidemiológica del Evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía en el departamento de Antioquia durante el primer semestre del año 2024 (semana epidemiológica 24).

La vigilancia del evento defectos congénitos se analiza teniendo en cuenta diferentes causas, como se define en el protocolo de Defectos Congénitos, del Instituto Nacional de Salud (Código 215) A continuación, se presentan los principales hallazgos en la vigilancia epidemiológica del evento en el departamento de Antioquia durante el año 2023.

4.1 Variables de interés

La distribución porcentual de los casos de defectos congénitos, por semana epidemiológica en Antioquia entre los años 2018 - 2023 (Gráfico 1) hasta la semana 24, se observa que la mayor proporción de eventos notificados durante el periodo de estudio, se presentaron en la semana epidemiológica 2 del año 2019. En contraste, durante el primer periodo del año 2024, se observa mayor proporción de eventos notificados en la semana 4 y 18 es del 45%

Gráfica 1. Distribución de los casos de defectos congénitos, por semana epidemiológica Antioquia 2018-2023, semana 24.



Fuente: SIVIGILA 2024.



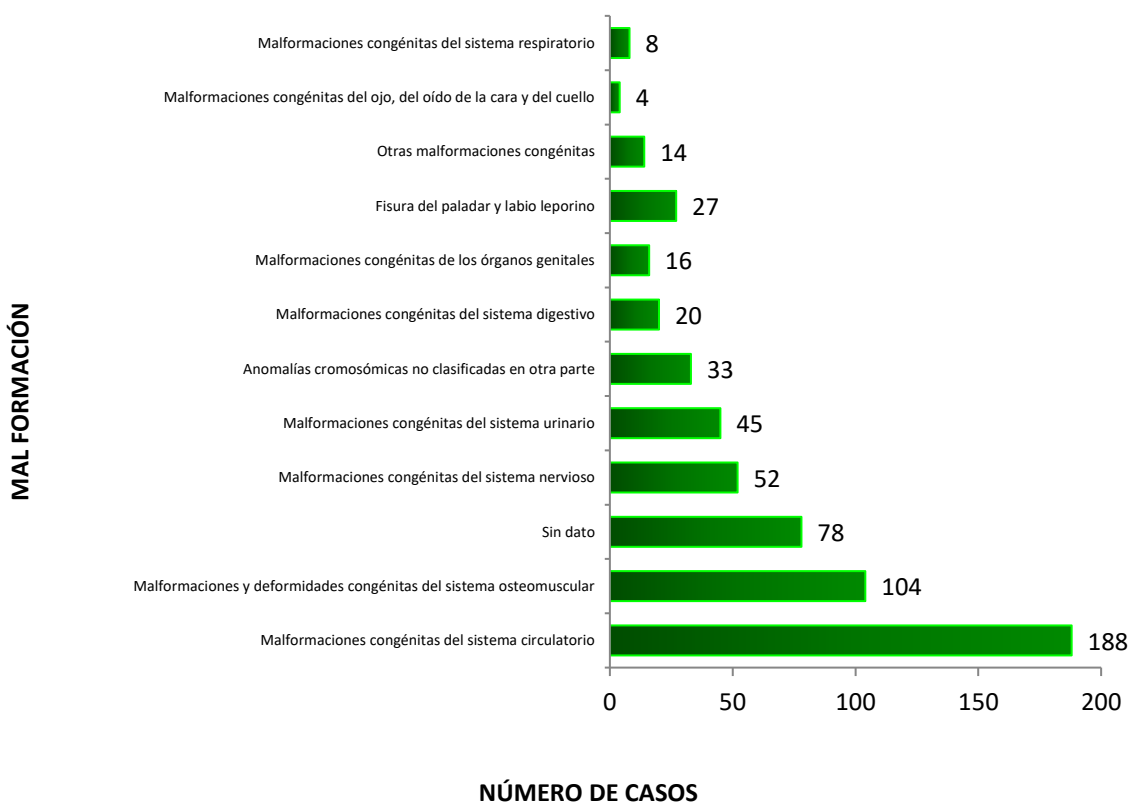


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Las malformaciones congénitas del sistema circulatorio (188 casos), tiene el mayor número de casos con tipo de defecto definido, seguido se encuentran las malformaciones congénitas del sistema osteomuscular (104 casos) y las malformaciones congénitas del

sistema nervioso (52 casos). Se evidencia que 87 casos (13,25%) están clasificados dentro de la categoría sin datos, esto expone los problemas de la calidad de la captación de los datos y el sesgo que este puede presentar para los análisis.

Gráfica 2. Distribución de los casos de defectos congénitos, según tipo de defecto, Antioquia, SE 24, 2024.



Fuente: Sivigila 2024

En cuanto a la Incidencia de defectos congénitos por subregión. Antioquia, SE 24 2024p (Grafico 3) se identifica que el Departamento presenta Tasa de incidencia 10 por cada 1000 NV; 3 de las 9 subregiones tienen incidencia por encima del referente departamental. La subregión del Oriente tiene la incidencia más alta en el departamento con 16,2 casos por cada



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



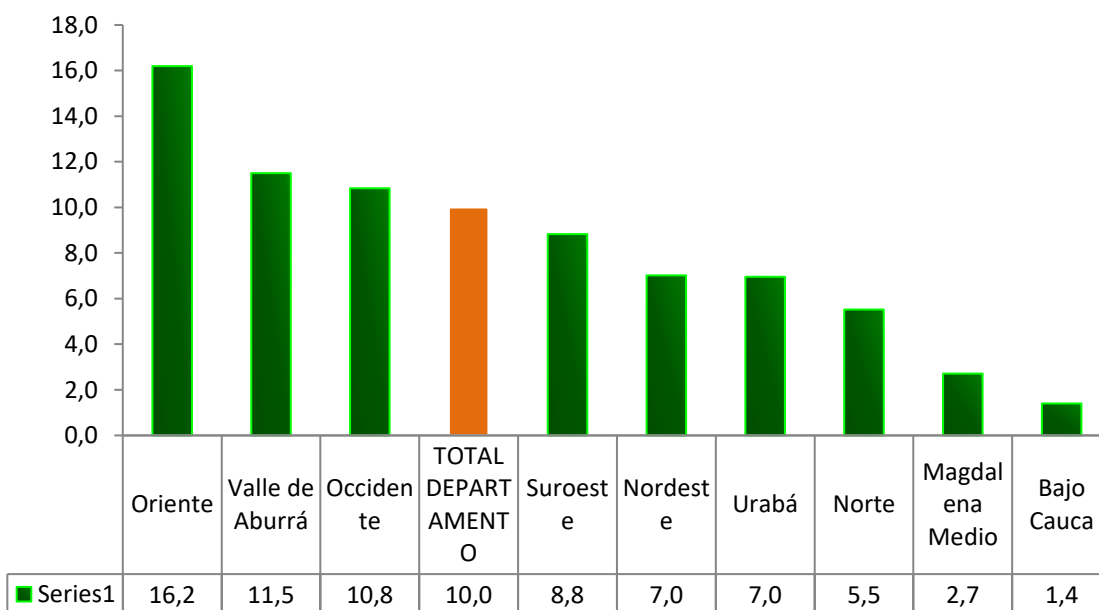
SC4887-1



mil nacidos vivos, seguida por Valle de Aburrá y occidente con 11,5 y 10,8 casos por cada 1000 nacidos vivos respectivamente.

Las tasas de incidencia más baja la presentan el Bajo Cauca con 1,4 casos por cada 1000 nacidos vivos en esta subregión. Se puede inferir que estos casos de Defectos congénitos, entre muchas causas, pueden deberse a una alta actividad de fumigación o aspersión de sustancias para el control de insecticidas, plaguicidas en la agricultura, lo cual es muy frecuente en algunas zonas del departamento; pero también se le puede atribuir a otros factores de tipo genético u otras situaciones.

Gráfica 3. Incidencia de defectos congénitos, según subregión. Antioquia, SE 24, 2024p



Fuente: Sivigila 2024

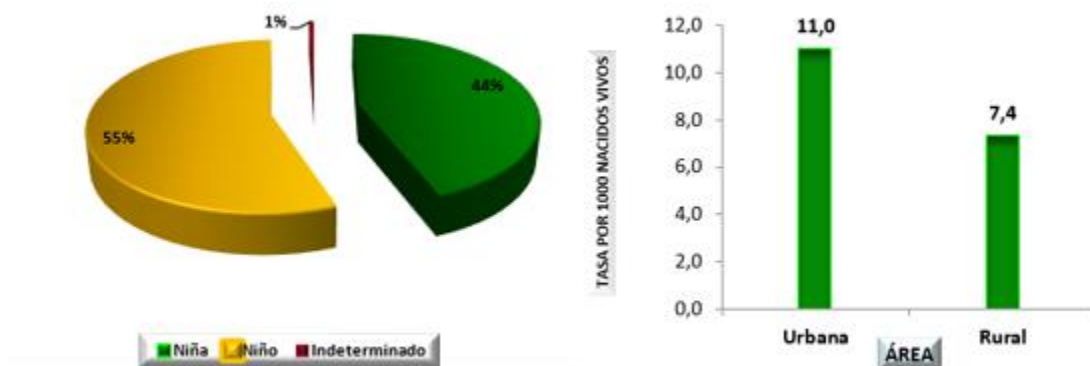
4.2 Variables Sociodemográficas

Al examinar la tasa de incidencia de los defectos congénitos en función del área de residencia, se evidencia una diferencia significativa: en áreas urbanas, la tasa es notablemente mayor, registrando 11,0 casos por cada 1000 nacimientos vivos (NV), en comparación con los 7,4 casos por cada 1000 NV en áreas rurales. Además, se observa que el sexo masculino constituye el 55% de los casos reportados, mientras que el sexo femenino representa el 44%.





Gráfica 4. Incidencia de defectos congénitos, según área de residencia y proporción según el sexo. Antioquia, SE 24, 2024p



Fuente: Sivigila 2024

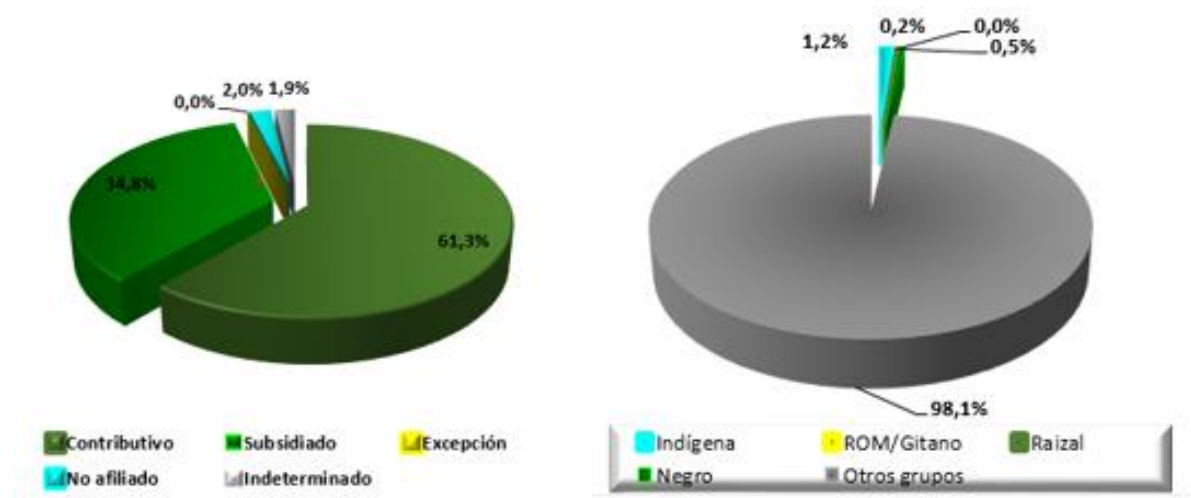
La distribución de los casos de defectos congénitos según la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se presenta en la siguiente gráfica, donde se destaca que la mayoría de los casos se concentran en el Régimen Contributivo, alcanzando el 61,3% del total. El 1,9% no es claro a si están o no afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Con respecto al grupo étnico, se observa que la mayor proporción de casos se encuentra dentro de la clasificación 'otro', lo que dificulta una clasificación precisa según la pertenencia étnica de la población. Esta falta de precisión impide conocer con exactitud los porcentajes poblacionales necesarios para ofrecer una atención diferenciada, tal como se establece en los protocolos de atención en salud para los distintos grupos étnicos en el territorio colombiano.





Gráfica 5. Distribución porcentual de los casos de defectos congénitos según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Social en Salud y Según la Etnia. Antioquia, SE24, 2024p.



Fuente: Sivigila 2024

En la distribución porcentual de los casos de defectos congénitos según la clasificación del caso y el grupo de edad de la madre, se destaca que un 83% de las madres cuyos embarazos presentaron defectos congénitos se sitúan en el rango de edad de 20 a 39 años. Por otro lado, un 11,4% de las madres son menores de 20 años, mientras que las mujeres mayores de 40 años representan el 5,6% de los casos.

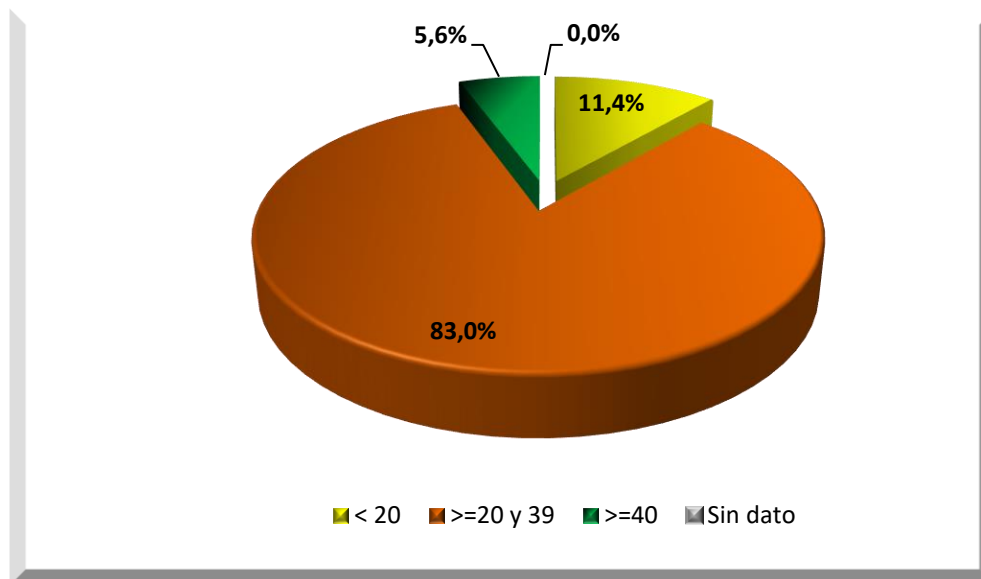
Es importante señalar que, si bien la mayoría de las madres gestantes se encuentran en la franja de edad productiva, no podemos pasar por alto la persistencia del embarazo en adolescentes, un tema de preocupación tanto a nivel departamental como nacional. Esta realidad nos insta a abordar de manera integral y urgente las implicaciones y desafíos que enfrentan las madres jóvenes en el contexto del embarazo y la salud reproductiva.

Por otra parte, en el departamento, se está apuntando al fortalecimiento de la atención primaria en salud, relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva con estrategias de alto impacto social.





Gráfica 6. Distribución porcentual de los casos de Defectos Congénitos según grupo de grupo de edad de la Madre. Antioquia, SE 24, 2024



Fuente: Sivigila 2024

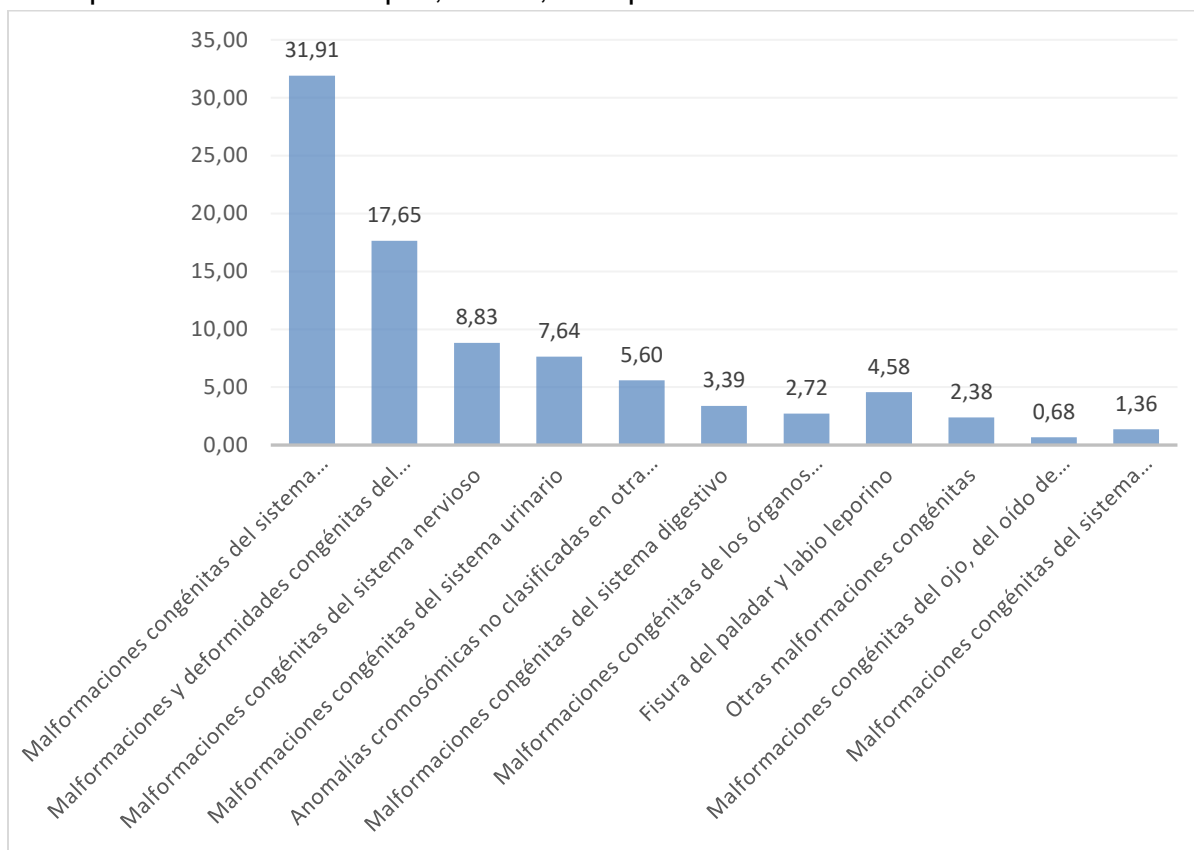
4.3 Indicadores del protocolo

Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año, según el tipo de defecto: En Antioquia, la prevalencia se observa en las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con 31,91 casos por 10.000 nacidos vivos, seguido de las malformaciones congénitas del sistema osteomuscular con 17,65 casos por 10.000 nacidos vivos y las malformaciones congénitas del sistema nervioso central con 8,83 casos por 10.00 nacidos vivos.





Gráfico 7. Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año por cada 10.000 NV, según el tipo de defecto. Antioquia, SE 24, 2024p.



Fuente: Sivigila 2024

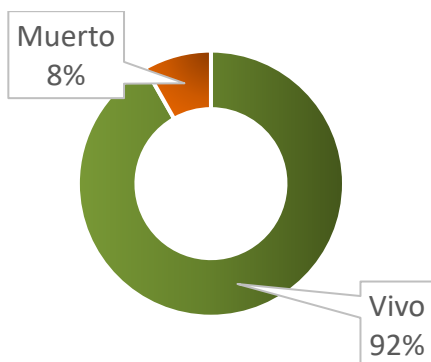
La letalidad por defectos congénitos se sitúa en 8,15 casos por cada 100 casos notificados. Esto indica que, de cada 100 casos de defectos congénitos reportados, aproximadamente 8,15 resultan en fallecimiento. Este dato subraya la importancia de abordar los defectos congénitos no solo desde una perspectiva de detección y tratamiento, sino también desde la prevención y el manejo adecuado para reducir el impacto negativo en la salud y la mortalidad infantil.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Gráfico 8. Porcentaje de mortalidad por defectos congénitos. Antioquia, SE 24, 2024p



Fuente: Sivigila 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





DISCUSIÓN

La red institucional prestadora de servicio de salud, de las empresas administradoras de los planes de beneficio y de las secretarías de salud de los diferentes entes territoriales no conoce el protocolo de defectos y defectos del sistema nervioso central (código 215) del Instituto nacional de salud, por lo anterior, hay dificultades en la vigilancia activa del evento, lo cual se traduce en una baja notificación del evento y claramente una no adherencia al protocolo.

En el 100% de los casos de defectos congénitos de sistema nervioso central, no se cumplió con el protocolo, por desconocimiento de este y por no claridad de los mecanismos de referencia para las ayudas diagnósticas de alta complejidad.

En los casos analizados, no se encuentra ningún evento de defecto del sistema nervioso central asociado a Zika, ni por sospecha clínica ni por laboratorio resultados de laboratorio.

En general, el incumplimiento de protocolos con los estándares mínimos de calidad, guías de práctica clínica y la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, lo que dificulta lograr un nivel mínimo de calidad de atención en salud. Adicionalmente, se identifica un bajo nivel de entrenamiento en los programas de AIEPI clínico y comunitario, reanimación neonatal, lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- Es crucial difundir ampliamente el protocolo del evento de defectos congénitos (COD 215-INS) en el departamento de Antioquia, asegurando que todos los actores del sector salud estén familiarizados con él.
- Es imperativo que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UPGD) cumplan con los lineamientos técnicos y operativos nacionales para el grupo de riesgo Materno Perinatal, según lo establecido en la resolución 3280 de 2019, así como con los estándares mínimos de habilitación (Res. 3100 de 2019) para asegurar una atención óptima y oportuna en todos los puntos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), especialmente en las atenciones individuales.
- Se requiere mejorar la calidad de los datos registrados por el personal asistencial y administrativo en los registros de atención en salud, certificados de defunción y fichas de notificación de eventos de interés en salud pública.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Es necesario fomentar una cultura sólida de notificación de eventos en salud pública
- En los procesos de contratación de personal de salud, se debe asegurar que cumplan con los requisitos mínimos establecidos en los estándares de Habilitación (Resolución 3100 de 2019), como la certificación en reanimación básica y avanzada, y reanimación neonatal.
- Se deben implementar procesos de auditoría institucional enfocados en evaluar la adherencia a los protocolos de vigilancia epidemiológica y la gestión de acciones para la detección de condiciones subyacentes, lo que permitirá fortalecer la vigilancia epidemiológica de manera efectiva.
- Es fundamental fortalecer los comités de vigilancia epidemiológica a nivel institucional y municipal para obtener análisis confiables que identifiquen las causas reales de los defectos congénitos y su etiología.
- Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) desempeñan un papel crucial en la atención integral de familias gestantes o niños con diagnósticos de defectos congénitos, por lo que deben tener claro el protocolo COD215-INS, gestionar los reportes del SIVIGILA y definir responsabilidades acordes a la patología y la ruta de riesgo.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud y las EAPB deben tener procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica definidos para los diferentes momentos de la RIAMP, garantizando que el personal esté familiarizado y cumpla con estos documentos.
- Es esencial que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios cumplan con las acciones correspondientes al grupo de riesgo materno perinatal según la RIAMP (Resolución 3280 de 2018), incluyendo acciones individuales, red primaria y complementaria para la prestación de servicios, y coordinación con el territorio para atenciones colectivas.
- Se debe fortalecer el componente de consulta preconcepcional en instituciones de salud y EAPB, incluyendo su implementación, protocolos y derivación de pacientes.
- Los entes territoriales deben implementar el Modelo de Acción Territorial (MAITE) y promover la intersectorialidad para garantizar la salud de sus poblaciones, enfocándose en acciones colectivas y poblacionales para el grupo de riesgo Materno Perinatal.
- Es necesario coordinar acciones entre los actores del sistema de salud para eliminar barreras en la atención del grupo de riesgo Materno Perinatal.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Se debe promover la derivación al componente preconcepcional de familias con intención reproductiva a corto plazo durante las acciones de atención individual, colectiva y poblacional, según los lineamientos de la RIAMP (Resolución 3280 de 2018).
- Se debe implementar una descentralización adecuada del sistema de atención primaria en salud, considerando las diferencias territoriales, especialmente en municipios con alta ruralidad.
- Es crucial adaptar metodologías para la atención de grupos poblacionales con enfoque diferencial, como la atención a comunidades indígenas.
- Se deben optimizar los sistemas de retroalimentación de información obtenida en análisis de eventos de salud para mejorar la calidad en todos los escenarios de atención en salud.
- La gestión de riesgos, planes de mejora y programas de capacitación continua deben ser fundamentales en el accionar de todos los entes del sector salud, incluyendo departamentos, municipios, RIPSS y EAPB.

Elaboró:

- Luz Yaneth Becerra Salazar
Médico epidemióloga, maternidad segura SSSA
- Edison Giraldo
Gerente De Sistemas De Información En Salud SSSA.

Revisó y Aprobó

Amparo Liliana Sabogal
Funcionaria Referente Vigilancia epidemiológica.



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. 63. asamblea mundial de la salud A63/10 Punto 11.7 del orden del día provisional 1 de abril de 2010. [Internet]. Ginebra, 2010 [citado 2014 febrero 12]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pdf.
2. Vos T, Lim S, Abbafati C, Abbas K, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Global Health Metrics*. 2020; 396: 1204-22. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext).
3. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber R, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Articles*. 2016; 388: 1459- 1544. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31012-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31012-1/fulltext).
4. Christianson A, Howson CP, Modell B. *Global Report on Birth Defects: The Hidden Toll of Dying and Disabled Children*. White Plains, New York. 2006. Disponible en: <https://www.marchofdimies.org/materials/globalreport-on-birth-defects-the-hidden-toll-of-dying-and-disabled-children-executive-summary.pdf>.
5. Instituto Nacional de Salud. Subdirección Red Nacional de Laboratorios. Tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito. Disponible en: Microsoft Word - Tamizaje (04- 09-2014) PUBLICAR (ins.gov.co)
6. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Defectos congénitos Bogotá D.C.: INS; 2024

