Informe semestral 2022 integrado de Mortalidad materna (551), Morbilidad materna Extrema (449), Mortalidad perinatal y neonatal tardía (560) y Defectos congénitos (215)

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

observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co

Informe semestral 2022 integrado de Mortalidad materna (cod.551), Morbilidad materna Extrema (cod.449), Mortalidad perinatal y neonatal tardía (cod.560) y Defectos congénitos (cod.215)

Créditos

CARLOS IVÁN HEREDIA FERREIRA
Director General

NORBERTO LUIS SEPULVEDA
Subdirector Salud Pública

Elaboró

CARLOS ALBERTO LEPINEUX ALZATE
Profesional de Apoyo Vigilancia Epidemiologica
Eventos maternidad segura

Revisó

NATALIA ANDREA ALZATÉ BEDOYA
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Aprobó

CLAUDIA PATRICIA NARVÁEZ AVELLANEDA
Coordinadora Observatorio Social

Dirección Territorial de Salud de Caldas,
Manizales. Carrera 21 No. 29-29

Informe primer semestre 2022 de evento Mortalidad Materna, Caldas

1. Introducción

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

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

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

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

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

Hasta el periodo epidemiologico VI de 2022 en Colombia se habían notificado 122 casos de mortalidad Materna, de los cuales 64,2% corresponden a muertes maternas directas, 47,7% indirectas. Por causa

básica agrupada de muerte materna en Colombia 57,4% se documentaron con trastornos hipertensivos asociados al embarazo, 14,8% hemorragia obstétrica y 6,6% sepsis relacionada con el embarazo. Otras causas indirectas: neumonía por COVID-19 con 5 casos (4,1%). (7)

La Mortalidad materna temprana por grupo de edad en Colombia hasta el periodo epidemiológico VI de 2022, muestra el mayor porcentaje en el grupo de edad de 20 a 24 años con 23,8%, seguido por el grupo etario de 30 a 34 años con 21,3% (7).

68,9% de las pacientes pertenecían al régimen subsidiado, 17,2% al régimen contributivo y 13,9% no tenían afiliación al SGSSS (7)

2. Materiales y Métodos

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

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

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

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

3.Objetivos

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

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

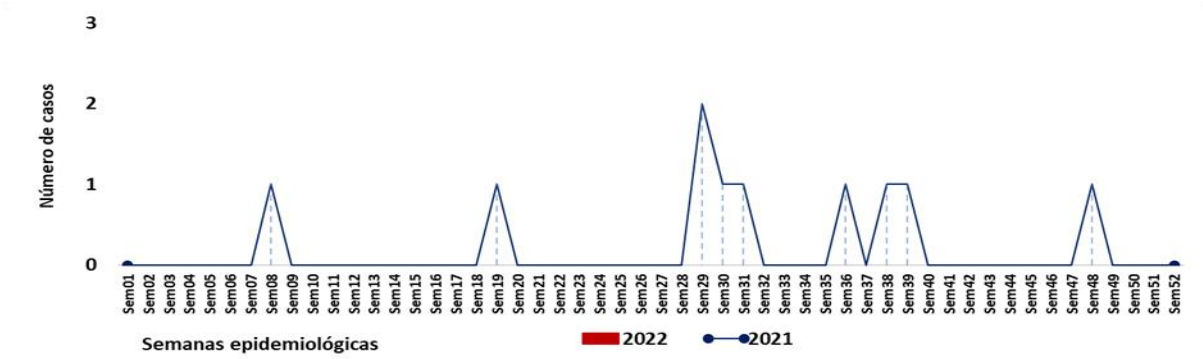
Analizar de forma individual y agregada los casos para la Mortalidad Materna del primer semestre de 2022, desde el componente demográfico, social y clínico, estableciendo los principales determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia de dichos eventos, que sirvan como insumo para la toma de decisiones, el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en el departamento de Caldas.

4.Resultados

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2022, no se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas casos de mortalidad materna.

En el año 2022 a periodo epidemiologico VI **no** se han notificado al sistema de vigilancia epidemiologica casos de muerte materna y en el año 2021 al mismo periodo se habían documentado 2 casos (Gráfica 1)

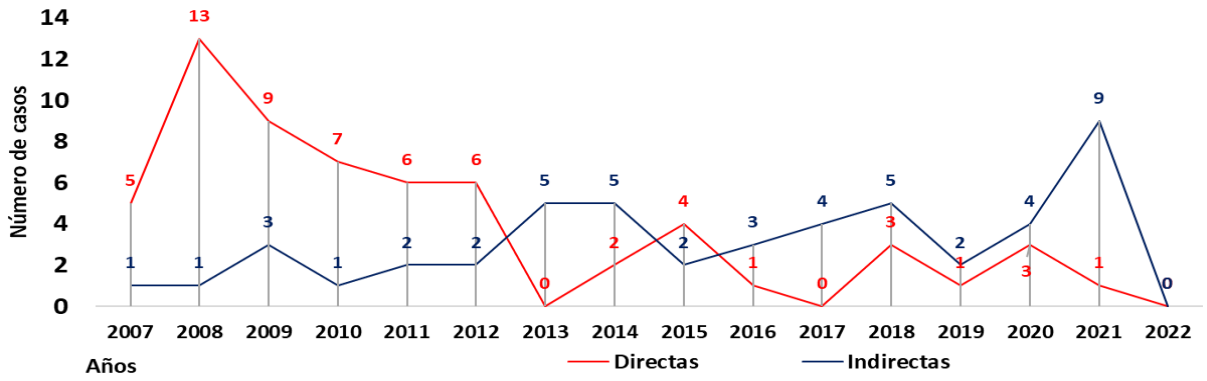
Gráfica 1. Notificación de Mortalidad Materna Caldas, semanas epidemiológicas 01 a 52 año 2021 y 01 a 26 de 2022



Fuente: Sivigila Caldas

Las muertes maternas Directas (aquellas relacionadas con el proceso obstétrico) muestran una tendencia que ha disminuido progresivamente, siendo el año 2008 el de mayor notificación con 13 casos; las muertes maternas Indirectas muestran aumento en 2021 con 12 casos que correspondieron a 6 muertes maternas tardías por causas indirectas y 6 muertes maternas tempranas por causas indirectas. En los años 2013 y 2017 no se notificaron muertes maternas por causas directas; para el año 2022 hasta la semana epidemiologica 26, no se han documentado casos de mortalidad materna (Gráfica 2).

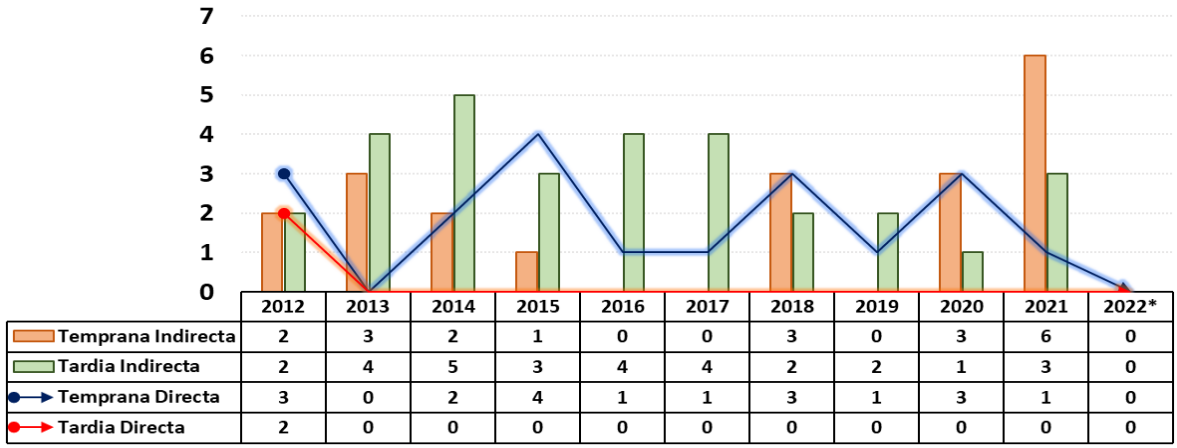
Gráfica 2. Tendencia de Mortalidad materna, Directas vs Indirectas, Caldas, comparadas años 2007 a 2022 SE 26



Fuente: Sivigila Caldas

Las muertes maternas tempranas directas (muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo por causas obstétricas muestran un comportamiento que en el año 2015 documentó el pico más alto con 4 casos y el más bajo en el año 2013 cuando no se notificaron casos. Las muertes maternas tardías (muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo), aportan la mayor cantidad de casos notificados en el periodo 2012 a 2022, siendo las tardías indirectas las que mayor número de casos registran en el periodo evaluado (n=33); en el año 2022* a semana 26 no se han reportado casos de muerte Materna (gráfica 3)

Gráfica 3. Casos de Mortalidad materna, tempranas y tardías, Caldas, años 2012 a 2022* semana epidemiologica 26*



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Temprana Indirecta	2	3	2	1	0	0	3	0	3	6	0
Tardia Indirecta	2	4	5	3	4	4	2	2	1	3	0
Temprana Directa	3	0	2	4	1	1	3	1	3	1	0
Tardia Directa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

fuente: Sivigila Caldas

5.Conclusiones

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2021, no se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas casos de mortalidad materna. En el mismo periodo de 2021 se habían notificado 2 casos.

Se debe continuar con el fortalecimiento del proceso de vigilancia desde estadisticas vitales, realizando concordancia entre los registros del RUAF y la notificacion al sistema de vigilancia epidemiologica SIVIGILA de manera periódica mensual, con el fin de detectar casos de manera oportuna y mejorar la calidad del dato.

6.Recomendaciones

Se recomienda de manera especial para el fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad de mujeres en edad fértil de 10 a 54 años, el diligenciamiento oportuno y semanal a través del módulo Sistema de vigilancia

epidemiologica de muerte materna basado en la Web (SVEMMBW), el cual permite en tiempo real informacion y seguimiento de los casos probables de muerte materna, mediante la captura, procesamiento, almacenamiento y distribución de la información de defunciones maternas para su análisis y toma de decisiones por parte de los diferentes actores del sistema de vigilancia en salud pública.

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

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

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

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

7.Referencias

(1) UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015

.

(2) Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. Lancet, 2011, Apr 16, 377(9774): 1319-30.

(3) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo sostenible, Colombia. Herramienta de aproximación al contexto local. Disponible https://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undpcoODSColombiaVSWS-2016.pdf

(4) Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf

(5) Organización mundial de la salud OMS, Mortalidad Materna, Consultada en Abril 11 2022, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

(6) Instituto Nacional de Salud INS, Informe anual evento mortalidad materna 2020 consultado en abril 2022. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%202020.pdf

(7) Instituto Nacional de Salud INS, Informe evento Mortalidad Materna PE VI 2022 consultado en julio 2022. https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VI%202022.pdf

Informe primer semestre 2022, Morbilidad Materna Extrema, Caldas 2022

1. Introducción

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

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS propusieron realizar vigilancia epidemiológica

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

Para Colombia los indicadores de Morbilidad Materna extrema a periodo epidemiologico V de 2022 muestran que se notificaron 12468 casos, con una razón de MME de 50,5 casos por 1000 nacidos vivos y una letalidad de 0,9 % (1 caso de muerte materna por cada 100 casos de MME). Se reportaron 5 casos de muertes perinatales y neonatales (4,9%) por cada 100 casos de Morbilidad materna extrema.

En relacion con las causas agrupadas de Morbilidad Materna Extrema 72,9% cursaron con trastornos hipertensivos y 14,1% presentaron complicaciones hemorragicas y 5,1% presentaron sepsis de origen obstetrico.
En Colombia el grupo de edad que documento el mayor número de casos a PE V de 2022, fue el de mujeres de 20 a 24 años (24,2%), seguido por el grupo etario de 25 a 29 años (23,5%). (10)

2. Materiales y Métodos

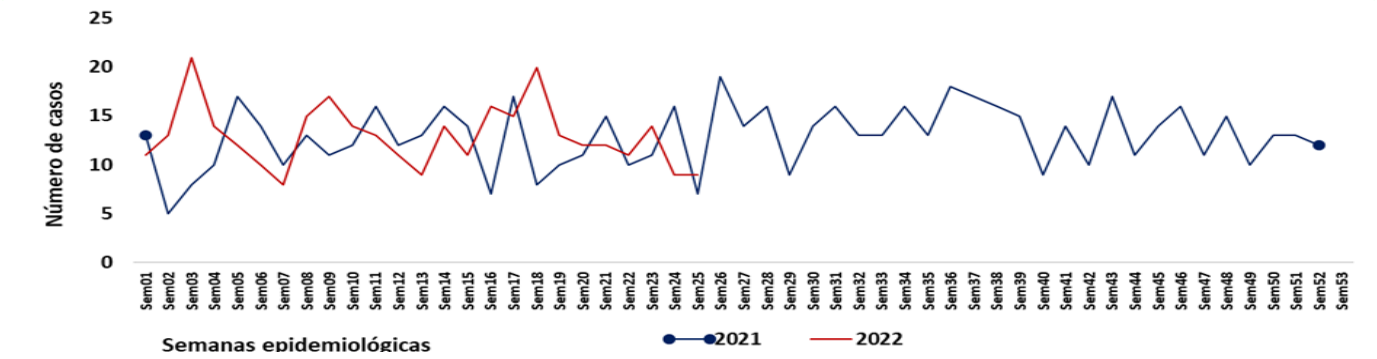
Se hace un análisis descriptivo de los casos para Morbilidad Materna Extrema, obtenidos a través de fuente secundaria por medio de la notificación individual de casos por las UPGD a nivel Departamental al Sivigila. Se validan y depuran los datos, categorizando las variables de edad por grupos de edad,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

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

3. Resultados

Hasta la el PE VII de 2022 fueron notificados al Sivigila Caldas, un total se han notificado en Caldas 324 casos de Morbilidad Materna Extrema, 9 casos en esta semana y 315 casos de semanas anteriores; en la semana epidemiológica 25 del año 2021 se notificaron 7 casos (Gráfica 4).

Gráfica 4. Notificación de Morbilidad Materna Extrema Caldas, hasta Periodo epidemiologico VII año 2022



Fuente: Sivigila Caldas

Por residencia Manizales muestra el mayor porcentaje con 41,7% (n=135) de los casos notificados en el departamento, seguido por La Dorada 13,6 (n=44), Chinchina con 5,2% (n=17), Riosucio 4,9 (n=16), Salamina 4% (n=13) (Tabla 2).

Tabla 2. Notificación de morbilidad materna extrema por municipio de residencia, Caldas, hasta periodo epidemiologico VII de 2022.

Municipio	Casos	%
Manizales	135	41,7
La Dorada	44	13,6
Chinchiná	17	5,2
Riosucio	16	4,9
Salamina	13	4,0
Villamaria	12	3,7
Palestina	11	3,4
Anserma	10	3,1
Belalcázar	8	2,5
Filadelfia	8	2,5
Aguadas	7	2,2
Marmato	7	2,2
Supia	7	2,2
Neira	6	1,9
Pácora	4	1,2
Aranzazu	3	0,9
Manzanares	3	0,9
Pensilvania	3	0,9
Marquetalia	2	0,6
Risaralda	2	0,6
Samaná	2	0,6
Viterbo	2	0,6
Norcasia	1	0,3
San José	1	0,3
Total	**324**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

La mayor cantidad de casos de morbilidad materna extrema a periodo epidemiologico VII de 2022 SE 26, se ha notificado en mujeres residentes en cabecera municipal con 80,9%. Por pertenencia étnica 98,1% de

los casos se registraron en las mujeres del grupo “otros”. Por grupos de edad 24,4% (n=79) se documentaron en el grupo de edad de 30 a 34 años seguido por los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años con 20,7% (n=67) cada uno; El grupo de edad de 15 a 19 años reporto 17,3%, (n=56). 45,4% de las pacientes pertenecen al régimen subsidiado y 43,8% pertenecen al régimen contributivo. Se documentaron 19 casos no asegurados (5,9%) y 12 casos del régimen de excepcion (3,7%) (Tabla 3).

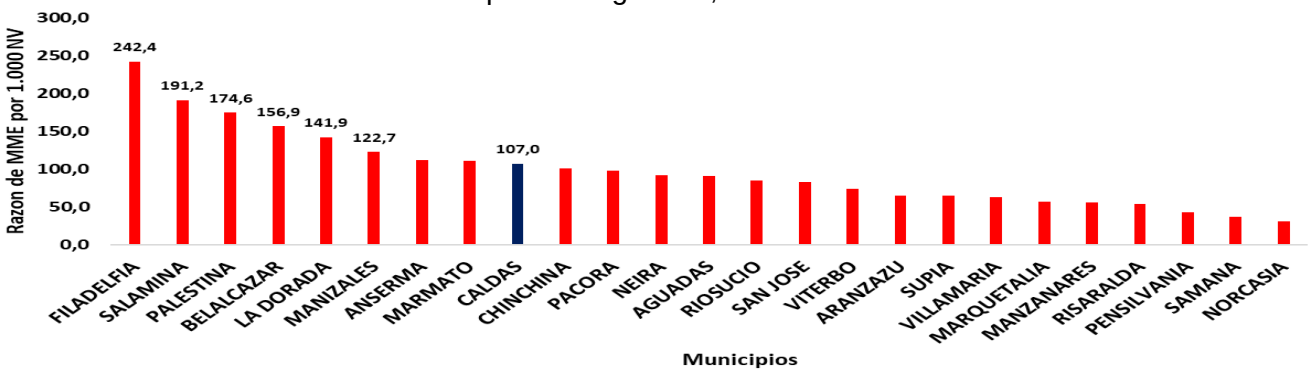
Tabla 3. Variables demográficas y sociales de los casos de morbilidad materna extrema, Caldas, a periodo epidemiologico VII, SE 26 de 2022

Variable	Categoría	Casos	%
Pertenencia étnica	Otros	318	98,1
	Indígena	6	1,9
Tipo de régimen en Salud	Subsidiado	147	45,4
	Contributivo	142	43,8
	No Asegurado	19	5,9
	Excepción	12	3,7
	Indeterminado/Pendiente	4	1,2
Grupos de Edad	10-14	5	1,5
	15-19	56	17,3
	20-24	67	20,7
	25-29	67	20,7
	30-34	79	24,4
	35-39	32	9,9
	40-45	18	5,6
Área de residencia	Cabecera Municipal	262	80,9
	Rural Disperso	54	16,7
	Centro Poblado	8	2,5

Fuente: Sivigila Caldas

La razón departamental de Morbilidad Materna Extrema a PE VII, SE 26, es de 107 casos por 1000 Nacidos Vivos y 8 municipios en Caldas superan esta razón. Los municipios con la mayor razón de morbilidad materna extrema a semana 26 son: Filadelfia con 242,4 casos por 1000 NV; Salamina con 191,2 casos por 1000 NV; Palestina con 174,6 casos por 1000 Nacidos Vivos, Belalcázar con 156,9 casos por 1000 NV, La Dorada con 141,9 casos por 1000 NV y Manizales con 122,7 casos por 1000 Nacidos Vivos (Gráfica 5).

Gráfica 5. Razón de Morbilidad Materna Extrema por municipio de residencia, Caldas, periodo epidemiologico VII, de 2022



Fuente: Sivigila Caldas

Por causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta el periodo epidemiologico VII SE 26 de 2022, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos con 74,7% (n=242) de los casos; las complicaciones hemorrágicas se documentaron con 11,1% (n=36); sepsis de origen obstetrico 8,3% (n=27); complicaciones de aborto 4% (n=13) (Tabla 4)

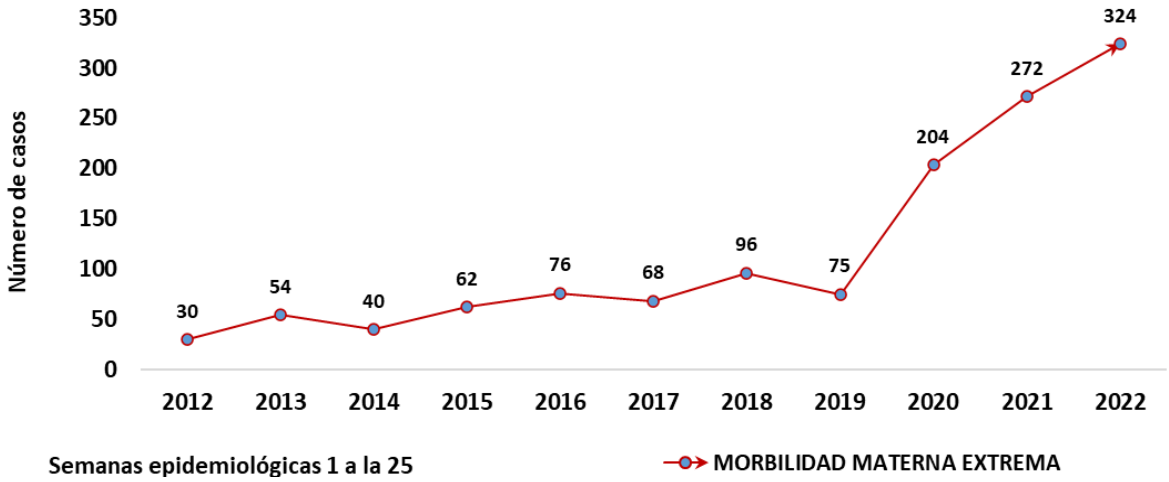
Tabla 4. Morbilidad Materna Extrema por causa principal agrupada Caldas, Período epidemiologico VII de 2022

Causas Agrupadas	Total	%
Trastornos hipertensivos	242	74,7
Complicaciones hemorrágicas	36	11,1
Sepsis de origen obstétrico	27	8,3
Complicaciones de aborto	13	4,0
Enf. Preexistente que se complica	2	0,6
Otra causa	2	0,6
Sepsis de origen no obstétrico	1	0,3
Sepsis de origen no pulmonar	1	0,3
Total	**324**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

La Morbilidad Materna Extrema en Caldas desde el año 2012 al 2022 PE VII (hasta semana 25), muestra una tendencia que ha tenido aumento desde el año 2020, para el año 2022 a semana epidemiológica 25 se han reportado 324 casos, con incremento de 52 casos (19,1%), con respecto al año 2021 SE 25 donde se habían notificado 272 (Gráfica 6).

Gráfica 6. Tendencia de Morbilidad Materna Extrema, Caldas, PE VII, semana epidemiológica 25, años 2012 a 2022



Fuente: Sivigila Caldas

Con respecto a la cantidad de criterios de inclusión que tuvo cada una de las pacientes, nos muestra un indicador de la severidad de la complicación obstétrica por la que cursó la gestante, 84,9% presentaron

uno a dos criterios de inclusión y 15,1% presentó tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo relativo mayor de muerte. Al ver este indicador según municipio de residencia, Manizales (12,6%), Chinchina (6,7%), Salamina y Marmato (3%) son los que documentaron el mayor porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión (Tabla 5)

Tabla 5. Indicadores de vigilancia de la Morbilidad Materna extrema, Caldas, periodo epidemiologico VII. Semana 25 de 2022

Municipios	Casos MME	%	Nacidos Vivos	Casos MM Temprana	Casos con 1 o 2 CI	Casos con 3 o más CI	Razón MME por 1.000 NV	% Casos con 1 o 2 CI	% casos 3 o más CI
Manizales	135	41,7	2798	0	118	17	48,2	87,4	12,6
La Dorada	44	13,6	733	0	35	9	60,0	25,9	6,7
Villamaria	12	3,7	444	0	12	0	27,0	8,9	0,0
Chinchiná	17	5,2	427	0	15	2	39,8	11,1	1,5
Anserma	10	3,1	197	0	8	2	50,8	5,9	1,5
Riosucio	16	4,9	444	0	13	3	36,0	9,6	2,2
Aranzazu	3	0,9	122	0	3	0	24,6	2,2	0,0
Supia	7	2,2	321	0	6	1	21,8	4,4	0,7
Salamina	13	4,0	132	0	9	4	98,5	6,7	3,0
Aguadas	7	2,2	167	0	6	1	41,9	4,4	0,7
Marquetalia	2	0,6	123	0	2	0	16,3	1,5	0,0
Belalcázar	8	2,5	89	0	8	0	89,9	5,9	0,0
Neira	6	1,9	168	0	5	1	35,7	3,7	0,7
Palestina	11	3,4	167	0	9	2	65,9	6,7	1,5
Marmato	7	2,2	130	0	3	4	53,8	2,2	3,0
Risaralda	2	0,6	90	0	1	1	22,2	0,7	0,7
Manzanares	3	0,9	108	0	3	0	27,8	2,2	0,0
Pácora	4	1,2	103	0	4	0	38,8	3,0	0,0
San José	1	0,3	38	0	1	0	26,3	0,7	0,0
Viterbo	2	0,6	51	0	2	0	39,2	1,5	0,0
Filadelfia	8	2,5	70	0	7	1	114,3	5,2	0,7
Victoria	0	0,0	50	0	0	0	0,0	0,0	0,0
La Merced	0	0,0	53	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Norcasia	1	0,3	77	0	1	0	13,0	0,7	0,0
Pensilvania	3	0,9	134	0	2	1	22,4	1,5	0,7
Marulanda	0	0,0	15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Samaná	2	0,6	95	0	2	0	21,1	1,5	0,0
CALDAS	**324**	**100,0**	**7346**	**0**	**275**	**49**	**44,1**	**84,9**	**15,1**

Fuente: Sivigila Caldas

4. Conclusiones y recomendaciones

Hasta la semana epidemiológica 25 PE VII de 2022, se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas 324 casos de morbilidad materna extrema de residentes en 24 municipios del total (27 municipios) en Caldas; Manizales con 41,7%, La Dorada con 13,6%, Chinchina con 5,2%, y Riosucio con 4,9%, documentan juntos el 65,4% de los casos de Morbilidad Materna Extrema el periodo epidemiológico VII,

SE 25 de 2022.

El incremento en la notificación de casos MME a periodo epidemiologico VII SE 25 de 2022, supera lo reportado en el mismo periodo de 2021 con 52 casos más (19,1%). Se deben identificar las causas relacionadas con el incremento en la notificación con respecto a lo históricamente reportado en el sistema de vigilancia.

Por causas agrupadas los trastornos hipertensivos están en primer lugar documentando con 74,7% del total de casos de morbilidad materna extrema, seguidos por las complicaciones hemorragicas con 11,1%, en tercer jugar están las sepsis de origen obstetrico con 8,3% de los casos. Las mujeres con edades entre 20 y 34 años son las que mayor porcentaje de casos registran (65,7%) del total

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

Realizar acompañamiento a municipios y UPGD reforzando adopción de definiciones y conceptos, y propender por el fortalecimiento de la notificación oportuna y con calidad de la totalidad de los casos MME ocurridos.
Es indispensable el fortalecimiento de los procesos básicos de la atención prenatal, en función de aspectos como: cobertura, acceso, oportunidad de los servicios, periodicidad, seguimiento, atención primaria cerca del domicilio bajo el marco de la integralidad de la prestación del servicio.

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

5. Referencias

(8) Instituto Nacional de salud INS Colombia, Internet [consultado en agosto 2022]- https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA_2019.pdf

(9) Sánchez-Barrera, E. T., Mendieta-Hernández, S. P., Pineda-Martínez, E. M., & Cárdenas, D. L. (2019). Comportamiento epidemiológico de la morbilidad materna extrema. Colombia, 2016. Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá, 6(2), 99–117. https://doi.org/10.24267/23897325.414 https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/414/498

10) Instituto Nacional de Salud, INS Colombia. Internet [consultado en agosto 2022](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20PE%20V%202022.pdf

Informe primer semestre 2022, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardia, Caldas 2022

1. Introducción

La mortalidad perinatal y neonatal tardía es un problema en salud pública porque es 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 (1) (2).

Sumado a lo anterior, el proceso de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía ha logrado monitorizar el comportamiento del evento en todas las regiones del país, lo que ha permitido identificar los principales factores de riesgo contribuyentes a la mortalidad y las causas de muerte frecuentes para este evento. Lo anterior, es una herramienta en salud pública para orientar las decisiones en torno a la disminución de la tasa de mortalidad y la mejora de la atención desde la preconcepción hasta la etapa neonatal, siendo la calidad de vida del binomio madre-hijo el indicador final del proceso de atención materno-infantil (3).

La mortalidad perinatal es la muerte que ocurre en el periodo comprendido desde 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 mortalidad neonatal es la muerte ocurrida desde el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida, está a su vez se divide en muertes neonatales tempranas (ocurren durante los primeros 7 días de vida) y muertes neonatales tardías (ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida) (4)

En Colombia según los datos obtenidos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el 2021 fue de 15,3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, se observa un aumento del 2 % en el número de casos notificados con respecto al 2020. Respecto al comportamiento de la razón por entidad territorial de residencia, 19 entidades superan el comportamiento del indicador nacional; Vichada (28,3), Chocó (26,5), Vaupés (25,3) Guainía (24,7) y Guajira (24,1) (5).

El proceso de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía es una herramienta que permite la generación de información confiable, oportuna y válida que facilita el análisis de la distribución, tendencia y comportamiento de las variables socio demográficas del evento (4). Lo anterior contribuye a la planeación de recursos en el sistema de salud, en el diseño y evaluación de los programas y servicios de atención en salud (6, 7).

2. Materiales y Métodos

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados de forma semanal al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA desde el periodo epidemiológico 01 hasta el periodo epidemiologico VII del año 2022.
Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas, relativas y un análisis bivariado que describe el comportamiento del evento junto con las características sociales, demográficas, clínicas y

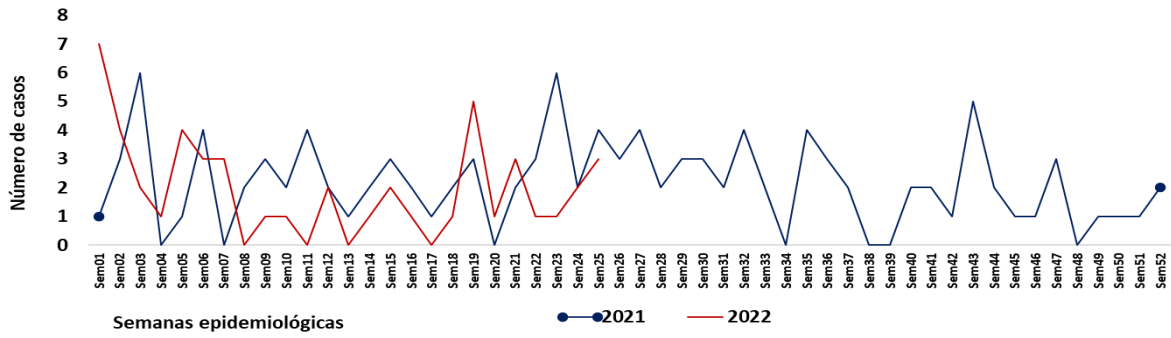
epidemiológicas. Se realizó un análisis agregado de la información a través de la Matriz BABIES, compuesta por una plantilla de Excel que permite analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se distinga entre mortinatos (antes o durante el parto), y muertos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

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

3.Resultados

Hasta el periodo epidemiologico VII de 2022 se han notificado 49 casos de muerte perinatal y neonatal por municipio de residencia de la madre, 3 casos en esta semana y 46 en las semanas anteriores; en la semana epidemiológica 25 de 2021 se notificaron 4 casos (Gráfica 7).

Gráfica 7. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Caldas, periodo epidemiologico I a VII de 2022



Fuente: Sivigila Caldas

Según el momento de ocurrencia 24 casos (49%) corresponden a muertes en anteparto; en prealta en posparto 18 casos (36,7%), en intraparto 4 casos (8,2%) en postalta en posparto 2 casos (4,1%). (Tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad perinatal según momento de ocurrencia en Caldas, hasta Periodo epidemiologico VII de 2022

Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto	Total	%
Anteparto	24	49,0
Prealta en postparto	18	36,7
Intraparto	4	8,2
Postalta en postparto	2	4,1
Reingreso en postparto	1	2,0
Total	**49**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

Por municipio de residencia, hasta la semana epidemiológica 25 de 2022, Manizales, La Dorada, Chinchina, Pensilvania Salamina y Supia, han notificado 65,3% de los casos del departamento de Caldas.
Periodo epidemiologico VII de 2022 por residencia, 17 municipios en Caldas han notificado muertes perinatales y neonatales (Tabla 6).

Tabla 6. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, hasta Periodo epidemiologico VII de 2022

Municipio	Casos	%
Manizales	9	18,4
La Dorada	6	12,2
Chinchiná	5	10,2
Pensilvania	4	8,2
Salamina	4	8,2
Supia	4	8,2
Aguadas	3	6,1
Riosucio	3	6,1
Anserma	2	4,1
Manzanares	2	4,1
Belalcázar	1	2,0
La Merced	1	2,0
Marmato	1	2,0
Marquetalia	1	2,0
Palestina	1	2,0
Victoria	1	2,0
Villamaria	1	2,0
CALDAS	**49**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

Hasta el periodo epidemiologico VII Semana 25 de 2022, el 65,3% de las muertes perinatales y neonatales se registraron en cabecera municipal y 24,5% en área rural dispersa; 67,3% de los casos pertenecen al régimen subsidiado. Se documentan 2 casos (4,1%) como No asegurados. 98% se registró en la pertenencia étnica “otro”; 26,5% (n=13) en hijos de mujeres con edades entre 20 a 24 años y 24,5% (n=12) en los grupos etarios de 25 a 29 años. En relación con el sexo de los productos 57,1% (n=28) fueron de sexo masculino (Tabla 7).

Tabla 7. Variables sociales y demográficas de los casos de mortalidad perinatal y neonatal, Caldas, periodo epidemiologico VII Semana 25 de 2022.

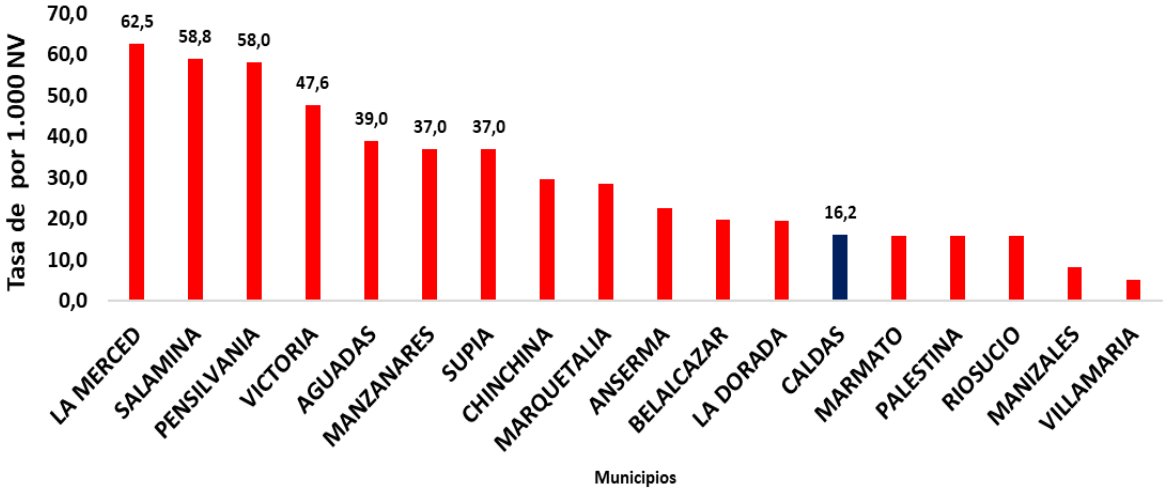
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	28	57,1
	Femenino	19	38,8
	Indeterminado	2	4,1
pertenencia étnica	Otro	48	98,0
	Indígena	1	2,0
	Afrocolombiano	0	0,0

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo de régimen en Salud	Subsidiado	33	67,3
	Contributivo	14	28,6
	No Asegurado	2	4,1
Grupos de edad	15-19	5	10,2
	20-24	13	26,5
	25-29	12	24,5
	30-34	10	20,4
	35-39	7	14,3
	40-44	2	4,1
área residencia	Cabecera Municipal	32	65,3
	Rural Disperso	12	24,5
	Centro Poblado	5	10,2

Fuente: Sivigila Caldas

La tasa de mortalidad perinatal y neonatal del departamento a periodo epidemiologico VII Semana 25 de 2022 es de 16,2 casos por 1000 nacidos vivos; 12 municipios en Caldas superan dicha tasa departamental. La Merced con 62,5 casos por 1000 Nacidos vivos, Salamina con 58,8 casos por 1000 NV, Pensilvania con 58 casos por 1000 NV, Victoria con 47,6 casos por 1000 nacidos vivos, Aguadas con 39 casos por 1000 NV, y Manzanares con 37 casos por 1000 NV, son los que presentan mayores tasas en el departamento de Caldas (Gráfica 7).

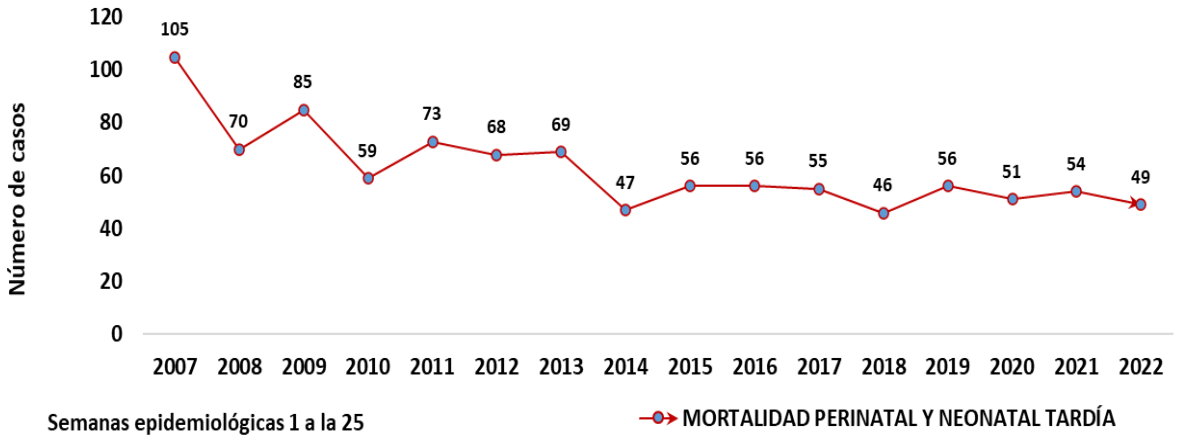
Gráfica 7. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, periodo epidemiologico VII Semana 25 de 2022



Fuente: Sivigila Caldas

La Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en Caldas, periodo epidemiologico VII Semana 25 de 2022 ha mostrado una tendencia estable desde el año 2015 en donde se documentaron 56 casos. Para el año 2022 hasta la semana 25 se han reportado 49 casos por residencia de la madre. El año en que se notificó el mayor número de casos a semana 25 fue en 2007 (n=105) (Gráfica 8).

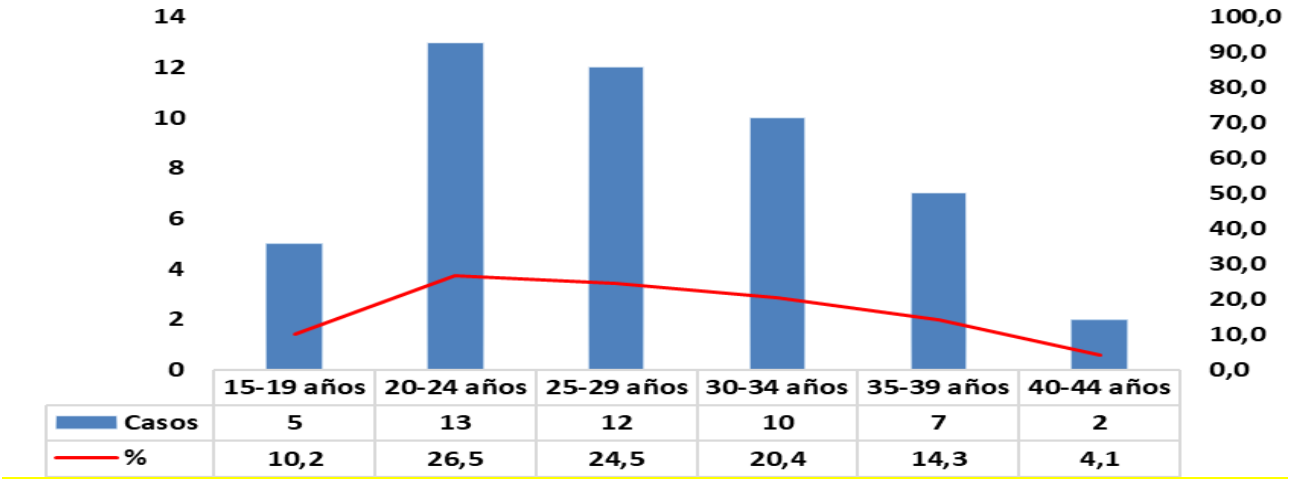
Gráfica 8. Tendencia de Mortalidad Perinatal, Caldas comparada a periodo epidemiologico VII, Semana 25 de 2007 a 2022



Fuente: Sivigila Caldas

Por grupos de edad de la madre se observa que el mayor número de eventos se presenta en las mujeres de 20 a 24 años con 13 casos (26,5%), seguida por el grupo de edad de 25 a 29 años, con 12 casos (24,5%). El grupo etario de 15 a 19 años registra 5 casos (10,2%) (Gráfica 9).

Gráfica 9. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupos de edad de la madre, Caldas, periodo epidemiologico VII Semana 25 de 2022



	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años
Casos	5	13	12	10	7	2
%	10,2	26,5	24,5	20,4	14,3	4,1

Fuente: Sivigila Caldas

Al realizar el análisis comparativo de las tasas de mortalidad 2022 con el año 2021, se observa que, en el primer semestre de 2022, la tasa es similar a la presentada durante todo el año 2021. Los Municipios que muestran tasas y variaciones más altas a Periodo epidemiologico VII de 2022 son: La Merced con 62,50 casos por 1000 NV; Salamina 58,82 por 1000 NV y Pensilvania con 57,97 por 1000 NV. (Tabla 8)

Tabla 8. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal por municipio de residencia, Caldas, periodo epidemiológico I a XIII 2021 y PE I a VII de 2022*

Municipio	Casos 2021	tasa SIVIGILA 2021	Casos 2022	tasa SIVIGILA 2022 a PE VII	diferencia de tasas 2021 2022
Aguadas	6	35,93	3	38,96	3,03
Anserma	5	25,38	2	22,47	-2,91
Aranzazu	4	32,79	0	0	-32,79
Belalcázar	3	33,71	1	19,61	-14,10
Chinchiná	6	14,05	5	29,59	15,54
Filadelfia	1	14,29	0	0,00	-14,29
La Dorada	16	21,83	6	19,35	-2,48
La Merced	0	0,00	1	62,50	62,50
Manizales	36	12,87	9	8,18	-4,69
Manzanares	0	0,00	2	37,04	37,04
Marmato	1	7,69	1	15,87	8,18
Marquetalia	2	16,26	1	28,57	12,31
Marulanda	0	0,00	0	0,00	0,00
Neira	4	23,01	0	0,00	-23,01
Norcasia	1	12,99	0	0,00	-12,99
Pacora	1	9,71	0	0,00	-9,71
Palestina	1	5,99	1	15,87	9,88
Pensilvania	3	22,39	4	57,97	35,58
Riosucio	10	22,52	3	15,87	-6,65
Risaralda	0	0,00	0	0,00	0,00
Salamina	3	22,73	4	58,82	36,09
San José	0	0,00	0	0,00	0,00
Samaná	3	78,95	0	0,00	-78,95
Supia	5	15,38	4	37,04	21,66
Victoria	1	20,00	1	47,62	27,62
Villamaria	5	11,26	1	5,24	-6,02
Viterbo	2	39,22	0	0,00	-39,22
TOTAL	**119**	**16,20**	**49**	**16,18**	-0,02

Fuente: Sivigila Caldas

Con respecto al análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía por periodos **perinatales de riesgo-Matriz BABIES** se observa que el exceso de muertes y las razones de mortalidad más alta ocurren en las fetales anteparto y en los neonatos menores de 1000 gramos de peso. Lo anterior tiene una alta relación con salud de la madre (5,8 muertes por 1000 nacidos vivos) y con los cuidados prenatales celdas de color naranja, las cuales están relacionadas con controles prenatales insuficientes, que no facilitan la identificación oportuna del estado nutricional, condiciones crónicas y/o infecciosas, condiciones de crecimiento fetal y cambios placentarios, entre otras; eventos susceptibles de intervención a través de actividades de control prenatal y seguimiento (3,3 muertes por 1000 nacidos vivos).

En tercer lugar, las muertes ocurridas en el periodo entre las primeras 24 horas de vida y siete días completos después del nacimiento localizadas en las celdas de color verde, se encuentran relacionadas con problemas derivados de cuidado neonatal. Para este grupo específico la tasa de mortalidad fue de 1,8 casos por 1 000 nacidos vivos (Tabla 10 y 11).

Análisis por periodos perinatales de riesgo De acuerdo al peso específico al nacer las muertes perinatales se concentraron en mayor proporción en el grupo de los menores de 1000 gramos (n=19) los cuales se pueden asociar con deficiencias y alteraciones de la salud materna pregestacional; las tasas proporcionales para las muertes ocurridas en el grupo de 1500 gramos a 3999 gramos se relacionan principalmente con problemas de acceso, oportunidad y calidad de la atención desde el control prenatal, el trabajo de parto y los cuidados neonatales tempranos hasta los primeros siete días.

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

Según la matriz BABIES la falta de atención a la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, siendo las casillas azules de la matriz donde más se concentran los casos, muertes que según los estudios y observaciones, se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la desnutrición, obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas, tabaquismo y edad de la mujer gestante, debido a que generan un ambiente intrauterino no satisfactorio que limita el desarrollo fetal.

Tabla 10. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según periodos perinatales de riesgo Matriz BABIES, Caldas, periodo epidemiologico VII Semana 26 de 2022

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL, MUERTES
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL		
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS	
Menor de 1000	10	2	5	2	19
De 1000 a 1499	1	0	3	0	4
De 1500 a 2499	8	2	1	2	13
De 2500 a 3999	5	0	6	2	13
4000 y más	0	0			0
Total, general	**24**	**4**	**15**	**6**	49

Fuente: Sivigila Caldas

Tabla 11. Razón* de mortalidad perinatal y neonatal tardía según periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES, Caldas, periodo epidemiologico VII Semana 26 de 2022

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	2,5	0,5	1,3	0,5
De 1000 a 1499	0,3	0,0	0,8	0,0
De 1500 a 2499	2,0	0,5	0,3	0,5
De 2500 a 3999	1,3	0,0	1,5	0,5
4000 y más	0,0	0,0	0,0	0,0
Total general	**6,1**	**1,0**	**3,8**	**1,5**

5,8	Salud materna
3,3	Cuidados prenatales
0,5	Atención del parto
1,8	Atención del recién nacido
1,0	Atención del neonato AIEPI

Fuente: Sivigila Caldas

4.Discusión

Caldas reporta una razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía de 16,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a periodo epidemiológico VII de 2022, este indicador refleja la manera como está planteada la atención y la calidad de la misma por parte de los prestadores en términos de disponibilidad, capacidad, acceso a los servicios. De Igual forma evidencia el comportamiento de los determinantes sociales y demográficos, que aumentan los riesgos del grupo materno perinatal.

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

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

La salud de la madre es el componente de atención que genera la mayor carga en las mortalidades perinatales y neonatales tardías (25), lo que es consistente con las principales causas de muerte agrupadas por origen: neonatal, materna y fetales, respectivamente. El trabajo de parto prematuro, los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer junto con la hipoxia intrauterina son las causas que reportan las tasas más altas de mortalidad para cada uno de los grupos de causas por origen mencionados.

5.Conclusiones

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento de Caldas es de 16,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Este comportamiento puede estar vinculado a la calidad, acceso, uso del sistema de salud, los servicios de salud sexual y reproductiva y de la atención materno-infantil; esto se ha evidenciado con los problemas identificados en las unidades de análisis en donde los más frecuentes son

el incumplimiento en acciones de demanda inducida, el incumplimiento de las acciones establecidas en las guías clínicas de atención y la baja percepción de riesgo en salud.

La vigilancia y notificacion de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en el departamento de Caldas hasta el periodo epidemiologico VII de 2022, muestra un comportamiento estable si se compara con el mismo periodo del año 2021, aún continúan presentándose algunas deficiencias en la definición de las causas de muerte, lo que determina que deben realizarse acciones tendientes a mejorar el registro y la calidad del dato y a efectuar analisis anatomopatologico a todos los casos reportados.

De acuerdo con el momento de ocurrencia, el mayor número de casos (n=24) 49% corresponden a muertes anteparto, 18 casos (36,7%) fueron prealta en postparto; en intraparto se documentaron 4 casos (8,2%); En postalta en postparto 2 casos (4,1%) y 1 caso (2%) reingreso en posparto.
Cada territorio debe evaluar su gestión en torno a la prestación de los servicios en cada una de estas etapas y establecer planes de acción que contribuyan a la disminución de las brechas sanitarias y a la mejora de la calidad de vida de la población materno-infantil. (10)

Por grupos de edad de la madre, el mayor número de eventos se presenta en las mujeres de 20 a 24 años con 13 casos (26,5%) , seguida por el grupo de edad de 25 a 29 años, con 12 casos (24,5%). El grupo etario de 15 a 19 años registra 5 casos (10,2%). Las edades extremas son factores maternos que tienen una relación directa o indirecta con complicaciones materno-perinatales con mayor riesgo de mortalidad materna, perinatal y/o neonatal debido a la alta frecuencia de generar parto pretérmino.

La notificación de Mortalidad perinatal y neonatal tardía tiene a PE VII de 2022 una tendencia estable que muestra 5 casos menos con respecto a lo reportado en la misma semana de 2021. El ingreso temprano de las gestantes a los controles prenatales y la mayor cobertura del aseguramiento para la población, son factores que han influido en el comportamiento del evento.

Las madres en el grupo de edad de 20 a 34 años concentran 71,4% del total de casos de mortalidad perinatal y neonatal documentados hasta la semana epidemiologica 25 de 2022.

En relacion al momento en que ocurrió la muerte con relacion al parto se encuentra que 49% son muertes sucedidas antes del parto, relacionadas con la Salud Materna y con los cuidados prenatales.

6.Referencias

(1) Ticonal1 M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Ginecol. obstet. 2003; 49 (4): 227 – 236.

(2) Pérez Y, Salvador I, Rodríguez C. Mortalidad neonatal precoz. Estudio de 5 años. 20002004. Gaceta Médica Espirituana. 2007; 9 (2): 1-9.

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

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

(5) Instituto Nacional de Salud INS, Colombia. Informe de evento mortalidad perinatal y neonatal tardía 2021

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

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

(8) Instituto Nacional de Salud INS. [internet] consultado en Julio 30 2022 https://www.ins.gov.co/buscador/IQEN/IQEN%20vol%2018%202013%20num%208.pdf

(9) Instituto Nacional de Salud INS,, Colombia [internet] https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARD%C3%8DA%202017.pdf

(10) Instituto Nacional de Salud INS,-Colombia-[internet]-consultado en agosto 2022. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARD%C3%8DA_2020.pdf

Informe primer semestre 2022, Defectos Congenitos, Caldas 2022

1.Introduccion

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

Se calcula que cada año 303.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas.
Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados,

sus familias, los sistemas de salud y la sociedad.
Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

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

2.Materiales y Métodos

Estudio de tipo descriptivo transversal, el cual caracteriza la situación epidemiológica de los defectos congénitos en el departamento de Caldas hasta el periodo epidemiologico VII de 2022. La población en estudio correspondió a los casos de defectos congénitos detectados al nacimiento o hasta un año de vida notificados al Sistema de Vigilancia epidemiológica (Sivigila) bajo el código 215.

Se realizó la depuración de los datos con el objeto de revisar los registros en cuanto a calidad del dato, eliminar registros repetidos, casos descartados y errores de digitación, para generar un análisis de frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación de datos básicos y complementarios.
Se revisaron semanas de gestación y peso al nacer frente a las condiciones relacionadas con prematuridad en recién nacidos de menos de 37 semanas de gestación y se revisaron códigos CIE 10 y descripción del defecto congénito para identificar aquellos casos de defectos congénitos menores que no cumplían definición de caso.

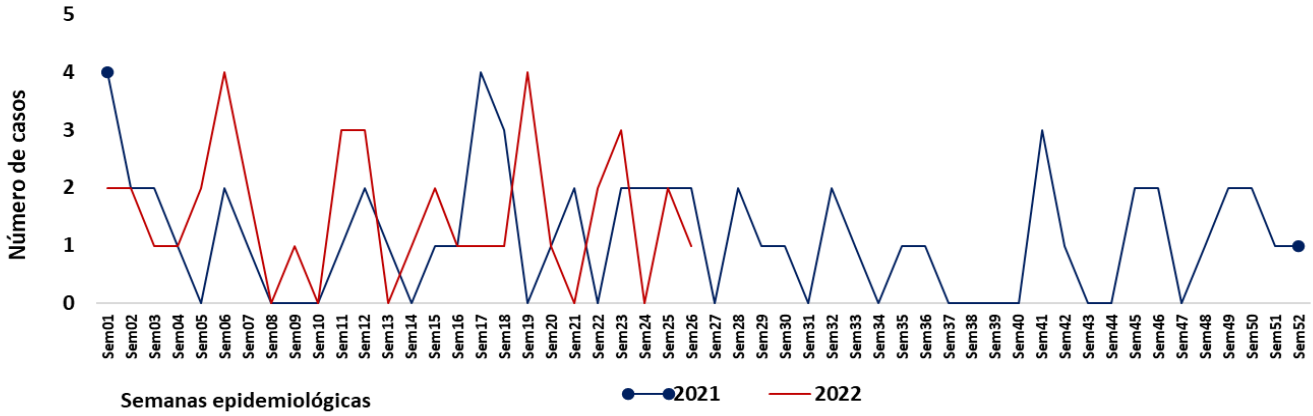
3.Objetivos

El Objetivo del presente informe es establecer la frecuencia y distribución de los defectos congénitos en el departamento de Caldas con corte a SE VII, determinar el comportamiento demográfico y social y establecer los indicadores de seguimiento del evento durante el primer semestre de 2022

4.Resultados

Hasta la semana epidemiológica 26 PE VII de 2022 se notificaron al Sivigila Caldas 40 casos de defectos congénitos, con un promedio semanal de 2 casos. En las semanas 6, 11, 12 y 19 se reportaron el mayor número de casos. En el mismo periodo de análisis de 2021 se notificaron 36 casos de defectos congénitos. (gráfica 1)

Gráfica 1. Casos de Defectos Congénitos según semana epidemiológica de notificación. Caldas, hasta semana epidemiológica 52, años 2020 y 2021



Fuente: Sivigila Caldas

En el primer semestre SE 26, Periodo epidemiologico VII de 2022, el 70% (n=28) de los defectos Congenitos se registraron en cabecera municipal y 27,5% (n=11) en área rural dispersa; 55% (n=22) pertenecen al régimen subsidiado y 40% (n=16) al régimen contributivo. Se documenta 1 casos (2,5%) como indeterminado/pendiente. 100% de los casos en la pertenencia étnica “otro”; por edades el grupo de 20 a 24 años con 30% (n=12) tiene el mayor número de casos seguido por el grupo etario de 30 a 34 con 22,5% (n=9). 45% de los casos registrados fueron de sexo femenino (Tabla 1).

Tabla 1. Variables demográficas y sociales de los casos de Defectos congénitos, Caldas, periodo epidemiologico VII, SE 26 de 2022

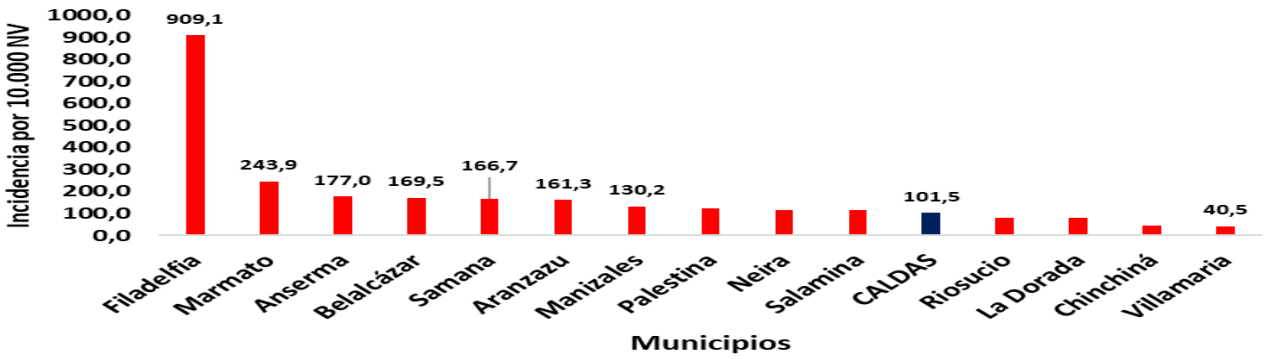
Variable	Categoría	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Sexo	Femenino	18	45,0	45,7
	Masculino	17	42,5	43,2
	Indeterminado	5	12,5	12,7
Pertenencia étnica	Otro	40	100,0	101,5
Tipo de Régimen en Salud	Subsidiado	22	55,0	55,9
	Contributivo	16	40,0	40,6
	Indeterminado/Pendiente	1	2,5	2,5
	No Asegurado	1	2,5	2,5
Grupos de Edad de la madre	10-14 Años	0	0,0	0,0
	15-19 Años	7	17,5	17,8
	20-24 Años	12	30,0	30,5
	25-29 Años	4	10,0	10,2
	30-34 Años	9	22,5	22,8
	35-39 Años	8	20,0	20,3
	40-45 Años	0	0,0	0,0
Área de ocurrencia del caso	Cabecera Municipal	28	70,0	71,1
	Rural Disperso	11	27,5	27,9
	Centro Poblado	1	2,5	2,5

Fuente: Sivigila Caldas

La tasa de defectos congénitos en el departamento de Caldas el primer semestre SE 26, Periodo

epidemiologico VII de 2022 es de 101,5 casos por 10.000 NV; 10 municipios en Caldas a semana 26 superaron dicha cifra. Filadelfia con 909,1 casos por 10.000 nacidos vivos, Marmato con 243,9 casos por 10.000 NV, Anserma con 177,0 casos por 10.000 NV y Belalcázar con 169,5 casos por 10.000 Nacidos vivos, son los que muestran mayores incidencias en el departamento. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tasa de defectos congénitos por municipio de residencia, Caldas, a SE 26, Periodo epidemiologico VII de 2022



Fuente: Sivigila Caldas

En la distribución de los defectos congénitos en los tres grandes grupos: malformaciones congénitas, defectos congénitos sensoriales y defectos congénitos metabólicos, se identifica que el mayor porcentaje corresponde a malformaciones congénitas con 95,1% del total de casos y una prevalencia de 99 casos por cada 10.000 nacidos vivos, los defectos congénitos sensoriales y metabólicos documentan 2,4 % de los casos notificados con una prevalencia de 2,5 casos por 10.000 nacidos vivos cada uno (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los defectos congénitos metálicos y malformaciones congénitas, a SE 26, Periodo epidemiologico VII de 2022

Tipo de defecto Congénito	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Malformaciones congénitas	39	95,1	99,0
Defectos congénitos sensoriales	1	2,4	2,5
Defectos congénitos metabólicos	1	2,4	2,5
Total	**41**	**100,0**	**104,1**

Fuente: Sivigila Caldas

Con respecto a los defectos congénitos metabólicos, no se han notificado a SE 26, Periodo epidemiologico VII casos de hipotiroidismo congénito bajo el código CIE 10 E031 (tabla 3)

Tabla 3. Distribución de los defectos congénitos metabólicos, a SE 26, Periodo epidemiologico VII de 2022

Defectos metabólicos		Total	%	Prevalencia por 10.000 NV
HIPOTIROIDISMO CONGENITO SIN BOCIO	E031	0	0,0	0,0
Total, general		40	100,0	101,5

Fuente: Sivigila

Dentro del grupo de malformaciones congénitas, que representaron la mayor cantidad del total de casos notificados a SE 26, Periodo epidemiologico VII, el mayor porcentaje se encuentra en los defectos congénitos del sistema osteomuscular con 42,5% y una prevalencia de 42,16 casos por 10.000 nacidos vivos, de los cuales la polidactilia presenta la mayor proporción (17,5%). En segundo lugar, se encontraron las anomalías no clasificadas en otra parte con una proporción de 17,5% y una prevalencia de 17,77 casos por 10.000 nacidos vivos; seguido por los defectos del sistema circulatorio con una proporción de 12,5% y una prevalencia de 12,69 casos por 10.000 nacidos vivos. (Tabla 5)

Tabla 4. Distribución de las malformaciones congénitas clasificación CIE 10, a SE 26, Periodo epidemiologico VII de 2022

malformaciones Congénitas	Código CIE-10	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
AGENESIA CONGENITA DE LA MANO IZQUIERDA	Q713	1	2,5	2,5
ANOMALIA DE EBSTEIN PERDIDA DEL OFF-SET VALVULAR	Q225	1	2,5	2,5
APENDICES PREAURICULARES DERECHA	9999	1	2,5	2,5
AUSENCIA DE CONDUCTO AUDITIVO IZQUIERDO	9999	1	2,5	2,5
AUSENCIA DE FOSA NASAL IZQUIERDA	Q54	1	2,5	2,5
AUSENCIA DEL ANO	Q423	1	2,5	2,5
COARTICION DE LA AORTA	Q251	1	2,5	2,5
CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE	Q250	1	2,5	2,5
ESTENOSIS CONGENITA DE VALVULA PULMONAR	Q221	1	2,5	2,5
ESTENOSIS DE LA VALVULA PULMONAR	Q221	1	2,5	2,5
GENITALES AMBIGUOS	Q563	1	2,5	2,5
HIDROCEFALIA CONGENITA	Q039	1	2,5	2,5
HIDRONEFROSIS CONGENITA	Q620	1	2,5	2,5
HIPERTELORISMO	Q750	1	2,5	2,5
LABIO LEPORINO CENTRAL Y BILATERAL	Q360	1	2,5	2,5
MICROTIA O ANOTIA AUSENCIA CONGENITA DEL PABELLON AURICULAR DERECHA	Q172	1	2,5	2,5
OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS VALGUS DE LOS PIES	Q666	1	2,5	2,5
OTRAS MALFORMACIONES DEL SISTEMA NERVISOSO	Q078	1	2,5	2,5
PALADAR BLANDO HENDIDO DESDE LA OVULA HASTA DONDE INICIA PALADAR DURO - LABIO HENDIDO DERECHO	Q373	1	2,5	2,5
PIE DERECHO EN VARO	Q660	4	10,0	10,2
PIE EQUINOVARUS BILATERAL	Q660	1	2,5	2,5
PILIDACTILIA DE AMBAS MANOS	Q699	5	12,5	12,7
POLIDACTILIA EN AMBOS MIEMBINFERIORES	Q69	1	2,5	2,5
POLIDACTILIA POSAXIAL DE AMBAS MANOS	Q69	1	2,5	2,5

malformaciones Congénitas	Código CIE-10	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
SIN DATO	Q212	1	2,5	2,5
SINDROME DE TURNER MONOSIMIA X	Q969	1	2,5	2,5
SX DE TURNER	Q96	1	2,5	2,5
TALIPES EQUINOVARO	Q660	2	5,0	5,1
TALIPES EQUINOVARUS PIE DERECHO	Q660	1	2,5	2,5
TRISOMIA		1	2,5	2,5
TRISOMIA 21	Q902	2	5,0	5,1
Total		**40**	**100,0**	**101,5**

Fuente: Sivigila

Tabla 5. Clasificación y tipos de defectos congénitos notificados, Caldas, a SE 26, Periodo epidemiologico VII de 2022

Tipo de defecto congénito	%	Número de casos	Prevalencia por 10 000 nacidos vivos
Sistema osteomuscular (Q65-Q79)	42,5	17	43,16
Anomalías no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)	17,5	7	17,77
Sistema circulatorio (Q20-Q28)	12,5	5	12,69
Ojo, del oído de la cara y del cuello (Q10-Q18)	12,5	5	12,69
Fisura del paladar y labio leporino (Q35-Q38)	5	2	5,08
Sistema nervioso (Q00-Q09)	5	2	5,08
Sistema digestivo (Q39-Q45)	2,5	1	2,54
Órganos genitales (Q50-Q56)	2,5	1	2,54

Fuente: Sivigila

5.Discusion

Los defectos congénitos durante el primer semestre de 2022 fueron más frecuentes en el sexo femenino (45%) con igual comportamiento al registrado en 2021. En cuanto a la magnitud del evento, la prevalencia nacional preliminar a PE III de 2022 de malformaciones congénitas fue de 134,1 por 10.000 nacidos vivos (5), La prevalencia para el departamento de Caldas en el primer semestre de 2022 fue 101,5 casos por 10.000 NV, la cual es superior a la presentada en el mismo periodo del año 2021 donde se documentó en 85,6 casos por 10.000 NV.

En la distribución de casos en los tres subgrupos: Defectos Funcionales Metabólicos (DFM) Defectos Sensoriales (DS) y Malformaciones Congénitas (MC), este último grupo representa el porcentaje más alto con 95,1% para el primer semestre de 2022 PE VII semana 26.

En Caldas las deformidades congénitas osteomusculares representan la mayor proporción, a diferencia de

lo registrado a nivel nacional donde las malformaciones del sistema circulatorio tienen la mayor proporción con 30,1%. Las Malformaciones del sistema circulatorio en Caldas para 2022 reportan 12,5%.

Con relación a la incidencia de defectos congénitos por municipio, encuentra que Filadelfia con 909,1 casos por 10.000 nacidos vivos, Marmato con 243,9 casos por 10.000 NV, Anserma con 177,0 casos por 10.000 NV y Belalcázar con 169,5 casos por 10.000 Nacidos vivos, son los que muestran mayores incidencias en el departamento

Las 4 malformaciones congénitas que presentan las tasas de incidencia más elevadas son: polidactilia en ambas manos, pie equino varo, Talipes equinovarus, y trisomía 21

Los resultados nos muestran que las mujeres en edades extremas tienen un riesgo aumentado de tener hijos con algún defecto congénito en relación con las mujeres de edades intermedias en donde se encuentran las tasas más bajas. Diversos estudios realizados a nivel mundial han demostrado esta relación entre la edad materna aumentada y el riesgo de defectos congénitos cromosómicos, especialmente con síndrome de Down y otras trisomías (6,7).

6.Conclusiones y recomendaciones

La notificación al Sivigila del evento de defectos congénitos presento aumento con respecto al año anterior, con una notificación semanal promedio de 2 casos. Los defectos congénitos fueron notificados en mayor proporción en menores del sexo femenino, pertenecientes al régimen en salud subsidiado, el grupo de madres de 20 a 39 años documento 82,5% del total de casos en Caldas.

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

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

Se debe establecer de acuerdo con la normatividad el tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito, patología con enfoque de problema en salud pública al ser causante de déficit cognitivo irreversible considerándose tratable y prevenible en todas sus consecuencias, en ese sentido las UPGD y las aseguradoras deben establecer de manera perentoria controles y seguimientos para dar cumplimiento a lo dispuesto en Ley 1980 de 2019 por medio de la cual se amplía el programa de tamizaje neonatal en Colombia incluyendo 4 líneas: metabólica (incluye hipotiroidismo congénito), visual, auditiva y de cardiopatía congénita compleja. (8)

7.Referencias

(1) Instituto Nacional de Salud INS, Colombia, informe 2017 [internet] consultado en julio 30 de 2022. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DEFECTOS%20CONG%C3%89NITOS%202017.pdf

(2) Organización Mundial de la Salud OMS, [internet] consultado en abril 30 2022, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies.

(3)Defectos congénitos - Informe de la Secretaría de la OMS, abril 1 2010, 63 asamblea mundial de la Salud https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pdf?ua=1&ua=1

(4) Instituto Nacional de Salud INS Colombia, Informe de evento. [internet] consultado en mayo 2022 https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DEFECTOS%20CONGENITOS%20PE%20XIII%202021.pdf

(5) Instituto Nacional de Salud INS, Colombia Informe de Evento [internet] https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DEFECTOS%20CONGE%CC%81NITOS%20PE%20III%202022.pdf

(6) Nazer J, Cifuentes L, Águila A, Ureta P, Bello MP et al. The association between maternal age and congenital malformations. Rev. méd. Chile. 2007; 135(11): 1463-1469.

(7) Pachajoa H, Caicedo CA, Saldarriaga W, Méndez F. Prevalencia de defectos congénitos en un hospital de tercer nivel en Cali (Colombia) 2004-2008. Asociación con edad materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 62(2): 155-160

(8) Instituto Nacional de Salud INS. Colombia. Protocolo de vigilancia Defectos Congenitos, [internet] consultado en agosto 2022. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Defectos%20cong%C3%A9nitos%202022.pdf