



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## **INFORME FINAL SOBRE DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. ANTIOQUIA, 2020.**

**Dirección de Salud Colectiva**

**Proyecto:**

**Maternidad Segura.**

**Líder del proyecto:**

**Adriana González.  
Referente de Maternidad Segura.**

**Nombre de los profesionales:  
Claudia Ceballos.  
Catalina Echeverry.  
Jairo Hernán Zapata Lopera.**

**Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.**

**07 mayo de 2021.**





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción. ....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Panorama mundial.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Objetivo general.....</b>  | <b>6</b>  |
| Objetivos específicos.....  | 6         |
| Definiciones de caso e indicadores.....   | 7         |
| Fuentes de información. ....  | 8         |
| <b>Hallazgos:.....</b>  | <b>9</b>  |
| Comportamiento del evento .....   | 9         |
| <b>Tendencia de la razón de mortalidad materna comparativo Antioquia. 2012-2020. ....</b> | <b>10</b> |
| Razón y casos de MME según grupo de edad de la madre .....                                | 13        |
| Comportamiento de otras variables de interés.....   | 14        |
| Principales indicadores de MME, Antioquia 2020 .....                                      | 17        |
| Conclusiones: .....   | 18        |
| Discusión.....  | 20        |
| Limitaciones. ....  | 21        |
| <b>Recomendaciones.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>  | <b>24</b> |





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## INTRODUCCIÓN.

### PANORAMA MUNDIAL.

Entre los objetivos del desarrollo sostenible, en el componente de 3, se plantea el mejoramiento en la salud de las mujeres. La meta es reducir la mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos, así como poner fin a las muertes de los recién nacidos evitables con el objetivo de conseguir una tasa de 12 muertes por 1000 nacidos vivos para el año 2030 (1)

La razón de mortalidad materna en el mundo para el 2015 fue de 216 muertes por cien mil nacidos vivos, datos del Banco Mundial. La razón para América latina y el Caribe es de 67 muertes por cien mil nacidos vivos. En nuestro país fue de 64 muertes por cien nacidos vivos. La tendencia es hacia la disminución, sin embargo, las dificultades en las regiones persisten, dificultado el logro de los objetivos trazados. (2)

A su vez la razón de morbilidad materna extrema RMM es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 %, en América Latina, a 5,7 %, en Asia y 14,9 %, en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del norte (3).

En nuestro país se adoptó la vigilancia de la morbilidad materna extrema desde el año 2012 con un incremento del reporte de los casos en forma ascendente explicado por el fortalecimiento del proceso.

Para Colombia la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, está definida como una estrategia desde el Plan Decenal de salud pública. (4)

La Ruta integral de atención materno perinatal, vigente desde el año 2019, describe la atención integral para las mujeres de 10 a 54 años. La vigilancia del evento es primordial para la reducción de la mortalidad materna en Colombia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo ; considera que la vigilancia de la MME es una estrategia transversal para la reducción de desenlaces fatales, porque proporciona evidencia sobre las causas y los factores sociales contribuyentes, además de los resultados





en términos de la calidad de la atención en salud que reorientan las acciones en salud pública.

En el año 2019 se modifican los criterios de inclusión con el propósito de que se mejore la precisión en la definición de caso, se fortalecen además los lineamientos para la notificación inmediata.

Las empresas administradoras de planes de beneficios en articulación con su red de atención, deben garantizar la atención oportuna e integral de las mujeres con morbilidad materna extrema, y realizar el seguimiento en los tres momentos definidos en el protocolo.

Las causas principales de morbilidad materna extrema han sido históricamente los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas. El grupo de edad con la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema ha sido el de 20 a 24 años, pero la mayor razón de morbilidad se ha presentado en las mujeres con edades extremas (de 35 y más años y las mujeres menores de 15 años)

Los criterios clínicos de alteración del estado de conciencia, la oliguria y las convulsiones están asociados a eventos que potencialmente amenazan la vida. Las pruebas de laboratorio asociadas a esta condición fueron creatinina mayor o igual a 1,2 mg/dl, recuento de plaquetas menor a 100.000 y transaminasa oxaloacética mayor o igual a 70U/L (5).

El término "near miss morbidly", fue descrito por Stones et al en el año 1991, debido al gran número de complicaciones graves del embarazo que pueden amenazar la vida.(6)

La evolución desde la normalidad hacia la morbilidad y la mortalidad durante la gestación están asociados con el tipo de evento, los factores demográficos y sociales, las características de la institución y la actitud de la paciente hacia el sistema de salud(7).

la OMS realizó la definición de morbilidad materna extrema como: "una mujer que casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo' (8).

La vigilancia de la morbilidad materna extrema aporta de manera significativa a la evaluación del estado de salud materna en Colombia, tanto para la formulación e implementación de estrategias para mejorarla, como para evitar la mortalidad y la discapacidad que pueden generar sus complicaciones.(9)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

El plan decenal de salud pública define como una estrategia, la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, además el fortalecimiento de los sistemas de información (10).

Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para población materno-perinatal establecida dentro del Modelo Integral de Atención en Salud incluye actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos donde transcurre la vida de las personas.(11).

la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema posibilita estimar la magnitud y tendencia del evento, activar los mecanismos de respuesta inmediata y orientar las acciones para mejorar la calidad de atención obstétrica en busca de la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal en el territorio nacional.

A continuación se describen los hallazgos de la revisión de la la base de Datos SIVIGILA par el año 2020.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## OBJETIVO GENERAL

Conocer el comportamiento epidemiológico de la morbilidad materna extrema en el departamento de Antioquia.

### Objetivos específicos

- Caracterizar el evento en términos de las variables demográficas y sociales disponibles para análisis.
- Identificar las regiones del departamento con los mayores riesgos para la salud materna.
- Identificar los factores susceptibles de intervención para orientar la toma de decisiones.





## Definiciones de caso 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 el inicio de síntomas y la notificación del caso.

**Razón de morbilidad materna extrema:** Indica la prevalencia de MME. El numerador son los casos de MME y el denominador el número de nacidos vivos. El resultado se multiplica por mil. Este indicador representa el número de mujeres que están sufriendo complicaciones graves por cada mil nacidos vivos en un periodo de tiempo. La meta de acuerdo al protocolo del INS es que sea menor a 8 casos de morbilidad materna extrema por mil nacidos vivos.

**Índice de letalidad en mujeres con morbilidad materna extrema:** Indica la letalidad en las mujeres con MME y se calcula dividiendo las muertes maternas (MM) sobre los casos de MME más MM para el mismo periodo y se multiplica por 100. Este indicador representa el número de casos de muerte que ocurren por cada 100 mujeres que sufren complicaciones graves durante el embarazo, parto y puerperio en un lugar y período definidos. La meta del indicador fue definida por el INS en el protocolo del año 2014 en menos de 4 muertes por 100 casos de MME. Sin embargo, la OMS recomienda que este indicador no supere el 1%, y se calcula con la totalidad de las muertes maternas que ocurren en el periodo, independientemente de la evitabilidad.

**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 al 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 este indicador no hay meta establecida en ninguno de los protocolos del INS (Revisado en el último protocolo publicado en diciembre del año 2019).

**Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión:** Configura una idea de la gravedad o grado de compromiso de las mujeres en el momento que sufren una complicación obstétrica grave; a mayor número de criterios de inclusión mayor gravedad. En el protocolo de vigilancia en salud pública de 2019, no se definió meta para este indicador.

**Relación criterios caso por causa principal:** refleja la severidad y el grado de compromiso en la salud materna. Es la sumatoria de los criterios de inclusión relacionados en los casos, según causa principal, dividido por los casos de MME según causa principal. La meta de acuerdo al protocolo de MME del INS del año 2014, es menor de cinco.

**Incidencia de eclampsia:** Indica la incidencia de eclampsia en las mujeres con MME y se calcula dividiendo el número de casos de MME con eclampsia sobre los nacidos vivos para el periodo y se multiplica por mil (1000).

#### **Fuentes de información.**

La fuente de información para identificar los casos de MME fueron los archivos planos del SIVIGILA de 2012 a 2020. Para el año 2020, se incluyeron los casos de mujeres que sufrieron complicaciones extremas y que eran residentes en el departamento de Antioquia, notificados por las instituciones del país, durante el periodo comprendido entre el 29 de diciembre de 2019 y el 31 de diciembre de 2020.

Cuando se detectaron casos en los que la fecha del egreso no coincidía con el periodo de seguimiento, o incluso el año en el cual fue notificado, se asignó el caso al mes correspondiente de acuerdo a la fecha de egreso y no de notificación. Para estos casos la fecha de egreso fue calculada sumando el número total de días hospitalización a la fecha de hospitalización.

Para el cálculo de los indicadores del año 2020, el denominador utilizado fueron los nacidos vivos de mujeres residentes en Antioquia publicados por el DANE para el año 2019, actualizados con corte a diciembre del año 2020. Los casos de muertes fueron identificados en la base de datos de defunciones RUAF ND, en el Sistema







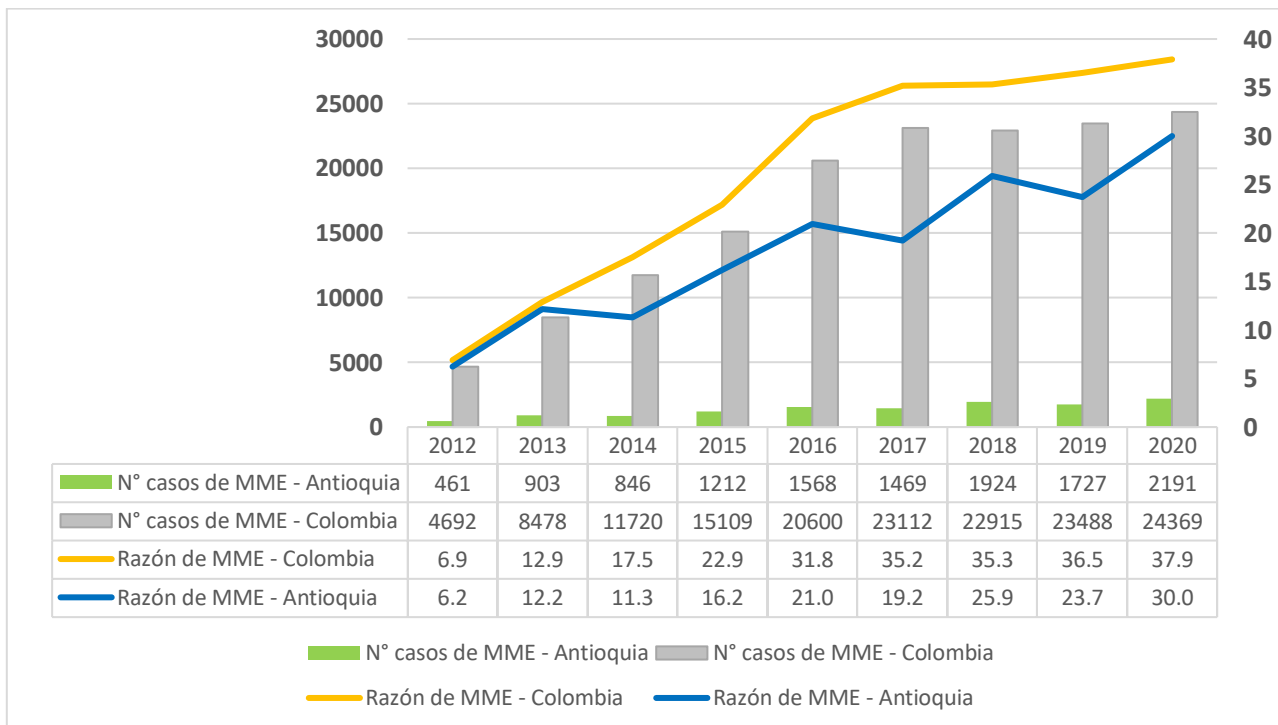
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basada en la Web – SVEMMBW-, en el SIVIGILA con corte al 31 de diciembre.

## HALLAZGOS:

### Comportamiento del evento

#### Comparativo morbilidad materna extrema Colombia –Antioquia 2012-2020.

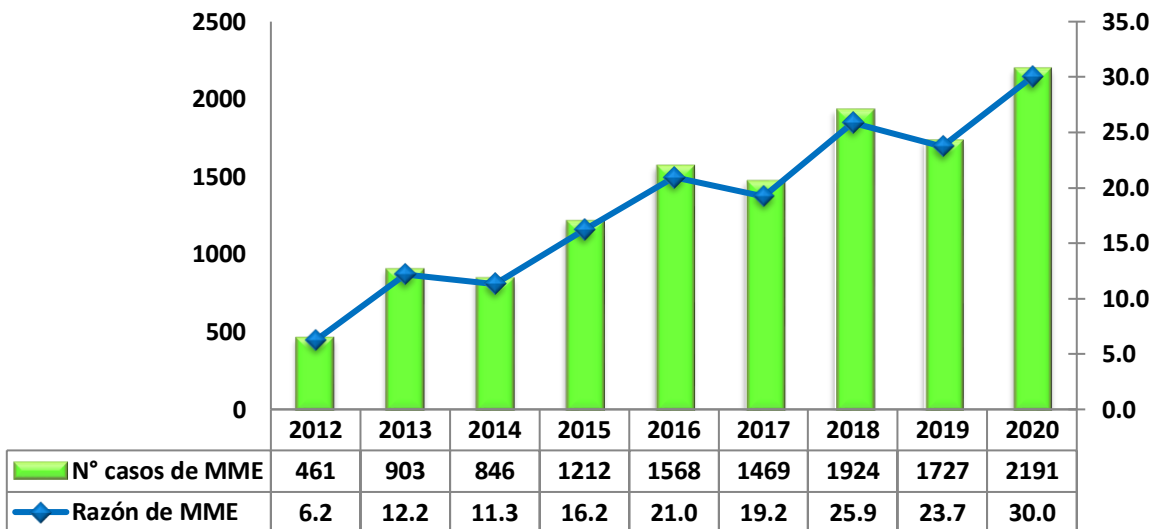


En la gráfica se aprecia como desde el año 2012, cuando se inició la vigilancia de la morbilidad materna extrema en el país, se han venido incrementando tanto los casos como la razón de morbilidad materna extrema en Colombia y en el departamento de Antioquia. Nuestro departamento ha presentado en el período valores de morbilidad materna extrema inferiores a la nación.

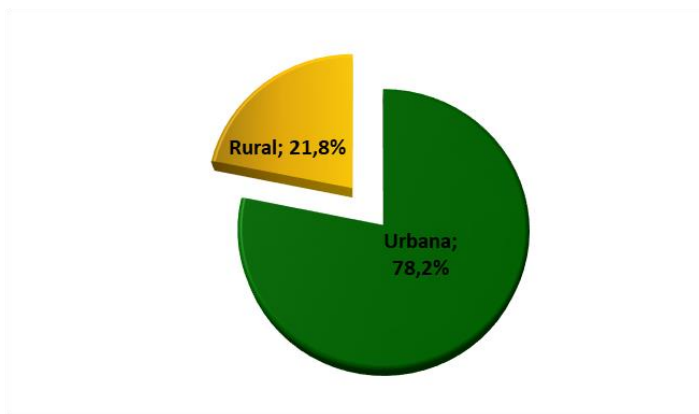




## TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA COMPARATIVO ANTIOQUIA. 2012-2020.



La tendencia en el período para el departamento de Antioquia es hacia el aumento de los casos. en el año 2020 se presentó un aumento de los eventos reportados en 26% con relación al año inmediatamente anterior.



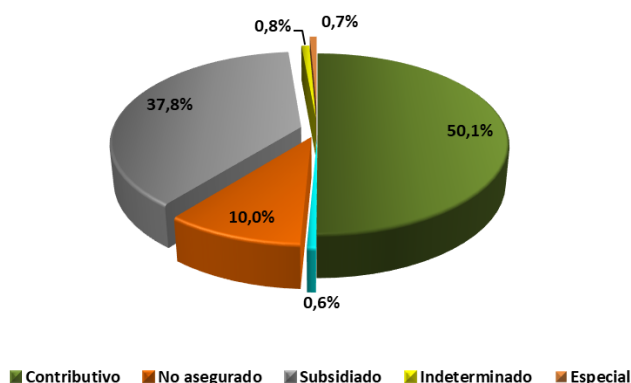
. Distribución porcentual de los casos de MME, según área de residencia. Antioquia 2020 (n=2.187).





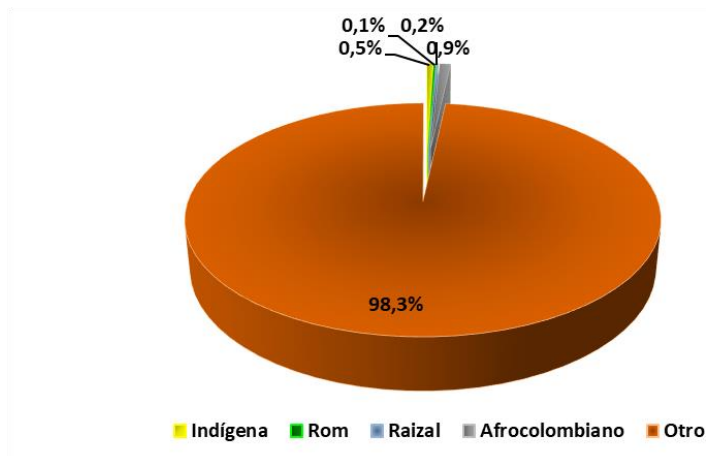
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Los casos de morbilidad materna extrema en el año 2020, se presentaron en su mayoría en el área urbana con una proporción del 78%, en comparación con el área rural.



Distribución porcentual de los casos de MME, según afiliación al régimen de seguridad social en salud. Antioquia 2020

Con relación a la distribución de los casos de morbilidad materna extrema, con respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, encontramos que 50,1% de los casos pertenecen al régimen contributivo, el 37,8% están afiliados al régimen subsidiado y el porcentaje restante no tienen aseguramiento o pertenecen al régimen especial.



. Distribución porcentual de los casos de MME, según etnia. Antioquia, 2020 (n=2.187)

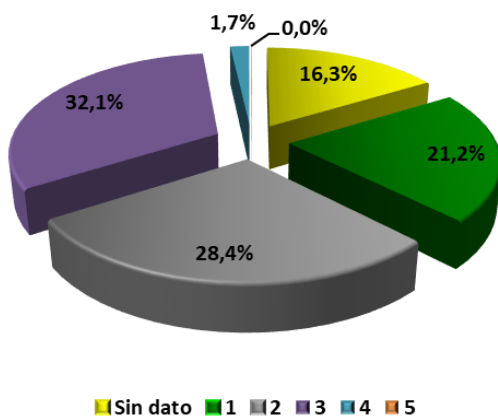




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En el 98,3% de los casos, las mujeres que sufrieron morbilidad materna extrema en el año 2020, en el departamento de Antioquia, pertenecían a la etnia otros. En porcentajes menores aparecen las otras etnias: indígena, raizal y Rom.



Distribución porcentual de los casos de MME, según estrato socioeconómico. Antioquia, 2020 (n=2.187)

En la gráfica se puede apreciar como la mayoría de los casos de morbilidad materna extrema, se presentaron en los estrados 1,2 y 3 con porcentajes respectivos de 21,2%,28,4% y 32,1%, siendo el estrato tres el que presenta la mayor proporción de los casos.

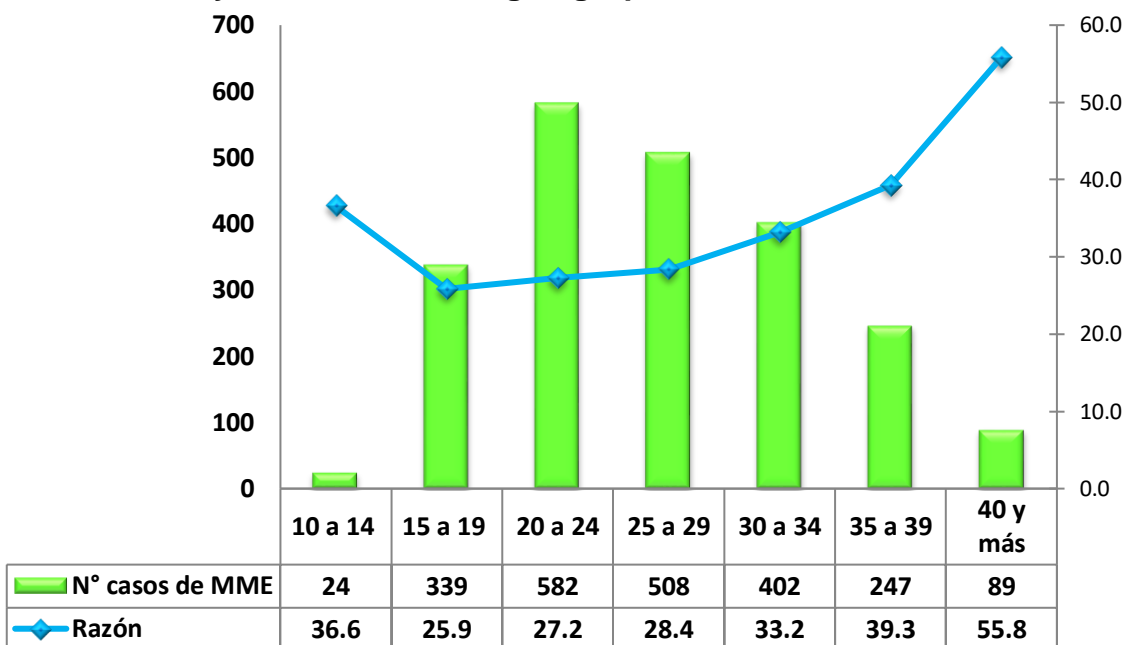




# GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## Razón y casos de MME según grupo de edad de la madre.

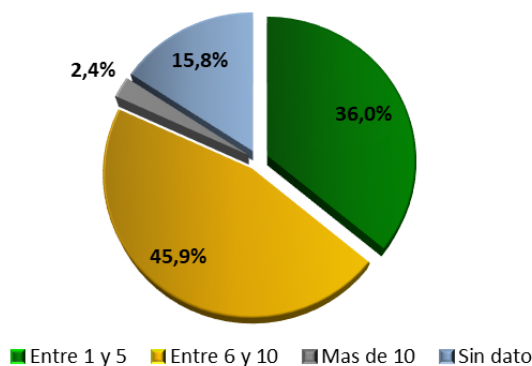


El mayor número de casos se presenta entre las edades de 20 a 29 años, pero las razones más altas de morbilidad materna extrema se presentan en las mujeres mayores de 35 años y las menores de 15 años.



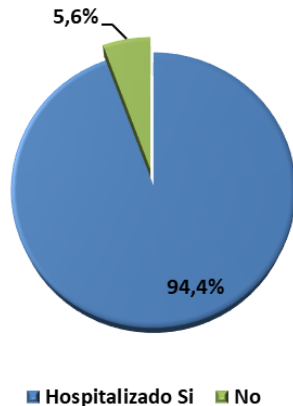


## 1. Comportamiento de otras variables de interés



Distribución de los casos de MME, según número de controles prenatales. Antioquia, 2020.

Las mujeres del departamento de Antioquia que sufrieron el evento, el 45,9% de ellas, habían realizado entre 6 y 10 controles, el 36% tenían entre 1 y 5 controles y en 15% de ellas, no se obtuvieron datos.



Distribución porcentual de los casos de morbilidad materna extrema, según conducta. Antioquia, 2020 (n=2.187)

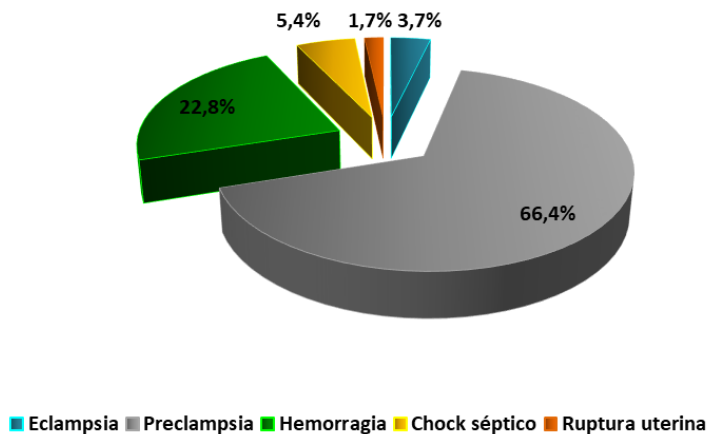
En el 94,4 % de los casos con diagnóstico de morbilidad materna extrema requirieron la hospitalización de las pacientes, llama la atención el 5,6% de los casos que presentaron un evento grave que pone en peligro la vida de la materna y no fueron hospitalizados.





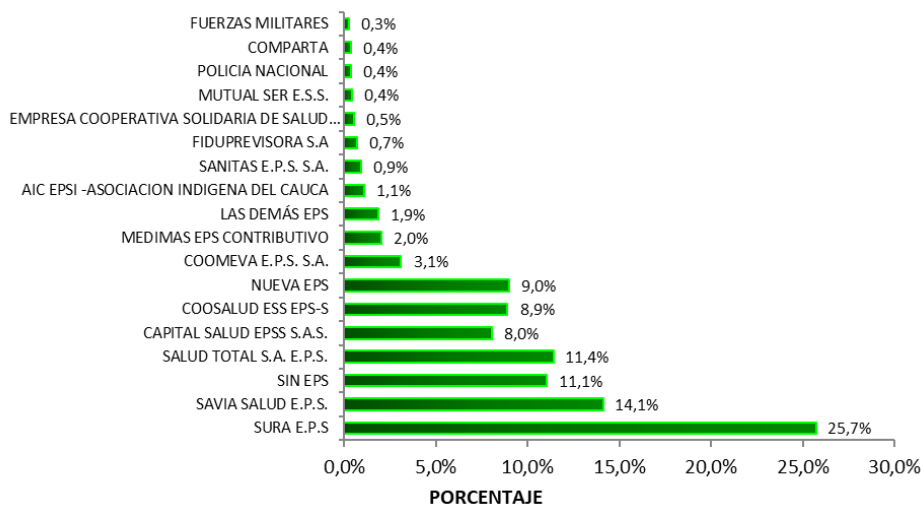
## GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA



Distribución porcentual de los casos de MME, según criterios del Sistema de Alerta Temprana. Antioquia, 2020.

El 66,4% de los casos de morbilidad materna extrema en el departamento de Antioquia en el año 2020, fueron causados por la pre eclampsia, seguida de la hemorragia con el 22,8% y la sepsis con el 5,4%. La ruptura uterina se presentó en el 1,7% de los casos. La eclampsia se presentó en el 3,7%.



Distribución porcentual de los casos de MME, por aseguradora. Antioquia, 2020(n=2.187)

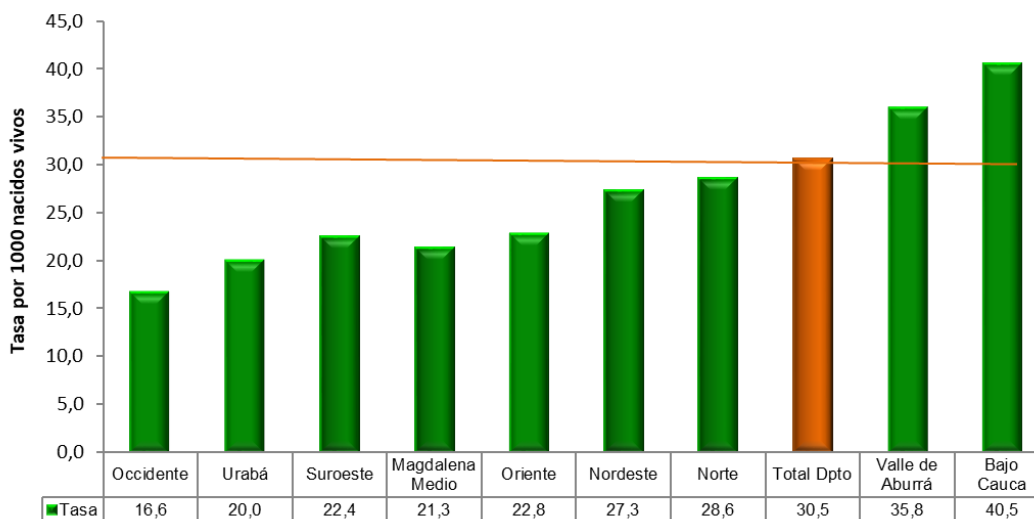




## GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Las EAPB con los mayores porcentajes en la presentación de la morbilidad materna extrema en el departamento de Antioquia para el año 2020 fueron: SURA, SAVIA SALUD, SALUD TOTAL y CAPITAL SALUD. Es importante anotar el 11,1% de las mujeres con el evento no tenían afiliación a ninguna empresa administradora de planes de beneficios. Con estas empresas se debe realizar un trabajo conjunto para mejorar las condiciones en la prestación de los servicios y en el seguimiento que se le debe brindar a las maternas.



Tasa de incidencia de morbilidad materna extrema, por subregión de residencia. Antioquia, 2020

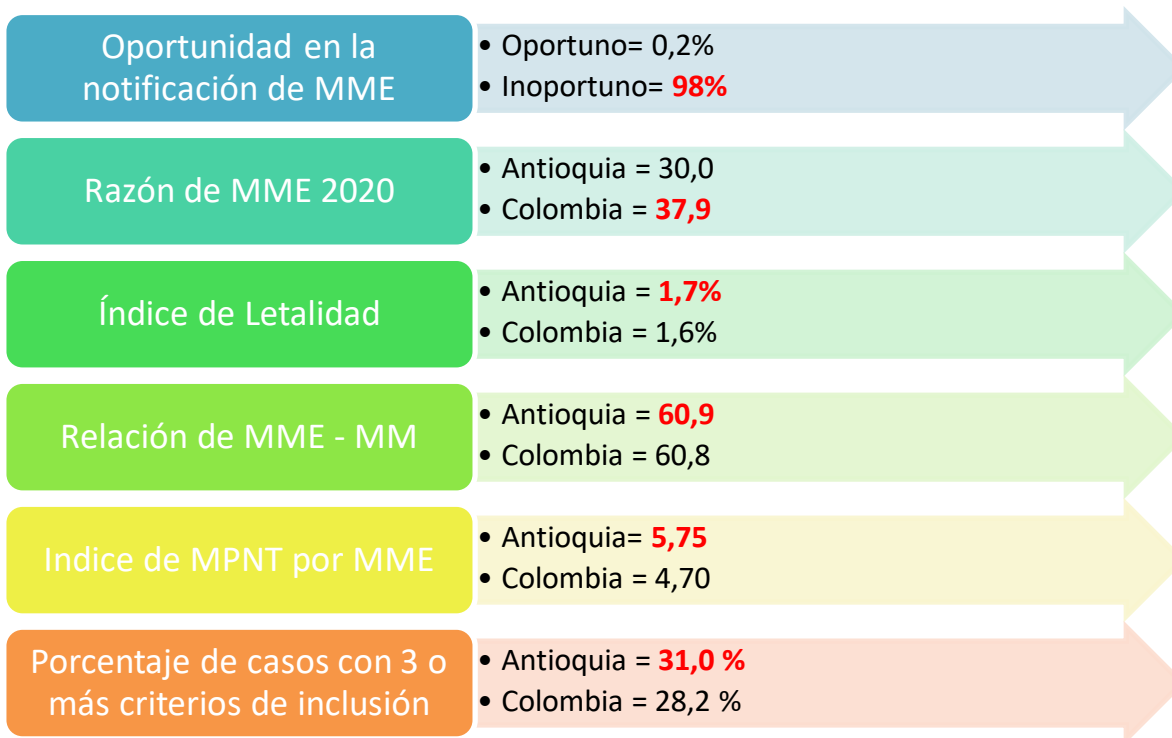
Podemos apreciar en la gráfica que las regiones del departamento de Antioquia, con los riesgos más altos de presentar morbilidad materna extrema en el año 2020 fueron: Bajo Cauca, Valle de Aburrá, Norte y Nordeste.







## Principales indicadores de MME, Antioquia 2020.



La oportunidad en la notificación para morbilidad materna extrema en el departamento es muy baja del 0,2%.

La razón de morbilidad materna extrema en nuestro territorio es de 30 casos por 1000 nacidos vivos, menor a la razón del país que es de 37,9 por mil nacidos vivos.

La letalidad en las mujeres que sufren el evento es de 1,7%, es decir que de 100 mujeres que sufren alguna complicación grave durante la gestación o el postparto, fallecen menos de 2 mujeres.

Para la relación entre la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, en Antioquia da un valor de 60,9, muy similar a Colombia. el indicador es considerado positivo si es mayor a 36.

Con relación a la mortalidad perinatal en las mujeres que sufren el evento, para Antioquia es de 5,75% y para el país de 4,7; ligeramente superior en el departamento.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En cuanto al porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión nuestro departamento presenta un valor de 31% superior al nacional de 28%, lo significa una tercera parte de las mujeres que sufrieron el evento de morbilidad materna extrema en Antioquia tienen mayor gravedad al cumplir 3 o más criterios.

### Conclusiones:

- ☐ En el departamento de Antioquia tanto la tendencia de la razón de MME como los casos, vienen en aumento desde le 2012. En el último año los casos se incrementaron en un 26 % con relación al 2019.
- ☐ La razón de morbilidad materna extrema en el departamento de Antioquia en el año 2020 fue de 30 por mil nacidos vivos, inferior a la presentada por nuestra nación.
- ☐ El 78% de los casos se presentaron en el área urbana.
- ☐ El régimen contributivo registra el mayor porcentaje de los casos con el 50,1%.
- ☐ El grupo étnico otros, presenta la mayor proporción de los casos, sin embargo las mayores razones en la morbilidad materna extrema se presentan en los grupos indígena y raizal.
- ☐ Los estratos 1,2 y 3 presentan el mayor porcentaje de los casos de morbilidad materna extrema del departamento de Antioquia en el año 2020.
- ☐ Si bien en el grupo de edad donde se presentan la mayoría de los casos de MME es el de 20 a 24 años, el mayor riesgo se presenta en las mujeres mayores de 35 y en las menores de 15 años.
- ☐ Los trastornos hipertensivos, la hemorragia y la sepsis surgen como las principales causas de morbilidad materna extrema en las pacientes, durante el año 2020.
- ☐ Las EAPB con los mayores porcentajes en la presentación de casos con MME fueron SURA, SAVIA EPS, SALUD TOTAL y CAPITAL SALUD.
- ☐ Las subregiones del departamento que presentan el mayor riesgo en la presencia de MME para el año 2020 fueron: Bajo Cauca, Valle de Aburrá, Norte, Nordeste y Oriente.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

- ☐ El índice de letalidad para el departamento de Antioquia aparece ligeramente superior con relación al país de 1,7 vs 1,6.
- ☐ El índice de mortalidad perinatal en las mujeres que sufren MME, es de 5,75% en el departamento de Antioquia, superior al valor que presenta nuestro país.
- ☐ El porcentaje de casos con tres o más criterios para nuestro departamento es de 31% más alto en tres puntos que la nación, lo expone la mayor gravedad del evento en nuestro territorio.
- ☐ Preocupante el indicador de la notificación oportuna del evento, pues hay falencias en el funcionamiento del SAT para MME en el departamento de Antioquia.





## 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 desde el año 2012 cuando se inició la vigilancia formal del evento; es así como en 2020, se presentó la razón más alta durante todo el periodo de seguimiento.

Los grupos etarios con razones de MME más altas son aquellos ubicados en los extremos de la etapa reproductiva, es decir, las mujeres menores de 14 años y las mayores de 35 años; siendo el subgrupo más sensible, el de mayores de 40 años.

La principal causa de MME durante el 2020, fueron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, seguidos por las complicaciones hemorrágicas, comportamiento similar al observado en los años anteriores lo cual ratifica, que aunque los principales avances en la reducción de la mortalidad materna están representados en las causas directas, es necesario mantener la vigilancia estrecha en la aplicación de las guías de atención para el tratamiento oportuno y pertinente de las mujeres que sufren complicaciones por estas causas dada su alta prevalencia.

En tercer lugar, pero con mucha menor representación, se encuentra la sepsis de origen obstétrico.

En la relación MME/MM que refleja la calidad de la atención de los servicios de salud se ha cumplido con la meta fijada por el INS durante todo el seguimiento, salvo en el 2014.

De otro lado la incidencia de MME por eclampsia ha permanecido prácticamente estable y en el año 2020 fue de 1.4 casos de eclampsia por cada 1000 nacidos vivos.

Al evaluar la forma de terminación de la gestación, en el 33.5 % de los casos el nacimiento se dio por vía vaginal, en contraste, en el 38.6% de los casos se presentó una cesárea. Se continúa insistiendo, con los distintos equipos de trabajo, en la importancia de considerar el parto vaginal como la vía ideal en mujeres con MME si las condiciones obstétricas o propias de la complicación lo permiten.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En la mayoría de los casos reportados la estancia hospitalaria de las mujeres con MME fue entre 3 a 7 días, mientras que en los años anteriores primaron las estancias por encima de los 7 días.

#### Limitaciones.

- El protocolo de MME ha tenido modificaciones a través del periodo de vigilancia con cambios en los criterios de inclusión, lo que ha generado diferencias en la razón de MME en el tiempo. Esto puede explicar en cierta medida el aumento de la razón de MME en el país y en el departamento. Con el protocolo actual se modificaron nuevamente los criterios de inclusión lo cual probablemente se verá reflejado en los nuevos datos de MME.
- A pesar de las capacitaciones que se han realizado para la notificación, aun se tiene variabilidad en la misma, ya que depende de la claridad que tenga la persona en la definición y la clasificación de los casos para realizar la correcta notificación en el SIVIGILA.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

## RECOMENDACIONES.

- Fortalecer la asistencia técnica a las EAPB con sus redes de Prestadores de Servicios de Salud (primarias y complementarias), para que logren los avances básicos en la implementación de las Rutas Integrales de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Materno Perinatal.
- Continuar capacitaciones al personal de salud en el manejo de las principales urgencias obstétricas, para mejorar la adherencia a guías y protocolos y por tanto mejorar los desenlaces materno-perinatales.
- Fortalecer el trabajo para una atención en salud sexual y reproductiva con un enfoque de derechos, que permita a todas las mujeres y los hombres la toma de decisiones informadas, en cada uno de sus momentos del ciclo vital.
- Intensificar las acciones dirigidas a prevenir los embarazos no planeados o no deseados, con énfasis en las mujeres mayores y aquellas con enfermedades médicas asociadas. Así mismo garantizar atención pre concepcional en estas mujeres de riesgo, para disminuir complicaciones maternas y perinatales.
- Promover la articulación entre las EAPB e IPS de atención ginecobstétrica para la implementación de la anticoncepción post-evento obstétrico, con especial énfasis en las mujeres que presentaron morbilidad materna extrema y aquellas con enfermedades médicas asociadas. Asimismo, capacitar al personal de salud (médicos y enfermeras), en la inserción de estos métodos.
- Garantizar información oportuna y veraz a todas las mujeres sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, en todo el departamento en el marco de las tres (3) causales de excepción previstas por la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006.
- Vigilar que las EAPB garanticen una red de Prestadores de Servicios de Salud integrales que permitan de manera oportuna la derivación a los prestadores secundarios cuando las pacientes así lo requieran.
- Promover la implementación de acciones de seguridad clínica para la atención obstétrica y las buenas prácticas de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con los lineamientos definidos por el MSPS. Esto incluye el fortalecimiento de las competencias y habilidades del





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

talento humano en salud, a través de asistencia técnica y seguimiento a las secretarías locales de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios.

- Se debe realimentar al personal de salud sobre la importancia de la notificación en las primeras 24 horas posteriores al diagnóstico de la MME. De igual forma es muy importante que al momento del egreso, se registren los datos relacionados con éste, como la fecha de egreso y el tipo de egreso.
- Es importante garantizar que en los casos en los que el evento de morbilidad materna extrema termina en muerte materna, la notificación en el SIVIGILA 549 sea descartada.
- Es preciso continuar con el seguimiento a la calidad del dato en las fuentes de información mediante la asesorías y asistencia técnica al personal de vigilancia en salud pública y sistemas de información de las direcciones locales de salud, EAPB y las UPGD - IPS para fortalecer el registro continuo, sistemático, veraz y oportuno y garantizar información de que permita identificar factores determinantes en las familias y las oportunidades de mejora en salud y otros sectores.
- Fortalecer las competencias y la estabilidad del personal encargado de los procesos de vigilancia de eventos de interés en salud pública, con el fin de evitar reprocesos en todas las fases.
- Es importante fortalecer la calidad del dato con los equipos de salud en las UPGD, pues los registros de la historia clínica son fundamentales en su completitud y precisión para el análisis individual de los casos de interés en salud pública, uno de los datos que es indispensable indagar con precisión es el lugar de residencia y el tiempo de residencia en este lugar, con el fin de precisar el municipio de residencia habitual.





## BIBLIOGRAFÍA.

1. objetivos desarrollo sostenible.pdf [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <http://femp.femp.es/files/824-1346-fichero/objetivos%20desarrollo%20sostenible.pdf>
2. WHO\_RHR\_15.23\_spa.pdf [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?sequence=1)
3. Tunçalp Ö, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2012;119(6):653–61.
4. IMP\_4feb+ABCminsalud.pdf [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
5. De Mucio B, Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Serruya S, Giordano D, et al. Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. Reprod Health [Internet]. 4 de noviembre de 2016 [citado 1 de abril de 2021];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5097347/>
6. Manuel VHV. Severe Obstetric Morbidity (Near Miss). 2019;3(2):5.
7. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. Am J Obstet Gynecol. septiembre de 2004;191(3):939–44.
8. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Bull World Health Organ. febrero de 2010;88(2):113–9.
9. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, de Sousa MH, Amaral E. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. Reprod Health Matters. noviembre de 2007;15(30):125–33.







GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

10. IMP\_4feb+ABCminsalud.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2021]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
11. resolucion-3280-de-2018.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2021]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
12. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Morbilidad Materna Extrema. Bogotá D.C.; 2016.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Apujarra)  
Calle 42 B 52 - 106 - Piso 8 - Teléfonos 57 (4) 383 98 02 - Medellín - Colombia