

INFORME MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA ANTIOQUIA 2021

Tabla de Contenido

LISTADO DE GRÁFICAS	3
LISTADO DE TABLAS	4
INTRODUCCIÓN	5
1. OBJETIVOS	7
1.1. Objetivo general.....	7
1.2. Objetivos específicos	7
2. MATERIALES Y METODOS	8
2.1. Definición de casos.....	8
2.2. Definición de indicadores.....	9
2.3. Fuentes de información	9
2.4. Análisis de los datos	10
3. HALLAZGOS	12
3.1. Análisis de información.....	12
3.1.1. Indicadores de interés	12
3.1.2. Análisis por periodos perinatales de riesgo (Matriz BABIES)	15
3.1.3. Características Socio demográficas.....	18
3.1.4. Indicadores del protocolo	20
4. Conclusiones	24
5. Discusión	25
6. Recomendaciones	26
7. Referencias bibliográficas.....	28

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Comparativo de casos y razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Antioquia – Colombia 2017-2021	12
Gráfica 2. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía, por subregión de residencia. Antioquia 2021.	13
Gráfica 3. Distribución de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, según sitio de atención del parto. Antioquia, 2021.	14
Gráfica 4. Distribución de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, según realización de controles prenatales y área de residencia. Antioquia, 2021	18
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, 2021	19
Gráfica 6. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según edad gestacional. Antioquia, 2021	19
Gráfica 7. Razón de Muertes Perinatal y Neonatal Tardía por subregiones. Antioquia 2021	20
Gráfica 8. Proporción de Muertes Perinatales y Neonatales Tardías con causa de Muerte bien definida en Sivigila por subregiones, Antioquia 2021	21
Gráfica 9. Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales por subregiones, Antioquia 2021	22
Gráfica 10. Oportunidad en el cumplimiento de envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado por subregiones, Antioquia 2021	23

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de Mortalidad por períodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES. según peso fetal y momento de la muerte, Antioquia año 2021.....	16
Tabla 2. Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según periodos perinatales de riesgo – Matriz BABIES, Antioquia 2021.	17
Tabla 3. Interpretación de Matriz Babies	17

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. La Organización Mundial de la Salud estima que 2,6 millones de niños nacen muertos cada año en el mundo, y cerca de 7300 muertes fetales intrauterinas ocurren diariamente. (SALUD, 2020)

El Banco Mundial reporta de forma global que la tasa de la mortalidad neonatal ha reportado un descenso desde 1990 (36,8 muertes por 1000 nacidos vivos) hasta el 2016 (18,6 muertes por 1000 nacidos vivos). Países como República Centroafricana (42,3 muertes por 1000 nacidos vivos) y Pakistán (45,6 muertes por 1 000 nacidos vivos) superan la tasa mundial reportada en el 2016; en comparación con San Marino (0,6 muertes por 1 000 nacidos vivos) y Japón (0,9 muertes por 1000 nacidos vivos) que concentran las tasas más bajas en el mismo año (Álzate, 2019).

Los estudios reportan que los países de ingresos bajos y medios no solo cuentan con un sistema de salud con baja capacidad resolutoria 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 2012-2021, 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 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 50,73%, con 326 casos (5), estas cifras en el departamento de Antioquia se dispararon durante el 2020, mientras que en 2019 se registraron 25 muertes y en 2020 fueron 34. La problemática no es exclusiva del Departamento de Antioquia, puesto que en todo el país el retroceso en este aspecto es grande.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Describir el comportamiento epidemiológico del evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía, en el departamento de Antioquia durante el año 2021.

1.2. Objetivos específicos

- Realizar la caracterización sociodemográfica de la Muerte Perinatal y Neonatal Tardía, en el Departamento de Antioquia durante el año 2021.
- 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 año 2021.
- Identificar las regiones y los grupos poblacionales con los mayores riesgos para la salud materna, en el departamento de Antioquia durante el año 2021.
- Evaluar los indicadores del protocolo de vigilancia epidemiológica para el evento Muerte Perinatal y Neonatal Tardía.

2. MATERIALES Y METODOS

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 52 del año 2021 (semana epidemiológica 52).

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 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.

2.1. Definición de casos

- **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 (06 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.

2.2. Definición de indicadores

- **Razón de muertes perinatal y neonatal tardía (además se debe desagregar este indicador en mortalidad perinatal, fetal, neonatal temprana y 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

- **Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte bien definida en Sivigila:**
Permite reflejar 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.
- **Oportunidad en el cumplimiento de envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado:** Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con el envío de información de los análisis individuales.

2.3. Fuentes de información

Para la vigilancia del evento de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía 2021, 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.

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.

2.4. 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.

Para la elaboración de la matriz BABIES se aglomeran las variables de peso del recién nacido y el momento de ocurrencia de la muerte: anteparto, intraparto, periodo neonatal temprano y tardío. Es importante mencionar que la matriz BABIES es una guía para el análisis agrupado de la información derivada de la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, los resultados obtenidos de la utilización de la matriz reflejan los periodos perinatales de riesgo y la posible relación del problema con la salud materna, los cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados del recién nacido o cuidado del neonato en el ámbito domiciliario.

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.

El análisis de los comportamientos inusuales para la mortalidad perinatal y neonatal tardía se realiza a través del método: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). Este método consiste en comparar el valor observado para un evento (número de casos reportados en un período) con una línea de base que se utiliza como referencia (periodo inmediatamente anterior y posterior), por 5 o más años anteriores.

3. 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 año 2021, teniendo en cuenta el coeficiente de 1000 nacidos vivos (NV).

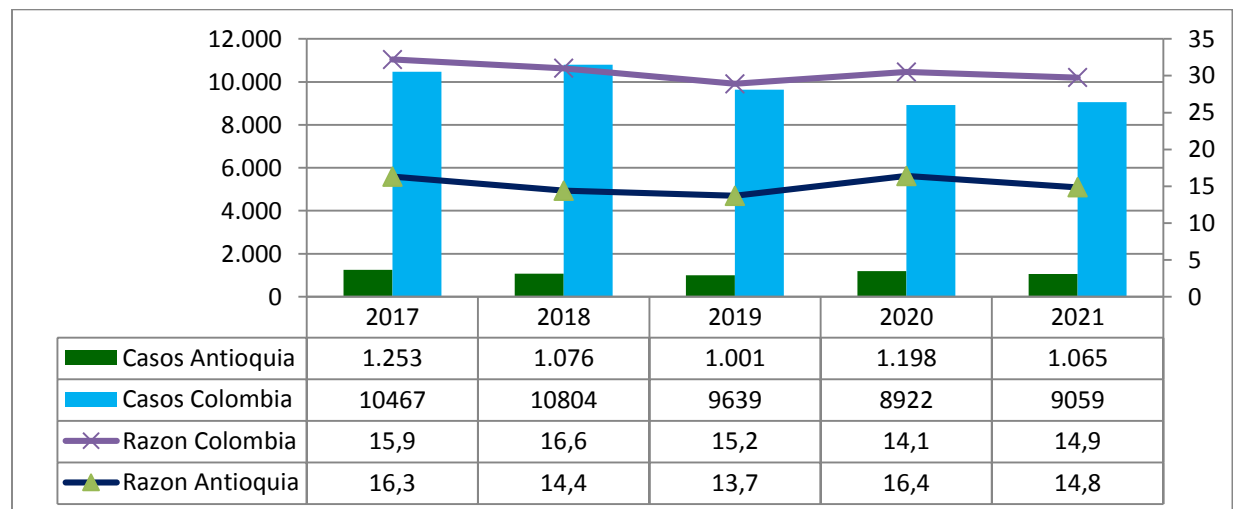
3.1. Análisis de información

3.1.1. Indicadores de interés en salud pública

En el comparativo de casos y razón de mortalidad perinatal y Neonatal Tardía durante los últimos 5 años entre Antioquia y Colombia (Grafico 1) podemos observar que durante el año 2017 el departamento de Antioquia presento razones superiores a la media nacional 16.3 vs15.9 pero con descensos y razones inferiores a la meda nacional en los años 2018 y 2019. Durante el año 2020 razón departamental 16.4 vs14.1 nacional con descanso en el año 2021 en casos y razón de MPNT departamental 14.8 vs 14.9 razón nacional.

Lo anterior puede tener una estrecha relación con la alta proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas y el alto índice de pobreza multidimensional, aumentando así las barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente durante la atención prenatal, atención del parto y atención del recién nacido

Gráfica 1. Comparativo de casos y razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Antioquia – Colombia 2017-2021

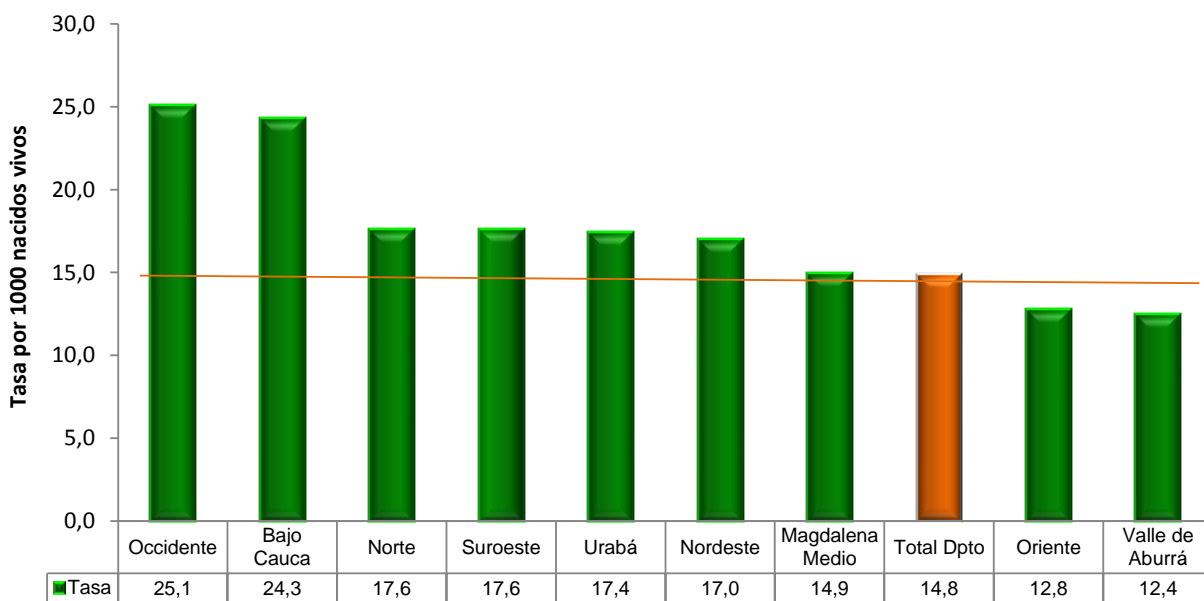


Fuente: Datos Colombia 2021, Boletín epidemiológico 2021, semana 52

En lo relacionado con la tasa de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía en el Departamento de Antioquia, por subregión de residencia, (Grafico 2) se evidencia que, la subregión con la mayor a tasa de MPNT es occidente con 25 muertes por cada 1000 NV, seguida del bajo cauca con 24 muertes por cada 1000 NV; es importante anotar que las subregiones de Occidente, Bajo Cauca, Norte, Urabá, Nordeste y Magdalena Medio 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 del mismo. De igual manera, se puede observar que, en todas las subregiones la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía está por encima de 12 casos por cada 1000 NV.

En el departamento de Antioquia se realizó la implementación del protocolo de parto cálido y respetado dirigido a Secretarías de salud, promotores, agente educativos e IPS y se priorizo la entrega de kit de atención al parto en las instituciones con indicadores de Mortalidad Perinatal elevados.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía, por subregión de residencia. Antioquia 2021.

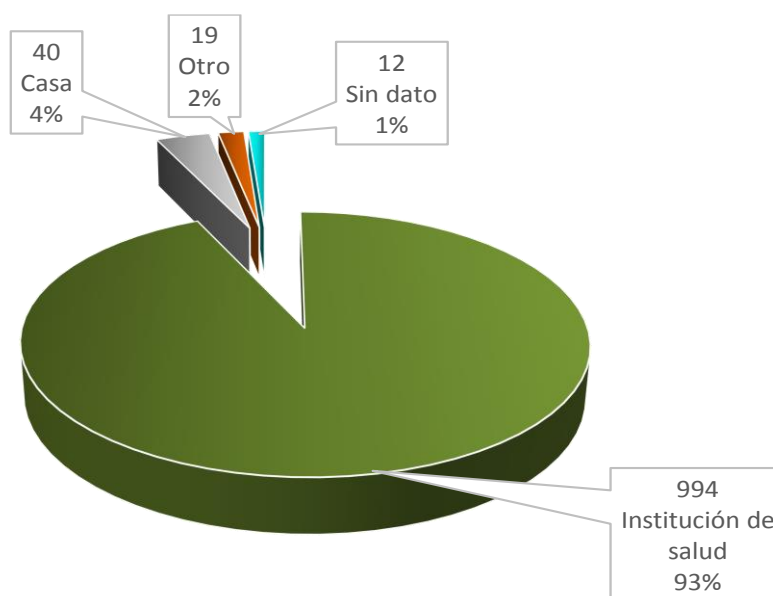


Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021.

En la distribución de casos de MPNT según el lugar de atención del parto en Antioquia 2021; podemos observar (Grafico 3) que, el 93% de los casos fueron atendidos en las instituciones de salud, el 4% fueron atendidos en casa y no se tiene información del 1% de los partos atendidos.

El departamento de Antioquia con el fin de garantizar a la atención del parto con las condiciones óptimas en los territorios con dificultades de acceso a las IPS de los centros poblados y zonas urbanas implementó la estrategia denominada Maternidad Segura en la Ruralidad la cual tiene como objetivo el fortalecimiento de las competencias de las parteras, promotores de salud y Jaibanas de los municipios priorizados por la dispersión.

Gráfica 3. Distribución de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, según sitio de atención del parto. Antioquia, 2021.



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021.

Según la distribución de la MPNT por controles prenatales y área de residencia. Antioquia, 2021 (Gráfico 4), se puede observar que, el 79,8% recibieron controles prenatales durante el embarazo, mientras que el 20,2% no tuvo. Podemos inferir que es necesario el fortalecimiento y cumplimiento de metas para garantizar ingresos tempranos al control prenatal, atenciones integrales, preparación para la paternidad y maternidad e información y educación para la salud.

En cuanto al área de residencia el 69% las mujeres embarazadas provenían del área urbana y el 31% en áreas rurales, La mayoría de estas muertes que ocurren han recibido controles prenatales y por lo tanto algún tipo de educación que en ocasiones los padres no identifican; como son los signos de alarma y /o señales de peligro en el recién nacido y al tratar de acudir a los servicios de salud, desde sus remotos lugares de residencia en las zonas rural y rural dispersa, se pierde tiempo valioso, para poder brindar los cuidados de forma oportuna.

3.1.2. Análisis por periodos perinatales de riesgo (Matriz BABIES)

La Matriz Babies es una herramienta, que nos sirve para analizar la Mortalidad peri - neonatal, contiene información como grupo de peso al nacer, edad del Feto/Neonato al momento de morir, con la cual se puede identificar áreas problemáticas y a la elaboración de un plan de intervenciones.

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

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

Según la Tasa de Mortalidad por periodos perinatales de riesgo según peso fetal y momento de la muerte en el año 2021(Tabla 1). Se evidencia que la tasa de MPNT más elevada está concentrada en el grupo de menos de 1000 gramos de peso, (784 muertes por 1000NV), lo cual corresponde a problemas de salud materna tanto en la atapa preconcepcional como gestacional, seguido de 1000 a 1499 gr con (246 muertes por 1000 NV) y la viabilidad es muy baja, es importante anotar que el grupo de 2500 a 3999 gramos ocupa el segundo lugar en número de casos(227) pero se presenta la razón de MPNT más baja (3.7 muertes por 1000NV) estos productos de la gestación tienen pesos viables, pero fallecen en su mayoría por aspectos asociados a los cuidados prenatales, atención al parto, recién nacido y aspectos asociados a la calidad de la atención.

Tabla 1. Tasa de Mortalidad por periodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES. según peso fetal y momento de la muerte, Antioquia año 2021.

Periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES								
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES	TOTAL NACIDOS VIVOS	TOTAL NACIDOS VIVOS +MUERTOS	TASA MPNT x 1000 NV
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL					
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS				
Menor de 1000	269	42	91	35	437	288	557	784,6
De 1000 a 1499	86	12	45	22	165	526	612	269,6
De 1500 a 2499	114	11	61	36	222	6281	6395	34,7
De 2500 a 3999	89	26	63	49	227	60812	60901	3,7
4000 y más	7	4	2		13	1539	1546	8,4
Total general	565	95	262	142	1064	69446	70011	15,2

Fuente: SIVIGILA 2020 – RUAF Estadísticas Vitales – DANE 2017

Según el cálculo de razones por periodos prenatales de riesgo, (Tabla 2) las casillas azules, “salud materna”, es la causal donde se concentra el mayor número de hallazgos asociados a los periodos prenatales de riesgo en los pesos menores de 1000 gr hasta 1499; la razón más alta en muertes fetales ante parto con 3.8 muertes (1000NV), seguido de las neonatales tempranas con 1.3 muertes (1000NV) y la razón más alta en el momento de ocurrencia del evento en todos los grupos de peso también está asociada a causas fetales anteparto con razón de 8.1 muertes (1000NV).

El segundo momento de ocurrencia con razones elevadas son las causas neonatales tempranas con 3.7 muertes (1000 NV), las cuales están relacionadas con deficiente adherencia a los protocolos de manejos, y a la estrategia AIEPI, por parte de los Profesionales de la Salud, por lo que se realiza una inadecuada clasificación del riesgo del neonato para brindar el seguimiento necesario y poca educación a los padres o cuidadores para la identificación oportuna de los signos de alarma.

Es importante anotar que el departamento de Antioquia se encuentra en implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal la cual busca fortalecer determinantes asociados a las atenciones para el cuidado prenatal,

mejoramiento de la salud materna, promover el desarrollo del feto, identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro y atención al puerperio

Tabla 2. Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según periodos perinatales de riesgo – Matriz BABIES, Antioquia 2021.

Matriz para cálculo razones por periodos perinatales de riesgo				
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	3,8	0,6	1,3	0,5
De 1000 a 1499	1,2	0,2	0,6	0,3
De 1500 a 2499	1,6	0,2	0,9	0,5
De 2500 a 3999	1,3	0,4	0,9	0,7
4000 y más	0,1	0,1	0,0	0,0
Total general	8,1	1,4	3,7	2,0

Fuente: SIVIGILA 2020 – RUAF Estadísticas Vitales – DANE 2017

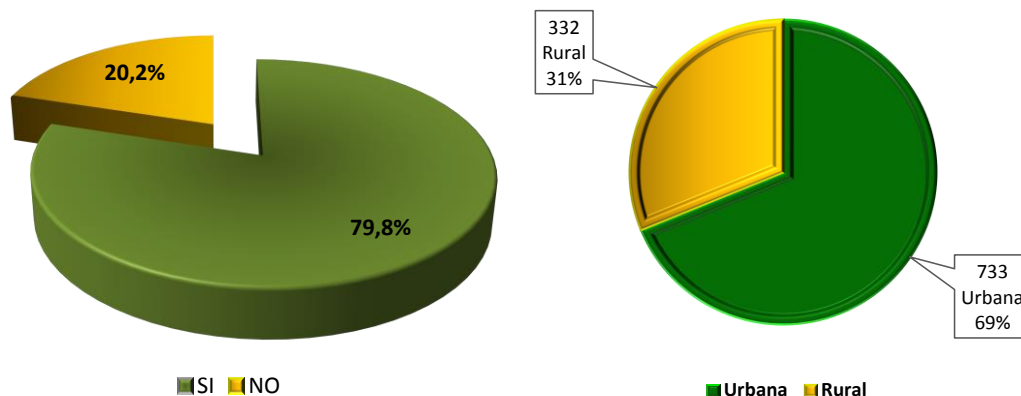
Tabla 3. Interpretación de Matriz Babies

8,6	Salud materna
3,0	Cuidados prenatales
0,6	Atención del parto
1,8	Atención del recién nacido
1,2	Atención del neonato AIEPI

Fuente: INS, protocolo de Mortalidad Perinatal y neonatal tardía

3.1.3. Características Socio demográficas

Gráfica 4. Distribución de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, según realización de controles prenatales y área de residencia. Antioquia, 2021



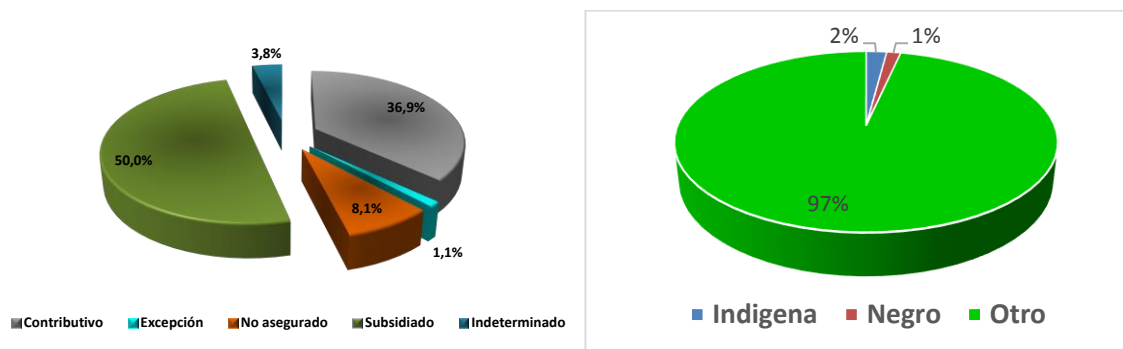
Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021.

Según la distribución porcentual de los casos de MPNT, según afiliación al régimen de seguridad social en salud y pertinencia étnica. Antioquia, 2021 (Gráfico 5) nos indica que, el 50% de las mujeres notificadas por cumplimiento está afiliada al régimen subsidiado, el 36,9% al régimen contributivo y que en el 3,8% no se pudo determinar al régimen al que pertenece; Es importante mencionar que el 8,1% 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 en relación a la calidad de la atención de salud.

En cuanto a la etnia el 2% de los casos de MPNT se identifica como Indígena, 1% Negro y el 97% 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 convicciones en relación con el proceso de gestación que están viviendo.

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, 2021

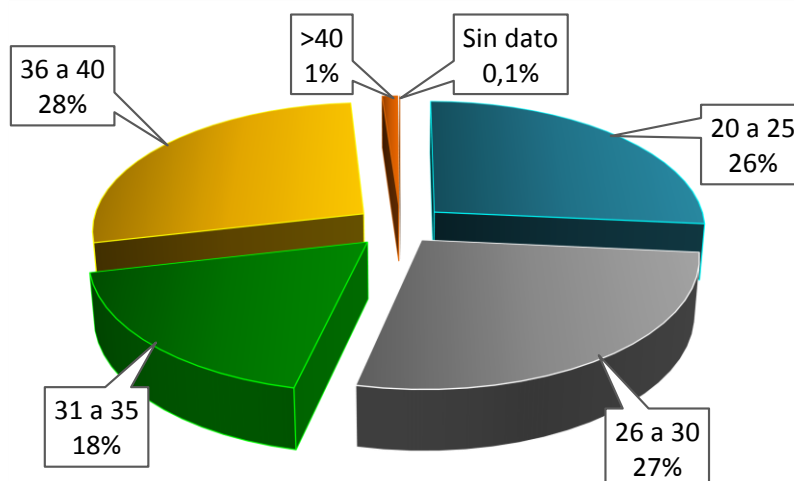


Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021.

En lo que respecta a la distribución porcentual de los casos de MPNT según edad gestacional. Antioquia, 2021 (Gráfico 6), el 28% de los casos ocurrieron entre la semana 36 y 40, mientras que en semana 26 y 30 se presentaron el 27% de los mismos, solo el 1% se presentó después de la semana 40.

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 6. Distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, según edad gestacional. Antioquia, 2021

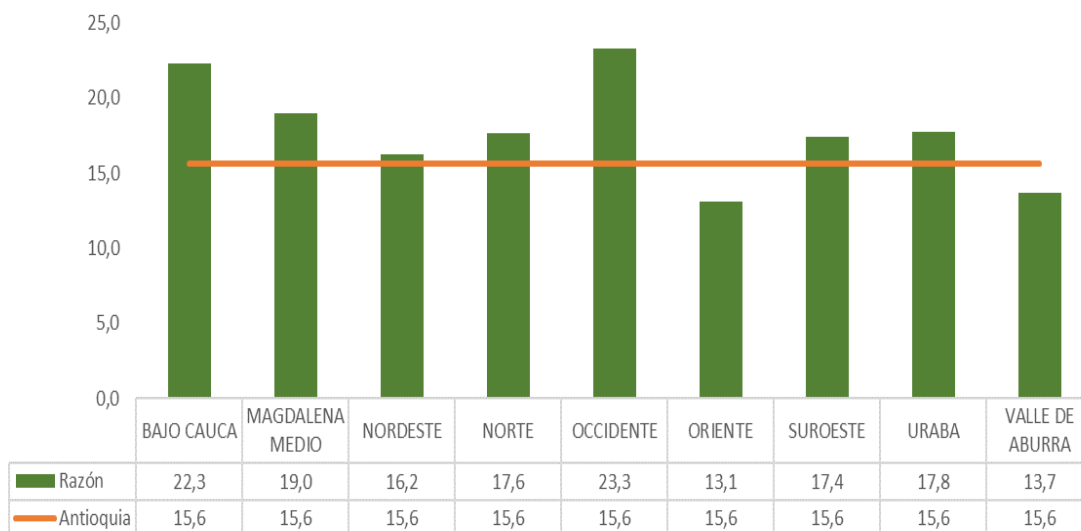


Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021

3.1.4. Indicadores del protocolo

La razón de Muerte Perinatal y Neonatal Tardía por subregiones. Antioquia 2021 (Grafico 7) demuestra que el comportamiento que 7 de las 9 subregiones tienen razones superiores a la media departamental, siendo, las subregiones de occidente (23,3 muertes por 1000 NV) y bajo cauca (22,3 muertes por cada 1000 NV) las más elevadas, mientras que, oriente y valle de aburra están por debajo de la razón del departamento. se puede inferir que las razones presentadas son el resultado del acompañamiento y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a los territorios y su UPGD.

Gráfica 7. Razón de Muertes Perinatal y Neonatal Tardía por subregiones. Antioquia 2021

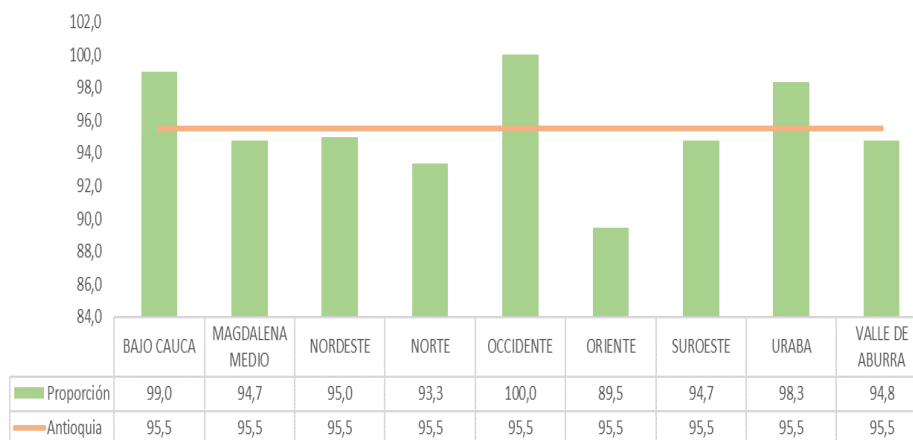


Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021

En la proporción de MPNT con causa de Muerte bien definida en Sivigila por subregiones, Antioquia 2021 (Grafico 8) la Subregión de Occidente presento un 100% de las causas de muerte bien definidas, el Bajo Cauca con 99% y Urabá con 98,3%, es importante señalar que, la subregión Oriente posee el menor porcentaje de cumplimiento con un 89,5% de las muertes bien definidas en Sivigila.

Teniendo en cuenta la semaforización propuesta por el INS para la medición de este indicador encontramos que el porcentaje de causas bien definidas presenta semaforización verde equivalente a cumplimiento en todas las subregiones del departamento de Antioquia.

Gráfica 8. Proporción de Muertes Perinatales y Neonatales Tardías con causa de Muerte bien definida en Sivigila por subregiones, Antioquia 2021

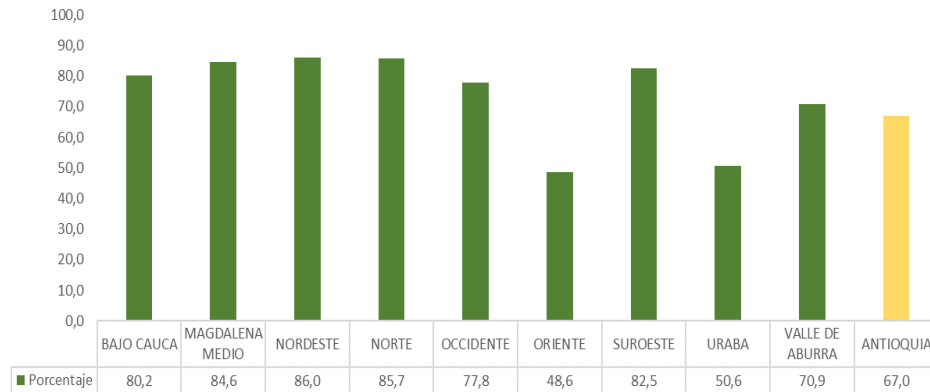


Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021

La gráfica muestra la concordancia entre el aplicativo Sivigila y el módulo de nacimientos RUAF por subregiones, las de cumplimiento inferior al 80% son: Oriente (48,6), Urabá (50,6%), Valle de Aburrá (70,9%), Occidente (77,8%), por encima del 80%: la Subregión de Nordeste tiene una correspondencia del 86%, Norte con 85,7% y Suroeste con 82,5%.

Es importante resaltar que según la semaforización propuesta por el INS para la medición de este indicador ninguna subregión alcanza el cumplimiento de 100%, y el departamento posee un porcentaje de cumplimiento del 67% lo cual se traduce a color amarillo o alerta según la interpretación dada para esta medición.

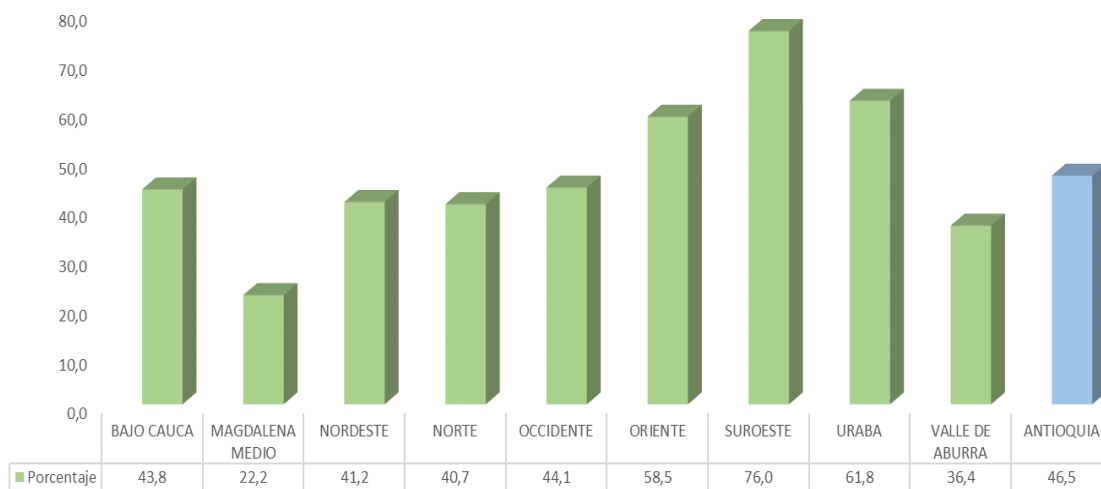
Gráfica 9. Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales por subregiones, Antioquia 2021



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021

En la Oportunidad de cumplimiento para el envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado, por Subregiones (Grafico 9) Podemos observar que las Subregiones con el cumplimiento más alto son Suroeste y Urabá con 76 y 61,8% respectivamente; las de menor porcentaje de cumplimiento, son Magdalena Medio (22,2%) y Valle de Aburrá (36,4%). Según la interpretación establecida para este indicador ninguna subregión cumple (Color Verde 90 -100%), Todas se encuentran con valores inferiores a 80% (Color Rojo)

Gráfica 10. Oportunidad en el cumplimiento de envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado por subregiones, Antioquia 2021



Fuente: SIVIGILA Antioquia 2021

4. Conclusiones

- La razón de MPNT en el departamento de Antioquia durante los últimos 5 años presenta una leve tendencia a la disminución, con 16.4 en el 2017 y 14.8 en el año 2021; para 2020 su mayor incremento en el año 2020 con 16.5 pero durante el 2021 la razón departamental fue inferior a la media nacional.
- La distribución porcentual de los casos de MPNT, según afiliación al régimen de seguridad social en salud en Antioquia, 2021 indica que, el 50% de las mujeres notificadas por cumplimiento está afiliada al régimen subsidiado, el 36,9% al régimen 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 razón de MPNT son Occidente y Bajo Cauca con (23,3 y 22,3 muertes por cada 1000 NV respectivamente).
- 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.
- En la Oportunidad de cumplimiento para el envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado, por Subregiones ninguna cumple este indicador (Color Verde 90 -100%), Todas se encuentran con valores inferiores a 80% (Color Rojo).
- En la concordancia entre el aplicativo Sivigila y el módulo de nacimientos RUAF por subregiones ninguna subregión alcanza el cumplimiento de 100%, y el departamento posee un porcentaje de cumplimiento del 67% lo cual se traduce a color amarillo o alerta según la interpretación dada para esta medición.

5. Discusión

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.

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 novedosa 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

6. 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 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.

Elaboró:

EQUIPO DE MATERNIDAD SEGURA

Contrato 4600011897_ 4600012996 años 2021-2022

Operador: ESE San Vicente De Paul De Caldas.

- Cieza Ramos Manchego - Enfermera epidemióloga.
- Diana Marcela Marín Palacio -Gerente De Sistemas De Información En Salud.
- María Camila Tamayo Chavarriaga - Gerente De Sistemas De Información En Salud.
- Gloria Nelly Giraldo Aristizábal - Medica general

Revisó

EQUIPO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

- Adriana María González Arboleda – Referente Salud Sexual Y Reproductiva
- María Victoria Gracia Miranda- Enfermera
- Yeimi Ávila Angulo – Enfermera
- Francy Giraldo Torres – Gerente de Sistema de Información en Salud

7. Referencias bibliográficas

1. 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
2. Parmar PH, Gosai K, Dhudhrejia K, Goswami K, Prajapati S, Panchiwala J. Perinatal mortality in hypertensive Disorders with pregnancy. Int J Cur Res Rev. 2015; 7 (1): 20-2.
3. Demirci O Et al. Maternal and fetal risk factors affecting perinatal mortality in early and late fetal growth restriction. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2015; 54: 700-4
4. 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.
5. Organización Mundial de la Salud. Muerte Perinatal y Neonatal Tardía [Internet]. 2019. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Indicadores Básicos, 2021 © Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C Colombia
7. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2019 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. 273 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
8. Sandoval-Vargas, Y., & Eslava-Schmalbach, J. (2013). Inequidades en Muerte Perinatal y Neonatal Tardía por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008- 2009). Rev. salud pública, 15(4), 577-588.
9. Lozano-Avendaño L, Bohórquez-Ortiz AZ, Zambrano-Plata GE. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. Rev Univ. Salud. 2016; 18(2):364-372.
10. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Muerte Perinatal y Neonatal Tardía. Bogotá D.C.: INS; fecha última revisión del protocolo el 27-12-2019. 18 p
11. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Sistema de vigilancia de la Muerte Perinatal y Neonatal Tardía basado en la web: guía epidemiológica. Bogotá D.C.: INS; 2011.92 p.