Informe integrado: Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal Tardía, Morbilidad Materna Extrema, Defectos Congénitos

Primer semestre 2023

Código 551, 560, 549 y 215

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

observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co

Informe evento Mortalidad Materna semestre 01, Caldas 2023

Elaboró

CARLOS ALBERTO LEPINEUX ALZATE
Profesional Vigilancia Epidemiologica
Eventos maternidad segura

Revisó

NATALIA ANDREA ALZATÉ BEDOYA
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Aprobó

CLAUDIA PATRICIA NARVÁEZ AVELLANEDA
Coordinadora Observatorio Social

Créditos

JORGE RUBIO JIMENEZ
Director General Territorial de Salud de Caldas

CARLOS EDUARDO RIVERA MOLANO
Subdirector Salud Pública

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

Contenido

Informe de evento Mortalidad Materna semestre 01, Caldas 2023 4

Informe de evento Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, Caldas semestre 01 2023 11

Informe de evento Morbilidad Materna Extrema, semestre 01 Caldas, 2023 24

Informe de evento, Defectos Congénitos, semestre 01 de 2023 Caldas 37

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Gobierno de CALDAS

PRIMERO LA GENTE

Informe de evento Mortalidad Materna semestre 01, Caldas 2023

1. Introducción

La situación epidemiológica mundial de la mortalidad materna sigue siendo un desafío importante para la salud pública. A pesar de los avances en la atención médica y la reducción de la mortalidad materna en muchos países, las tasas de mortalidad materna siguen siendo altas en algunas regiones y países en desarrollo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año ocurren alrededor de 295,000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría de estas muertes son evitables y se deben a complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, como hemorragias, infecciones, hipertensión y complicaciones relacionadas con el aborto inseguro.

Las tasas de mortalidad materna varían considerablemente entre los países y las regiones. Los países de bajos ingresos y aquellos con sistemas de salud deficientes tienen las tasas más altas de mortalidad materna. Además, las mujeres que viven en áreas rurales, las adolescentes y las mujeres de bajos recursos económicos tienen un mayor riesgo de morir durante el embarazo y el parto.

La mortalidad materna también está estrechamente relacionada con factores sociales, culturales y económicos. La falta de acceso a servicios de salud de calidad, la falta de educación y empoderamiento de las mujeres, la violencia de género y la discriminación son factores que contribuyen a la mortalidad materna.

Para abordar este problema, se requiere una acción global y coordinada. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas incluyen la reducción de la mortalidad materna como una de las metas a alcanzar para 2030. Esto implica mejorar el acceso a servicios de salud materna de calidad, fortalecer los sistemas de salud, promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.

En resumen, la situación epidemiológica mundial de la mortalidad materna muestra que aún queda mucho por hacer para reducir las muertes evitables durante el embarazo y el parto. Es necesario un enfoque integral que aborde los determinantes sociales, económicos y culturales.

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 (1). 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 (1) y será necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, de 2,3 %, se multiplique por más de tres (2).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros organismos, la mortalidad materna sigue siendo un desafío urgente en la salud mundial. Estas muertes pueden prevenirse y tratarse con acceso a una atención de salud de calidad. Sin embargo, la infrafinanciación de los sistemas de atención primaria de salud y la falta de personal capacitado ponen en peligro los avances. Además, las inequidades relacionadas con los ingresos, la educación y el origen étnico aumentan los riesgos para las mujeres embarazadas marginadas. Es necesario invertir en planificación familiar y en la formación de profesionales de partería para garantizar que todas las mujeres reciban la atención vital que necesitan. Se deben acelerar los progresos para cumplir las metas de reducción de muertes maternas establecidas para 2030 (3)

Hasta el periodo epidemiologico XIII de 2022 en Colombia se habían notificado 255 casos de mortalidad Materna residentes en Colombia, lo que muestra una disminucion de 44,2% si se compara con el mismo periodo epidemiologico de 2021. La razón de mortalidad materna temprana se estimó en 42,4 por 100 000 Nacidos Vivos. La mortalidad materna según causa de muerte en Colombia para 2022 para trastornos hipertensivos asociados con el embarazo muestra una razón de 11,3 por 100 000 nacidos vivos, para hemorragia obstétrica 7,5 por 100 000 nacidos vivos y para sepsis relacionada con el embarazo 4,2 por 100 000 nacidos vivos. (4)

2. 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 del año 2023, desde el componente demográfico, social y clínico, estableciendo los principales determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia, que sirvan como insumo para la toma de decisiones, el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en el departamento de Caldas.

3. 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.

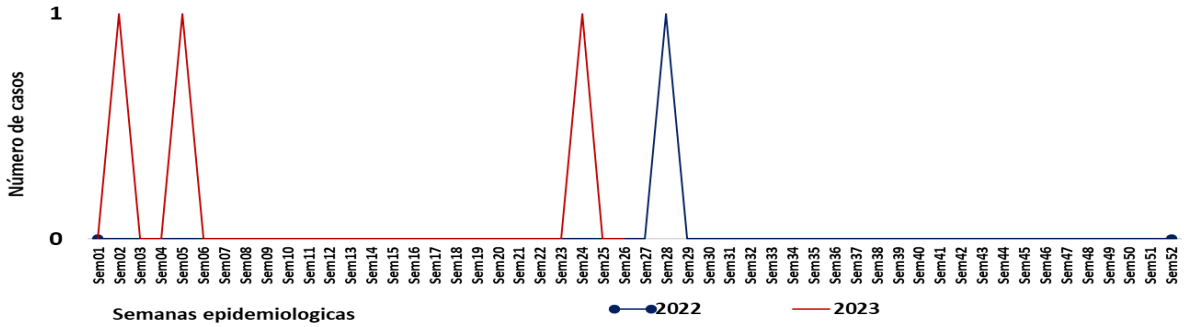
Los datos se obtuvieron a través de fuente secundaria, por medio de la notificación inmediata individual de los casos de los eventos muerte, cotejando cada registro con la información consignada en el certificado de defunción en el registro único de afiliación en el módulo de defunciones RUAF-ND para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

4. Resultados

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2023, se han notificado al SIVIGILA 3 casos de mortalidad materna, el primero en semana epidemiologica 2 con residencia en el municipio de Manizales, el cual fue clasificado en la unidad de analisis departamental, como una mortalidad materna tardía por causas indirectas. El segundo caso corresponde a una paciente con residencia en el municipio de La Dorada, que fue notificada por UPGD de la ciudad de Bogotá y se clasifico como una mortalidad materna tardía por causas Indirectas. El tercer caso notificado al SIVIGILA es de una paciente con residencia en el municipio de Manzanares registrada en RUAF por medicina Legal como una muerte por lesiones de causa externa. Clasificándose de acuerdo con el protocolo de vigilancia como una muerte materna por causas coincidentes. (Gráfica 1)

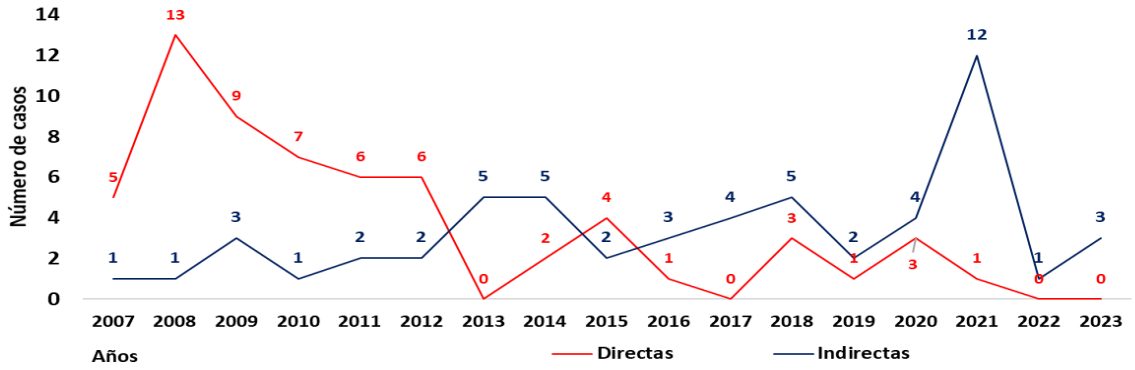
Gráfica 1. Notificación de Mortalidad Materna Caldas, semanas epidemiológicas 01 a 52 año 2022 y 01 a 26 de 2023



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 registra 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. Hasta la semana epidemiologica 26 de 2023 se han notificado 3 casos de mortalidad materna por causas indirectas (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tendencia de Mortalidad materna, Directas vs Indirectas, Caldas, años 2007 a 2023 SE 26



Fuente: Sivigila Caldas

El 66,7% de casos de muerte materna se notificó en mujeres residentes en cabecera municipal y 33,3 en área rural dispersa. El grupo de edad de 35 a 39 años documenta dos casos y el de 15 a 19 años un caso. 66,7% (n=2) pertenecían al régimen subsidiado y un caso 33,3% al régimen contributivo. (Tabla 1)

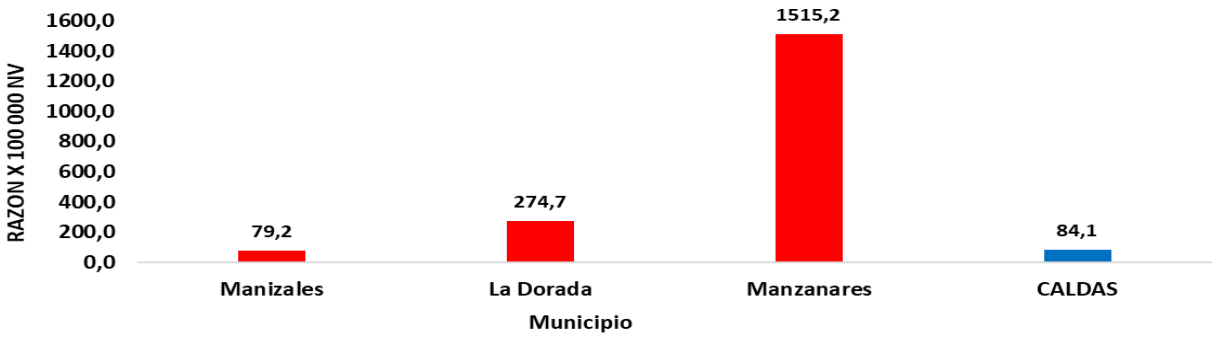
Tabla 1. Variables demográficas y sociales de los casos de mortalidad materna, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023.

Variable	Categoría	Casos	%
pertenencia étnica	Otros	3	100,0
Tipo de régimen en salud	Contributivo	1	33,3
	Subsidiado	2	66,7
Grupos de Edad	15 a 19 Años	1	33,3
	20 a 24 Años	0	0,0
	25 a 29 Años	0	0,0
	30 a 34 Años	0	0,0
	35 a 39 Años	2	66,7
área residencia	Cabecera Municipal	2	66,7
	Rural Disperso	1	33,3

Fuente: Sivigila Caldas

La razón de Mortalidad Materna departamental preliminar a semana 26 para el año 2023 es de 84,1 casos por 100.000 Nacidos Vivos. El municipio de la Manzanares registra por residencia la mayor razón por 100 000 Nacidos vivos seguido por el municipio de La Dorada con 274,7 por 100 000 NV. (Gráfica 2).

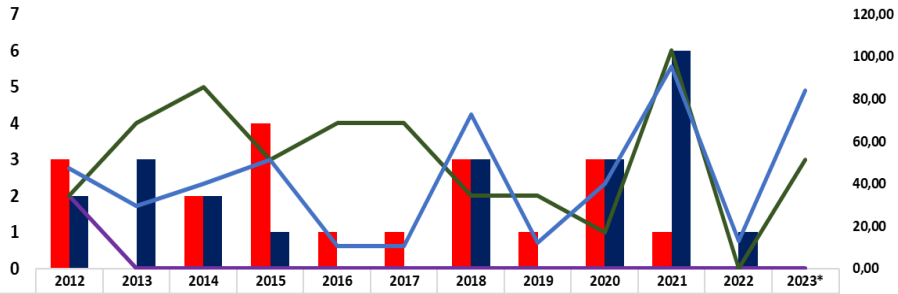
Gráfica 2. Razón de Mortalidad Materna por municipio de residencia, Caldas, semana epidemiológica 26 de 2023



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 muestran un comportamiento que en el año 2015 documentó la cifra más alta con 4 casos y el más bajo en el año 2013, cuando no se notificaron casos. Las muertes maternas tardías (muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo), muestran la mayor cantidad de casos notificados, siendo las tardías indirectas las que mayor número de casos aportan en el periodo evaluado (n=36). Las Muertes maternas Tempranas directas registran el mismo periodo 19 casos (gráfica 4).

Gráfica 4. Casos de Mortalidad materna, tempranas y tardías, Caldas, años 2012 a 2023* Semana 26*



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Temprana Directa	3	0	2	4	1	1	3	1	3	1	0	0
Temprana Indirecta	2	3	2	1	0	0	3	0	3	6	1	0
Tardia Directa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tardia Indirecta	2	4	5	3	4	4	2	2	1	6	0	3
Caldas razón * 100,000 nacidos vivos	47,37	29,47	39,89	51,47	10,46	10,76	72,77	12,12	39,94	95,29	12,96	84,10

Fuente: Sivigila Caldas

5. Discusión

La salud materna ha sido una de las prioridades en salud pública, se ha fortalecido con la implementación de herramientas de gestión y operativas incluyendo intervenciones costo efectivas para evitar las muertes maternas y las complicaciones obstétricas, a pesar de ello, los resultados siguen siendo insuficientes y las usuarias se enfrentan a barreras administrativas, geográficas, sociales y culturales lo que impide el acceso a servicios de salud con calidad. (5)
Por lo anterior, es necesario —tanto en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, como en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, desarrollar un plan específico de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, que permita superar los determinantes de estas inequidades territoriales y ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030. (5)
De conformidad con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, las EPS tienen como responsabilidad establecer y seguir las cohortes de su población a cargo, para este caso, la cohorte de gestantes. Se debe realizar el registro y seguimiento de las atenciones de cuidado prenatal, la atención del parto y el puerperio. Se constituye en una herramienta de gestión que debe ser alimentada por diferentes fuentes de información primaria y secundaria, con el objetivo de contar con información oportuna para la acción inmediata por parte de los integrantes del SGSSS en el marco de sus competencias. (5)

6. Conclusiones

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2023, se notificaron al SIVIGILA del departamento de Caldas 3 casos de mortalidad materna, que corresponden todos a muertes materna tardías por causas indirectas. Se trata de un caso del municipio de Manizales y uno con residencia en el

municipio de La Dorada que cursaron con comorbilidades no atribuibles a el proceso obstétrico; el tercer caso residente en área rural dispersa del municipio de Manzanares, documentado a través del RUAF por medicina Legal, preliminarmente se encuadra en una mortalidad materna por causas coincidentes (lesión de Causa Externa)

La razón de mortalidad materna (Mortalidad materna temprana) en Caldas para el primer semestre 2023 muestra decremento con respecto al mismo periodo de 2022 ya que al corte de esta informe semana epidemiológica 26 no se han registrado muertes maternas tempranas.

7. Recomendaciones

Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.

Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural. Instalación y desarrollo de mesas territoriales de diálogo de saberes.

Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal.

Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones.

Estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal.

Fortalecer la gobernanza y hacer seguimiento a implementación del Plan. Formalización desde la Gobernación o de la Alcaldía del Plan territorial para reducir la mortalidad materna.

Seguimiento a la implementación del Plan de aceleración para reducir la mortalidad materna. (5).

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.

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.

Se debe fortalecer el proceso de vigilancia desde estadísticas vitales, realizando concordancia entre los registros del RUAF y la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA de manera periódica mensual, con el fin de detectar casos de manera oportuna y mejorar la calidad del dato.

La Direccion Territorial de Salud debe adelantar procesos de desarrollo de capacidades que le permitan al talento humano en salud, ejecutar las intervenciones de las RIAS de acuerdo con los enfoques definidos, los requerimientos territoriales y poblacionales, con la calidad y oportunidad requeridas.

Es de gran importancia el proceso de vigilancia de la mortalidad de mujeres en edad fértil de 10 a 54 años, el diligenciamiento oportuno y semanal y la concordancia entre mortalidades maternas notificadas a el Sivigila y al aplicativo Web Sivigila maternidad segura.

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.

Informe de evento Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, Caldas semestre 01 2023

1. Introducción

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) (1)

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 primer semestre periodo epidemiológico VI de 2023 fue de 11,4 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, Respecto al comportamiento de la razón por 1000 Nacidos Vivos y entidad territorial de residencia, 20 entidades territoriales superan el comportamiento del indicador nacional; Guainía (22,0),Vichada (18,4), Arauca (17,3) y Amazonas (16,9) El departamento de Caldas registra una razón de 11,2 casos por 1000 Nacidos Vivos (2).

la vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía es una herramienta que permite la generación de información confiable, oportuna y válida para el análisis de la distribución, tendencia y comportamiento de las variables sociodemográficas, lo que contribuye a la planeación de recursos, diseño y evaluación de los programas y servicios de atención en salud (3).

Una herramienta fundamental para la atención de los eventos materno-perinatales es la adopción de la resolución 3280 de 2018 cuyo objetivo es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos (4).

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 la semana epidemiológica 26 del año 2023.

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.

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de

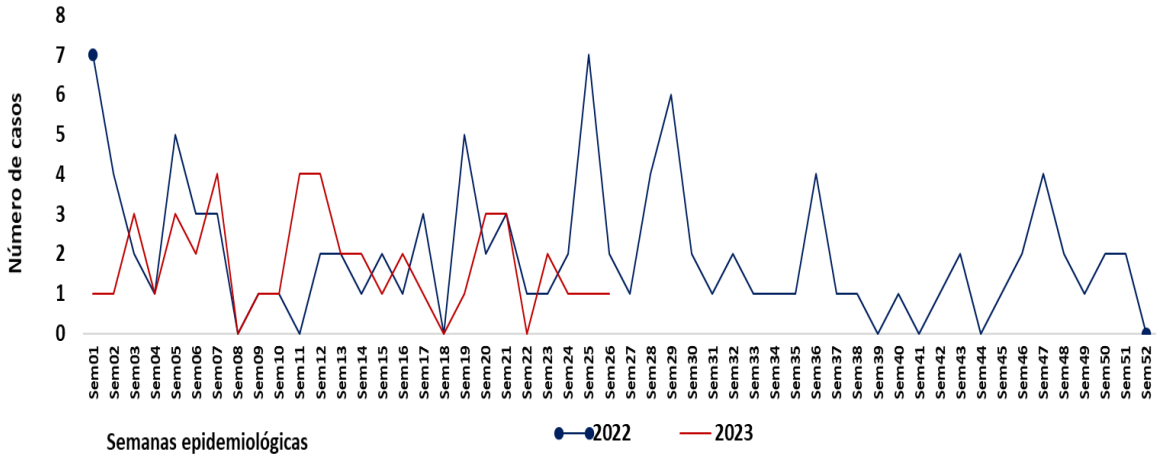
1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

3.Resultados

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2023 se notificaron 45 muertes perinatales y neonatales tardías

por municipio de residencia, 16 casos menos (26,2%), si se compara con el año 2022, en el que se habian notificado 61 eventos. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Caldas, semana epidemiológica 52 de 2022 y semana 26 de 2023



Fuente: Sivigila Caldas

Según el momento de ocurrencia, 23 casos (51,1%) corresponden a muertes anteparto, 18 casos (40%) fueron prealta en postparto y 4 casos (8,9%) en reingreso en postparto (Tabla 1).

Tabla 1. Mortalidad perinatal según momento de ocurrencia en Caldas, hasta semana epidemiológica 26, de 2023

Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto	Total	%
Anteparto	23	51,1
Prealta en postparto	18	40,0
Reingreso en postparto	4	8,9
Total	**45**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

Por municipio de residencia, hasta la semana epidemiológica 26 de 2023, Manizales, Palestina, La Dorada, Marmato, Samaná, Supia, y Viterbo notificaron 68,9,9% de los casos en el departamento de Caldas. Durante el primer semestre de 2023, 17 municipios han notificado muertes perinatales y neonatales tardías por residencia (Tabla 2)

Tabla 2. Notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023

Municipio	Casos	%
Manizales	12	26,7
Palestina	4	8,9
La Dorada	3	6,7
Marmato	3	6,7
Samaná	3	6,7
Supia	3	6,7
Viterbo	3	6,7
Anserma	2	4,4
Manzanares	2	4,4
Marquetalia	2	4,4
Pensilvania	2	4,4
Aguadas	1	2,2

Belalcázar	1	2,2
Chinchiná	1	2,2
Filadelfia	1	2,2
Neira	1	2,2
Villamaria	1	2,2
CALDAS	**45**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

La mayor proporción de muertes perinatales notificadas se registra en Manizales con 12 casos (26,7%), Palestina 4 (8,9%) La Dorada, Marmato, Samaná, Supia y Viterbo con 3 casos cada uno (6,7%).

En primer semestre de 2023, el 60% (n=27) de las muertes perinatales y neonatales tardías se registraron en cabecera municipal y 26,7% (n=12) en área rural dispersa; 71,1% (n=32) de ellas pertenecen al régimen subsidiado y 28,9% (n=13) al régimen contributivo. 91,1% de los casos en la

pertenencia étnica “otro” y 6,7% (n=3) a Indígenas; por edades de las madres el grupo de 20 a 24 años con 35,6 % (n=16) tiene el mayor número de casos seguido por el grupo de 30 a 34 años con 24,4% (n=11). El 57,8% de los casos de mortalidad perinatal y neonatal fueron de sexo masculino (Tabla 3)

Tabla 3. Variables demográficas y sociales de los casos de mortalidad perinatal y neonatal, Caldas, a semana epidemiológica 26 de 2023

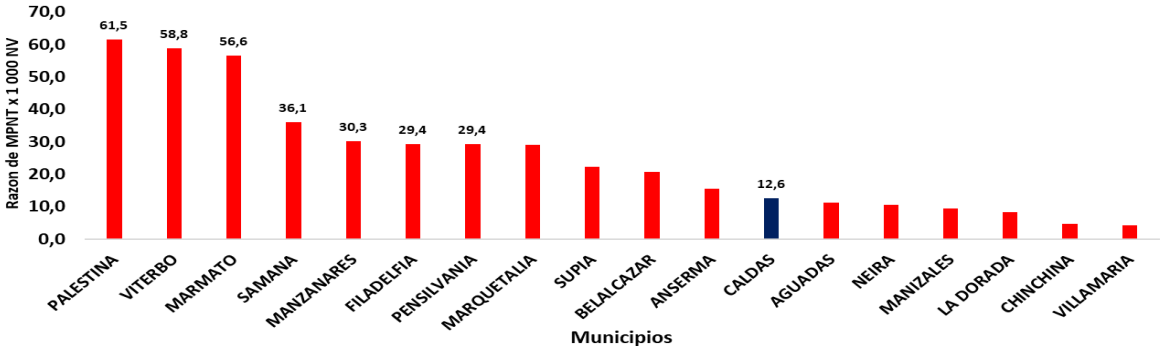
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	26	57,8
	Femenino	18	40,0
	Indeterminado	1	2,2
Pertenencia étnica	Otro	41	91,1
	Indígena	3	6,7
	ROM Gitano	1	2,2
Tipo de régimen en salud	Subsidiado	32	71,1

	Contributivo	13	28,9
Grupos de edad	15-19	4	8,9
	20-24	16	35,6
	25-29	8	17,8
	30-34	11	24,4
	35-39	4	8,9
	40-44	1	2,2
	45-49	1	2,2
Área de residencia	Cabecera Municipal	27	60,0
	Rural Disperso	12	26,7
	Centro Poblado	6	13,3

Fuente: Sivigila Caldas

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento de Caldas hasta la semana 26 de 2023 es de 12,6 casos por 1000 NV; 11 municipios en Caldas superan dicha cifra. Palestina con 61,5 casos por 1000 nacidos vivos, Viterbo con 58,8 casos por 1000 NV, Marmato con 56,6 casos por 1000 NV y Samaná con 36,1 casos por 1000 Nacidos vivos, son los que muestran mayores tasas en el departamento. (Gráfica 2).

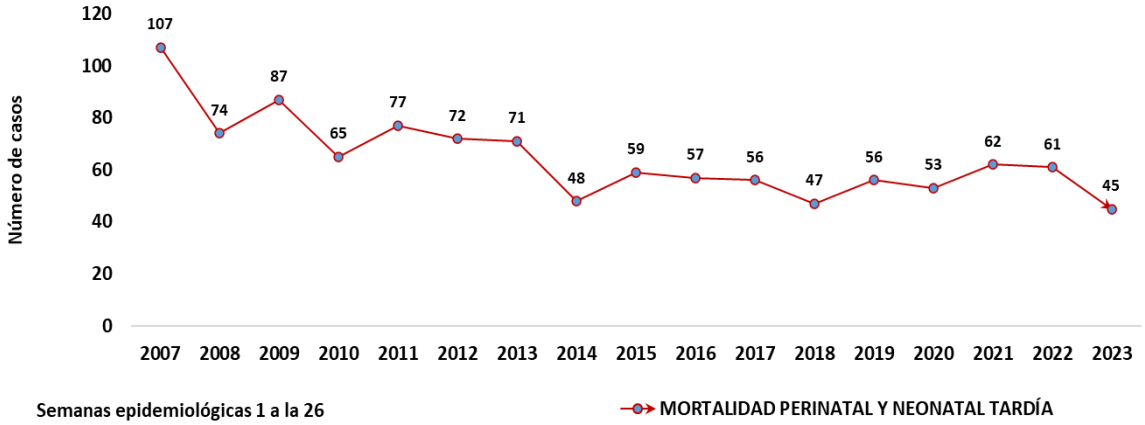
Gráfica 2. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio de residencia, Caldas, semana epidemiológica 26 de 2023.



Fuente: Sivigila Caldas

La Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en Caldas, medida hasta la semana epidemiológica 26 de 2023 ha mostrado una tendencia estable desde el año 2015 en donde se documentaron 59 casos. Para el año 2023 hasta la semana 26 se han reportado 45 casos por residencia de la madre, 16 eventos menos que en la misma semana de 2022. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Tendencia de Mortalidad Perinatal, Caldas comparada a semana epidemiológica 26, 2007- 2023

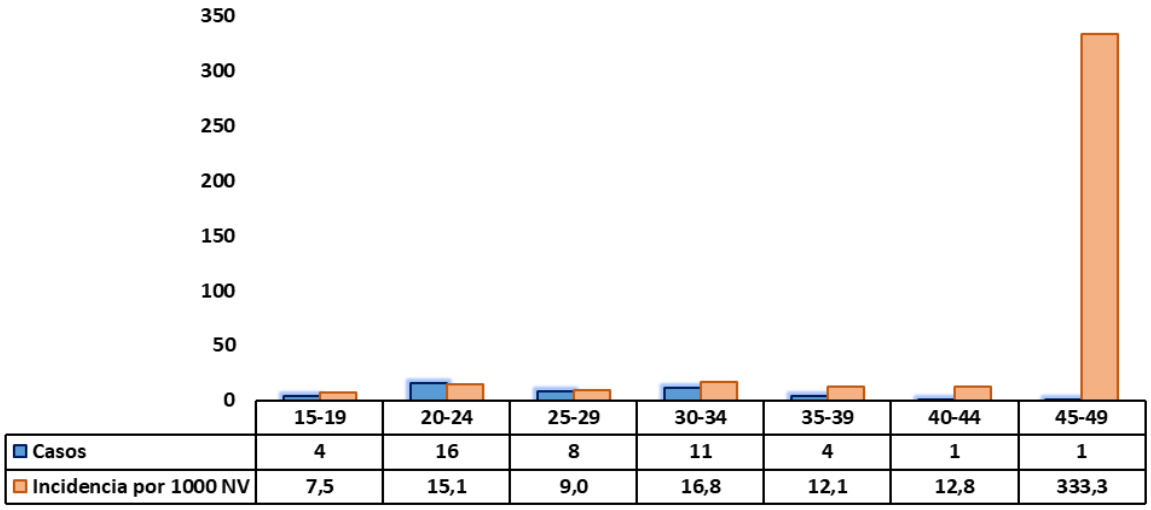


Fuente: Sivigila Caldas

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 16 casos (15,1 por 1000 NV), seguida por el grupo de edad de 30 a 34 años (16,8 por 1000 NV). El grupo etario de 15 a 19 años registra 4 casos 7,5 por 1000 NV (Gráfica 4).

madre,

Gráfica 4. Casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupos de edad de la Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Casos	4	16	8	11	4	1	1
Incidencia por 1000 NV	7,5	15,1	9,0	16,8	12,1	12,8	333,3

Fuente: Sivigila Caldas

Al realizar el análisis comparativo de las tasas de mortalidad 2023 con el año 2022, se observa un descenso notable para mortalidad perinatal y neonatal tardía en los municipios de Anserma, Chinchina, La Merced, Marquetalia, Norcasia, Risaralda, Salamina y Victoria. (Tabla 4).

Tabla 4. Razón de mortalidad perinatal y neonatal x 1000 NV por municipio de residencia, Caldas, semanas epidemiológicas 01 -52 de 2022 y 01 a 26 de 2023

Municipios	2022 a SE 52	2023 a SE 26	Tasa SIVIGILA MPNT 2022	Tasa SIVIGILA MPNT 2023	Diferencia de Tasas MPNT 2022 y 2023
Aguadas	3	1	16,2	11,4	-5
Anserma	6	2	29,0	15,6	-13
Belalcázar	2	1	21,5	20,8	-1
Chinchiná	8	1	18,6	4,8	-14
Filadelfia	0	1	0,0	29,4	29
La Dorada	14	3	19,7	8,2	-12
La Merced	1	0	24,4	0,0	-24
Manizales	26	12	9,7	9,5	0
Manzanares	2	2	15,5	30,3	15

Municipios	2022 a SE 52	2023 a SE 26	Tasa SIVIGILA MPNT 2022	Tasa SIVIGILA MPNT 2023	Diferencia de Tasas MPNT 2022 y 2023
Marmato	1	3	6,8	56,6	50
Marquetalia	4	2	42,1	29,0	-13
Neira	1	1	6,6	10,6	4
Norcasia	1	0	13,3	0,0	-13
Pácora	1	0	10,2	0,0	-10
Palestina	2	4	13,2	61,5	48
Pensilvania	7	2	40,9	29,4	-12
Riosucio	6	0	13,2	0,0	-13
Risaralda	2	0	26,0	0,0	-26
Salamina	5	0	32,1	0,0	-32
Samaná	2	3	55,6	130,4	75
Supia	8	3	28,8	22,2	-7
Victoria	1	0	18,2	0,0	-18
Villamaria	1	1	2,3	4,3	2
Viterbo	0	3	0,0	58,8	59
CALDAS	**104**	**45**	**14,4**	**12,6**	-2

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 (6,7 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 (2,8 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 2,8 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=16) 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, no presentaron casos.

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 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 epidemiológico 01 -06 semana 26 de 2023

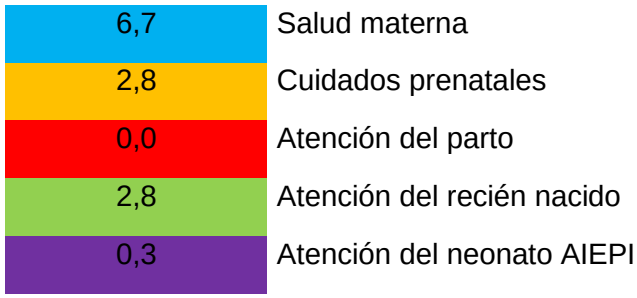
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL		
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS	
Menor de 1000	10		5	1	16
De 1000 a 1499	3		5		8
De 1500 a 2499	7		4		11
De 2500 a 3999	3		6	1	10
4000 y más	0				0
Total general	**23**	**0**	**20**	**2**	**45**

Fuente: Sivigila Caldas

Tabla 11. Razón* de mortalidad perinatal y neonatal tardía según periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES, Caldas, periodo epidemiológico 01 -06 semana 26 de 2023

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

*x1000 Nacidos Vivos



Fuente: Sivigila Caldas

4.Discusión

El análisis agregado de la muerte perinatal y neonatal tardía a través de los periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES muestra que la razón de mortalidad más alta se ubica en el periodo anteparto con peso nacer mayor de 1000 gramos, en ese sentido debe procurarse una definición más precisa de las causas de muerte, mediante una mejor documentación y procesamiento de los productos de la gestación para análisis anatomopatológicos, dado que en las unidades de análisis se han documentado maternas con adecuados y suficientes controles prenatales, que terminan perdiendo a sus bebes a pesar de tener condiciones aparentemente optimas en relación con la atención, el seguimiento médico y el peso de los productos de la gestación. Una limitante para realizar los estudios anatomopatológicos es la negativa de los padres para autorizar su procesamiento.

Se observa que las mortalidades ocurridas tienen una alta relación con la salud de la madre reportando para esta área la razón más alta de mortalidad con 6,7 muertes por 1000 nacidos vivos.

Las Unidades de análisis realizadas para el evento Mortalidad Perinatal y neonatal, han permitido, realizar ajustes a las causas básicas de muerte, dado que estas en muchos de los casos notificados al SIVIGILA, son mal definidas, de igual forma se está haciendo énfasis en la realizar por parte de las IPS que atienden los casos, de los estudios anatomopatológicos de los productos de la gestación y/o placenta y cordon, para asi sustentar de manera mas efectiva y veraz las causas de muerte.

Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal tardía más altas se ubican en las mujeres de 40 años y más

y en las menores de 15 años, lo que es consistente con la literatura sobre la transición demográfica del embarazo en el mundo con predominio de gestaciones en las mujeres añosas. (8)

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. (9)

5.Conclusiones

La vigilancia de muerte perinatal y neonatal tardía para el departamento de Caldas hasta la semana epidemiológica 26 de 2023, muestra descenso en la notificación de casos si se compara con el mismo periodo del año 2022, se presentan 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 análisis anatomopatológico a todos los casos reportados.

Las tasas de mortalidad Perinatal del primer semestre de 2023 comparadas con las registradas durante el 2022, muestran un descenso en los municipios de Anserma, Chinchiná, La Merced, Marquetalia, Norcasia, Risaralda, Salamina y Victoria.

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento de Caldas para el primer semestre de 2023 semana 26, es de 12,6 casos por 1000 NV y 11 municipios en Caldas superan esa cifra, Palestina con 61,5 casos por 1000 nacidos vivos, Viterbo con 58,8 casos por 1000 NV, Marmato con 56,6 casos por 1000 NV y Samaná con 36,1 casos por 1000 Nacidos vivos, son los que muestran mayores tasas.

Según el momento de ocurrencia, hasta la semana epidemiológica 26 de 2023, 23 casos (51,1%) corresponden a muertes anteparto, 18 casos (40%) fueron prealta en postparto y 4 casos (8,9%) en reingreso en postparto.

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 16 casos (15,1 por 1000 NV), seguida por el grupo de edad de 30 a 34 años (16,8 por 1000 NV). El grupo etario de 15 a 19 años registra 4 casos 7,5 por 1000 NV. 57,8% de los casos de mortalidad perinatal y neonatal fueron de sexo masculino. 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.

6.Recomendaciones

Las IPS que prestan servicios de atención obstétrica tanto de primer nivel como en mayor nivel de complejidad deben garantizar de acuerdo a su nivel, los procesos e insumos y la infraestructura física, ambulancias, medicamentos y talento humano capacitado y empoderado para brindar una atención de calidad a cada mujer con un evento obstétrico (legrado, Interrupción Voluntaria del Embarazo, atención del parto o cesárea, atención del puerperio) así como a cada recién nacido, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de muertes maternas obedece a problemas de la calidad de atención, durante la atención del evento obstétrico y posterior al mismo. (9)

Se deben Fortalecer los programas de atención preconcepcional y prenatal, de manera que sean identificados los factores de riesgo de manera temprana y así intervenir las potenciales complicaciones que impliquen afectación del bienestar fetal y materno.

Sensibilizar a los equipos de vigilancia y médico-asistencial para mejorar la oportunidad en la notificación y calidad del dato, lo que se refleja de manera importante en el mejoramiento de los indicadores del evento.

Las Empresas administradoras de planes de Beneficio EAPB deben fortalecer sus procesos de gestión del riesgo, demanda inducida, captación temprana, programas de promoción y prevención y concomitantemente desarrollar estrategias que permitan la integralidad en la atención que ofrecen los prestadores contratados y así facilitar a las usuarias el acceso a los servicios de forma tal que se eviten desplazamientos que se convierten en barreras para la atención.

Desde la dimensión de Salud Sexual y reproductiva y maternidad segura se debe mantener, incentivar y vigilar que se garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte de los prestadores de servicios de Salud, el acceso oportuno a los programas de promoción y prevención, y el inicio temprano a los controles prenatales, que son una estrategia efectiva que permite mejorar los indicadores de mortalidad perinatal y Neonatal Tardia.

Fortalecimiento de las acciones en salud para la planificación familiar, Asesoría, remisión y tratamiento para condiciones médicas preexistentes Ej. hipertensión, diabetes, malaria. Mejoramiento del estado nutrición, de micronutrientes, y de la conservación de la energía materna. Prevención, identificación y tratamiento de infecciones especialmente las causadas por transmisión sexual en el primer y segundo trimestre. Evitar el abuso del cigarrillo, alcohol y otras drogas.

Informe de evento Morbilidad Materna Extrema, semestre 01 Caldas, 2023

1. Introducción

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.

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, por tanto, la no vigilancia en salud materna y la no prevención oportuna de los factores de riesgo de esta, 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. (1)

A partir del año 2006 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), ha promovido la iniciativa de la vigilancia de los eventos de near miss en la Región de las Américas, para lo cual estimuló reuniones de consenso que establecieron la denominación del evento como “Morbilidad Materna Extrema” y determinaron los criterios para la identificación de casos. Este desarrollo permitió definir una metodología que fue implementada en 16 hospitales de 6 países de Centroamérica por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), y aplicada por FLASOG en 19 hospitales de 9 países latinoamericanos. Estas experiencias han generado una línea de base que permite identificar y caracterizar el evento y las causas asociadas a él, reconociendo las patologías que comprometen de manera importante la salud materna de las mujeres gestantes latinoamericanas (2).

El Ministerio de la Protección Social de Colombia, de común acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, en cumplimiento de las metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y de las metas del milenio, incluyó la vigilancia y el control de la MME como una estrategia prioritaria para reducir la mortalidad materna en el país. (2)

La literatura ha reportado que los embarazos en mujeres de edad avanzada, la obesidad, la primiparidad, la pertenencia étnica, las enfermedades preexistentes en el embarazo, como la hipertensión crónica, la enfermedad cardiovascular; así como el parto por cesárea y la gestación múltiple son factores que incrementan el riesgo de complicaciones graves y de mortalidades maternas (3).

Para Colombia los indicadores de Morbilidad Materna Extrema a periodo epidemiologico 13 de 2022 muestran que se notificaron 33.246 casos, con una razón de MME de 55,3 casos por 1000 Nacidos Vivos y un Índice de letalidad de 0,8% (1 caso de muerte materna por cada 100 casos de MME). Se reportaron 4 casos de muertes perinatales y neonatales (4,2%) por cada 100 casos de Morbilidad materna extrema MME.

El porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión de Morbilidad materna Extrema para Colombia en 2022 se documentó en 17%. (4)

En relacion con las causas agrupadas de Morbilidad Materna Extrema 72,8% cursaron con trastornos hipertensivos y 14,2% presentaron complicaciones hemorragicas y 1,9 % complicaciones del aborto y 5% presentaron sepsis de origen obstetrico. En Colombia el grupo de edad que documento el mayor número de casos a SE 52 de 2022, fue el de mujeres de 20 a 24 años (23,9%), seguido por el grupo etario de 25 a 29 años (23,4%). (5)

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.

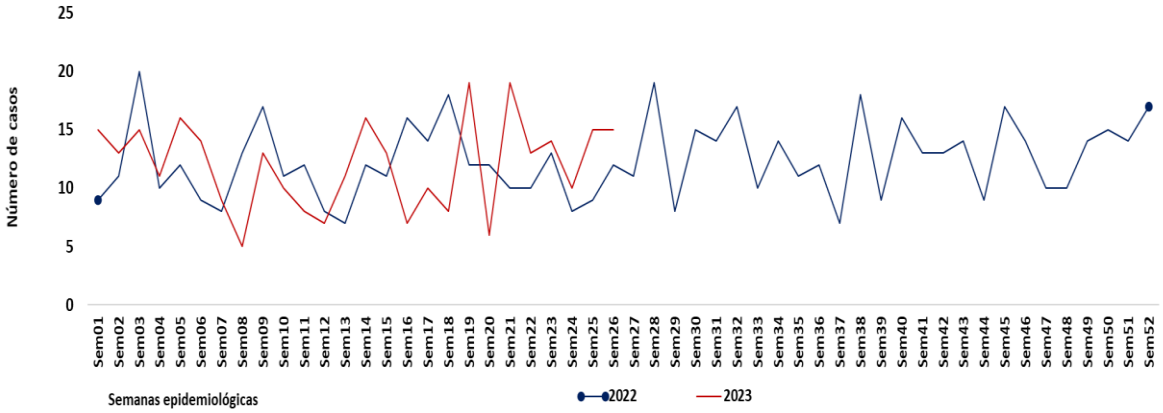
De acuerdo con la resolución 08430 de 1993, se realizó un informe sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos documentales retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales.

3. Resultados

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2023 fueron notificados al Sivigila Caldas, un total de 312 casos

de MME. En comparación con los casos reportados en el mismo periodo del año 2022 (n=304), se observa un aumento de 8 casos 2,6%. En promedio fueron notificados 12 casos por semana epidemiológica (Gráfica 1).

Gráfica 1. Casos de Morbilidad Materna Extrema según semana epidemiológica de notificación. Caldas, hasta semana epidemiológica 26, años 2022 – 2023



Fuente: Sivigila Caldas

La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema se notificó en mujeres residentes en cabecera municipal con 74% (n=231), en el área rural dispersa se documentaron 69 casos correspondientes al 22,1%; respecto al tipo de régimen de seguridad social, el mayor porcentaje de casos se notificaron en el subsidiado con 52,6% (n=164) seguido del régimen contributivo con 41,7% (n=130); por pertenencia étnica 92,6% de los casos se registró en el grupo “otros”. Por grupos de edad, 24,7% (n=77) de los casos se notificó en mujeres entre los 20 y 24 años, seguido por el grupo de edad de mujeres entre 30 y 34 años con 22,1% (n=69); el grupo etario de 25 a 29 años documento 20,8% (n=65) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables demográficas y sociales de los casos de morbilidad materna extrema, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023

Variable	Categoría	Casos	%
Pertenencia étnica	Otros	289	92,6
	Indígena	21	6,7
	Raizal	1	0,3
	Afrocolombiano	1	0,3
Tipo de régimen en salud	Subsidiado	164	52,6
	Contributivo	130	41,7
	Excepción	8	2,6
	No Asegurado	7	2,2

Variable	Categoría	Casos	%
	Indeterminado/Pendiente	3	1,0
Grupos de edad	10 a 14 Años	1	0,3
	15 a 19 Años	45	14,4
	20 a 24 Años	77	24,7
	25 a 29 Años	65	20,8
	30 a 34 Años	69	22,1
	35 a 39 Años	44	14,1
	40 a 44 Años	10	3,2
	45 a 49 Años	1	0,3
área residencia	Cabecera Municipal	231	74,0
	Rural Disperso	69	22,1
	Centro Poblado	12	3,8

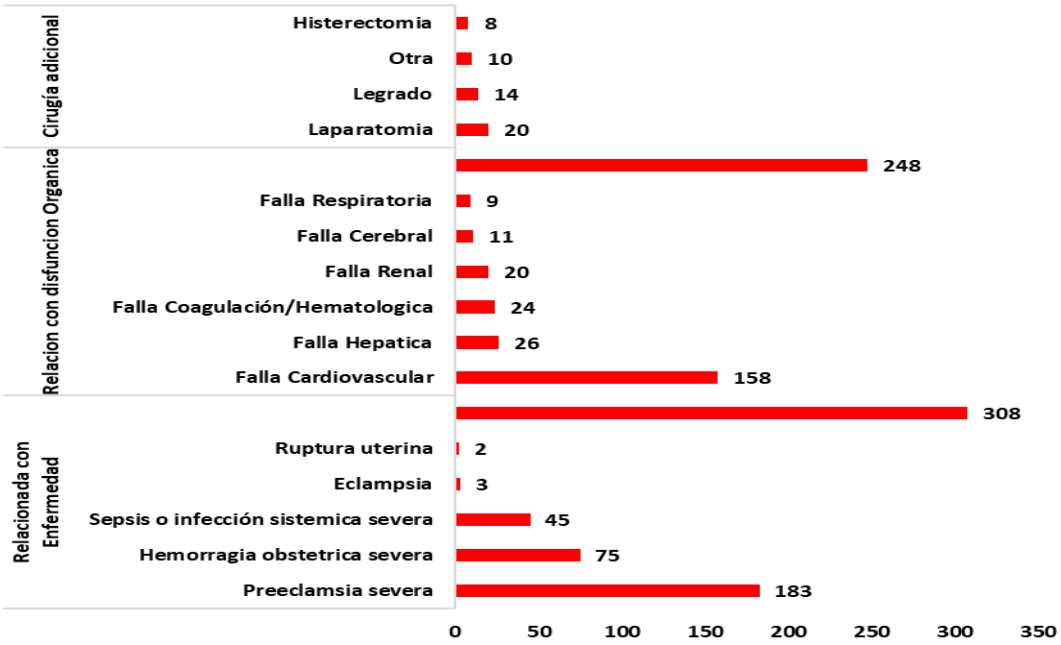
Fuente: Sivigila Caldas

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, 78,2% presentaron uno a dos criterios de inclusión y 21,8% presentaron tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo relativo mayor de muerte.

En el grupo de los criterios relacionados con el manejo específico 56 casos (16,7%) necesitaron procedimiento quirúrgico de emergencia. En el grupo de criterios por disfunción orgánica el mayor peso lo tiene la falla cardiovascular presentándose en 158 casos correspondientes al 50,6%, seguido por la falla hepática con 26 casos (8,3%) del total documentado.

Finalmente, de los criterios de inclusión relacionados con enfermedad específica en 183 casos correspondiente a 58,7% se reportó preeclampsia severa; en 75 casos (24%) se reportó Hemorragia obstétrica severa y en 45 casos correspondientes al 14,4% se reportó sepsis o infección sistémica severa (Gráfica 2).

Gráfica 2. Morbilidad materna extrema según criterios de inclusión, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023.



Fuente: Sivigila Caldas

Respecto a las causas agrupadas de morbilidad materna extrema MME la mayor proporción correspondió

a trastornos hipertensivos con 23,7% (n=153) de los casos notificados, seguido por complicaciones hemorrágicas con 9,8% (n=63); sepsis de origen obstétrico 6,2% (n=40) enfermedad preexistente que se complica 5% (n=32), complicaciones del aborto 2,2% (n=14); otras causas 0,2% (n=1). (Tabla 2)

Tabla 2. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023

Causas Agrupadas	Total	%
Trastornos hipertensivos	153	23,7
Complicaciones hemorrágicas	63	9,8
Sepsis de origen obstétrico	40	6,2
Enf. Preexistente que se complica	32	5,0

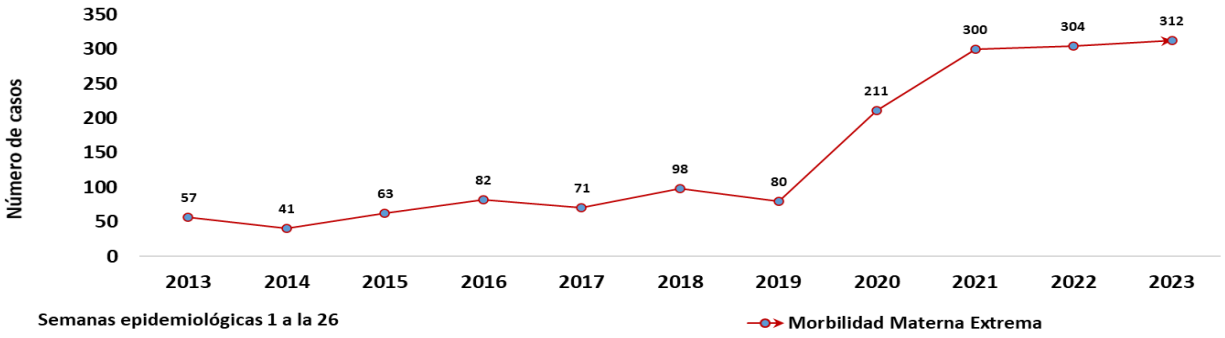
Complicaciones de aborto	14	2,2
Otra causa	9	1,4
Sin Dato	1	0,2
Total	**312**	**48,4**

Fuente: Sivigila Caldas

Se presenta un aumento en el número de casos notificados año tras año con una tendencia similar por semanas epidemiológicas hasta el 2018. Cabe resaltar a partir del 2015 se implementó la notificación en el 100% de las UPGD de alta, mediana y baja complejidad del país y para el año 2016 ingresaron criterios nuevos de enfermedad específica, situación que pudo influir en este aumento.

La Morbilidad Materna Extrema en Caldas evaluada desde el 2013 al 2023 (hasta semana 26), muestra una tendencia que disminuyó en el año 2014, pero que ha tenido un aumento progresivo y sostenido desde el año 2015; para el año 2023 a semana epidemiológica 26, se reportaron 312 casos, 8 más que en el año 2022 donde se habían notificado 304 casos. (Gráfica 3)

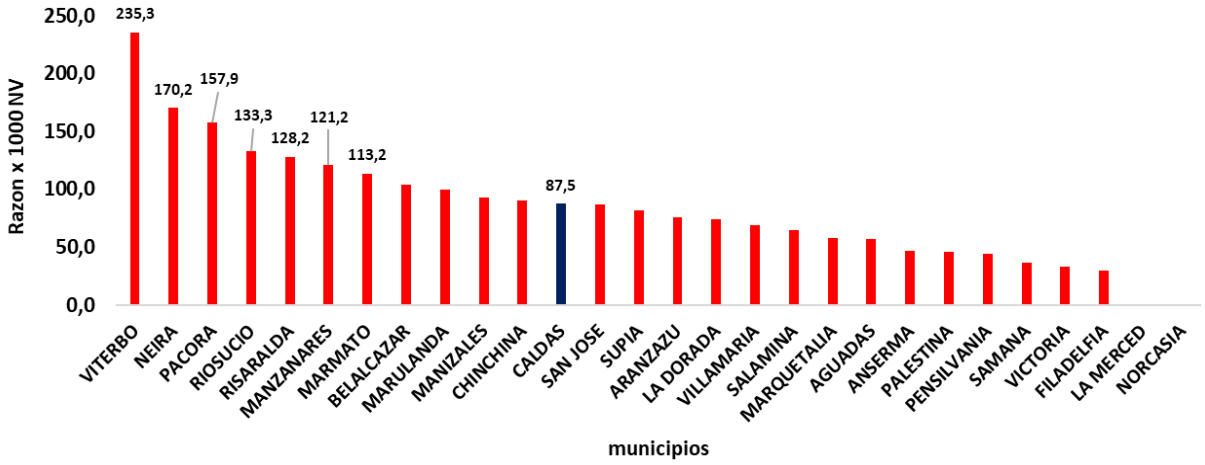
Gráfica 3. Tendencia del comportamiento de la notificación de morbilidad materna extrema hasta semana 26, 2013 a 2023, Caldas



Fuente: Sivigila Caldas

La razón de Morbilidad Materna Extrema departamental hasta la semana epidemiológica 26 de 2023 es de 87,5 casos por 1000 Nacidos vivos, 11 municipios se encuentran por encima de la razón departamental, Viterbo con 235,3 casos por 1000 Nacidos Vivos, Neira con 170,2 casos por 1000 NV, Pácora con 157,9 casos por 1000 Nacidos Vivos, Riosucio con 133,3 casos por 1000 NV y Risaralda con 128,2 por 1000 Nacidos Vivos son los que muestran las cifras más altas durante el primer semestre de 2023 (Gráfica 4).

Gráfica 4. Razón de Morbilidad Materna extrema (x 1000 Nacidos Vivos) por municipio de residencia, Caldas, a semana epidemiológica 26 de 2023



Fuente: Sivigila Caldas

En cuanto a muerte perinatal en las gestantes con Morbilidad Materna Extrema hasta la Semana 26 de 2023, en el departamento se presentaron 11 casos, siendo Manizales el que mayor número de eventos reporta (n=3). Finalmente, respecto a los casos de morbilidad materna extrema con mayor número de criterios de inclusión, a nivel departamental 21,8% (n= 68) de los casos notificados presentan 3 o más criterios. Al ver este indicador según municipio de residencia, Manizales (21,4%), La Dorada (18,5%), Riosucio (23,1%), Chinchina (26,3%) son los que documentaron el mayor porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión. (Tabla 9).

Tabla 9. Indicadores de vigilancia de la Morbilidad Materna extrema, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023

MUNICIPIOS	Casos MME	Nacidos Vivos	Casos MM Temprana	Casos MP en MME	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	117	1262		3	92	25	92,7	78,6	21,4
La Dorada	27	364			22	5	74,2	81,5	18,5
Riosucio	26	195			20	6	133,3	76,9	23,1
Chinchiná	19	210			14	5	90,5	73,7	26,3
Neira	16	94			12	4	170,2	75,0	25,0
Villamaria	16	233		1	13	3	68,7	81,3	18,8
Viterbo	12	51		2	11	1	235,3	91,7	8,3
Supia	11	135			9	2	81,5	81,8	18,2
Manzanares	8	66		1	7	1	121,2	87,5	12,5
Anserma	6	128			5	1	46,9	83,3	16,7
Marmato	6	53		1	4	2	113,2	66,7	33,3
Pácora	6	38			4	2	157,9	66,7	33,3
Aguadas	5	88			2	3	56,8	40,0	60,0
Aranzazu	5	66			2	3	75,8	40,0	60,0
Belalcázar	5	48		1	4	1	104,2	80,0	20,0
Risaralda	5	39			4	1	128,2	80,0	20,0
Marquetalia	4	69		1	3	1	58,0	75,0	25,0
Salamina	4	62			4	0	64,5	100,0	0,0
Palestina	3	65			3	0	46,2	100,0	0,0
Pensilvania	3	68			3	0	44,1	100,0	0,0
Samaná	3	83		1	2	1	36,1	66,7	33,3
San José	2	23			2	0	87,0	100,0	0,0
Filadelfia	1	34			1	0	29,4	100,0	0,0

MUNICIPIOS	Casos MME	Nacidos Vivos	Casos MM Temprana	Casos MP en MME	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
Marulanda	1	10			1	0	100,0	100,0	0,0
Victoria	1	30			0	1	33,3	0,0	100,0
La Merced	0	17				0	0,0		
Norcasia	0	35				0	0,0		
CALDAS	**312**	**3566**	**0**	**11**	**244**	**68**	**87,5**	**78,2**	**21,8**

Fuente: Sivigila Caldas

En relación con el Aseguramiento de las pacientes notificadas para Morbilidad Materna Extrema MME durante el primer semestre de 2023 se encuentra que el mayor número de casos lo tiene la Nueva EPS (contributivo y subsidiado) con 133 casos (42,6%), seguido por la EPS y medicina prepagada Suramericana S.A. con 60 casos (19,2%), Asmetsalud EPS con 35 Casos (11,2%), Salud total 30 casos (9,6%). Asociación indígena del Cauca AIC 12 casos (3,8%), Se encontraron 10 casos sin dato (3,2%). (Tabla 10).

Tabla 10. Casos de Morbilidad Materna Extrema MME por Aseguradora EAPB, Caldas hasta semana epidemiológica 26 de 2023

Aseguradora	Casos	%
NUEVA EPS S.A.	133	42,6
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	60	19,2
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	35	11,2
SALUD TOTAL S.A.	30	9,6
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC	12	3,8
SIN DATO	10	3,2
E.P.S. SANITAS	6	1,9

Aseguradora	Casos	%
MALLAMAS EPSI	6	1,9
MAGISTERIO	5	1,6
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. -	3	1,0
POLICIA NACIONAL	3	1,0
PIJAOS SALUD EPSI	2	0,6
CAPITAL SALUD E.P.S.	2	0,6
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	1	0,3
MEDIMÁS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	1	0,3
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO -CM	1	0,3
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	0,3
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR E.S.S.	1	0,3
CALDAS	**312**	**100,0**

Fuente: Sivigila Caldas

4. Discusión

Los casos de MME notificados durante el primer semestre de 2023 reportan que las mujeres con edades entre 20 y 35 años, residentes en el área urbana, afiliadas al régimen subsidiado tienen mayor posibilidad para la ocurrencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de terminado el embarazo.

La morbilidad materna extrema ha tenido un comportamiento en los últimos cuatro años para Caldas hacia el incremento derivado del fortalecimiento de la vigilancia por los actores del sistema de salud.

El comportamiento de la MME en el departamento de Caldas por encima de la razón nacional puede indicarnos que se ha consolidado el proceso de vigilancia el cual ha sido socializado y sensibilizado en aspectos como identificación temprana de las complicaciones obstétricas severas y mejora en la calidad de atención intrahospitalaria lo que de manera sensible contribuye a disminuir la probabilidad de desenlaces fatales. Es necesario que los municipios con los más bajos indicadores y razones establezcan y hagan efectivas las estrategias definidas por el Instituto nacional de Salud INS para el mejoramiento de la vigilancia de la MME con los mecanismos de alerta temprana para la detección, clasificación del riesgo y atención integral y con oportunidad de las gestantes que cursan con MME.

La vigilancia de los eventos de maternidad segura ha permitido documentar evidencias sobre las falencias en la prestación de los servicios de salud, las cuales son susceptibles de intervención, entre ellas están la eliminación de barreras de acceso a programas y métodos de regulación de la fecundidad, el acceso

temprano al control prenatal. Se deben optimizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de manera que se facilite intervenir oportunamente las complicaciones detectadas a las gestantes y sus bebes, así como tener un talento humano capacitado, insumos y logística suficientes para la atención del parto, postparto y las complicaciones del recién nacido.

5. Conclusiones

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2023, se han notificado al SIVIGILA del departamento de Caldas 312 casos de morbilidad materna extrema de residentes en 25 de los 27 municipios de Caldas; Manizales con 37,5%, La Dorada con 8,7%, Riosucio con 8,3%, Chinchina con 6,1%, Neira y Villamaria con 5,1% documentan juntos el 70,8% de los casos de Morbilidad Materna Extrema.

La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema a semana epidemiológica 26 de 2023, se notificó en mujeres residentes en cabecera municipal con 74% (n=231), en el área rural dispersa se documentaron 69 casos correspondientes al 22,1%; respecto al tipo de régimen de seguridad social, el mayor porcentaje de casos se notificaron en el subsidiado con 52,6% (n=164) seguido del régimen contributivo con 41,7% (n=130). Por grupos de edad, 24,7% (n=77) de los casos se notificó en mujeres entre los 20 y 24 años, seguido por el grupo de edad de mujeres entre 30 y 34 años con 22,1% (n=69

La razón de Morbilidad Materna Extrema departamental hasta la semana epidemiológica 26 de 2023 fue 87,5 casos por 1000 Nacidos vivos, 11 municipios se encuentran por encima de la razón departamental, Viterbo con 235,3 casos por 1000 Nacidos Vivos, Neira con 170,2 casos por 1000 NV, Pácora con 157,9 casos por 1000 Nacidos Vivos, Riosucio con 133,3 casos por 1000 NV y Risaralda con 128,2 por 1000 Nacidos Vivos son los que muestran las cifras más altas durante el primer semestre de 2023.

Los criterios de inclusión en el protocolo de MME que tuvo cada una de las pacientes, nos muestran un indicador de la severidad de la complicación obstétrica por la que cursó la gestante, 78,2% presentaron uno a dos criterios de inclusión y 21,8% presentaron tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo relativo mayor de muerte.

Por causas agrupadas de morbilidad materna extrema MME la mayor proporción correspondió a trastornos hipertensivos con 23,7% (n=153) de los casos notificados, seguido por complicaciones hemorrágicas con 9,8% (n=63); sepsis de origen obstétrico 6,2% (n=40) enfermedad preexistente que se complica 5% (n=32), complicaciones del aborto 2,2% (n=14); otras causas 0,2% (n=1).

6. Recomendaciones

De conformidad con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, las EPS tienen como responsabilidad establecer y seguir las cohortes de su población a cargo, para este caso, la cohorte de gestantes. Este es un mecanismo para el seguimiento nominal, mediante el cual se realiza el registro y seguimiento de las atenciones de cuidado prenatal, la atención del parto y el puerperio. Se constituye en una herramienta de gestión que debe ser alimentada por diferentes fuentes de información primaria y secundaria, con el objetivo de contar con información oportuna para la acción inmediata por parte de los integrantes del SGSSS en el marco de sus competencias. (6)

Las Empresas Promotoras de Salud son las responsables de la base nominal de las gestantes a su cargo y por lo tanto deben garantizar los mecanismos para la captura de la información y el reporte del consolidado a las entidades territoriales de salud del orden departamental y al Ministerio de Salud y Protección Social. (6)

El seguimiento de la cohorte se realizará hasta las seis semanas posparto para garantizar las intervenciones incluidas en la Ruta Integral en Salud Materno - Perinatal, en el caso de las mujeres que han presentado una Morbilidad materna extrema, el seguimiento se realizará hasta seis meses después de la terminación del embarazo.

Se debe mantener el y consolidar la notificación definida en el sistema de alerta temprana de manera que se privilegie el seguimiento de las pacientes desde las aseguradoras para realizar medidas preventivas con la identificación de los factores de riesgo de manera oportuna y de esta forma evitar futuras morbilidades y mortalidades maternas y perinatales.

Se debe 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 de 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.

Es necesario incentivar desde los programas de promoción y prevención, la participación de las gestantes y sus familias frente a la importancia y conocimiento de signos de alarma y demanda espontánea de la atención.

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.

Se deben desarrollar y mantener con la participación de la academia, programas de capacitación continua a todo el personal de salud, primordialmente al personal médico de los servicios de urgencias, para mejorar la adherencia a 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 las mayores complicaciones.

Informe de evento, Defectos Congénitos, semestre 01 de 2023 Caldas

1. Introducción

Se calcula que en todo el mundo mueren anualmente 240 000 recién nacidos en sus primeros 28 días de vida por trastornos congénitos. Además, los trastornos congénitos provocan la muerte de otros 170 000 niños de entre 1 mes y 5 años de edad.

Con el descenso de las tasas de mortalidad de neonatos y menores de 5 años, los trastornos congénitos constituyen un porcentaje mayor de la causa de muerte en esos grupos etarios.

Los trastornos graves más frecuentes son los defectos cardíacos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

Si bien los trastornos congénitos pueden deberse a uno o varios factores genéticos, infecciosos, nutricionales o ambientales, con frecuencia es difícil determinar las causas exactas.

Algunos trastornos congénitos pueden prevenirse. La vacunación, la ingesta adecuada de ácido fólico o yodo mediante el enriquecimiento de los alimentos de primera necesidad o la administración de suplementos, así como la prestación de atención adecuada antes y durante el embarazo son ejemplos de métodos de prevención. (1)

Los trastornos congénitos se conocen también con el nombre de anomalías congénitas, malformaciones o defectos congénitos. Pueden definirse como anomalías estructurales o funcionales (por ejemplo, los trastornos metabólicos) que ocurren durante la vida intrauterina y pueden detectarse en el periodo prenatal, en el parto o en un momento posterior de la primera infancia, como los defectos de audición. En un sentido general, con «congénito» se indica que la anomalía existe desde el nacimiento o antes. (1)

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10) en el capítulo XVII describe las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas. Otros defectos, como los errores innatos del metabolismo o defectos congénitos sensoriales de origen prenatal, se describen en otros capítulos de la CIE 10. (2)

Los trastornos congénitos son una patología corriente. La OMS calcula que en 2004 unos 260 000 fallecimientos en el mundo (alrededor de un 7% de todas las muertes de recién nacidos) fueron causados por anomalías congénitas,1 lo que supone la primera causa de defunción en los contextos que presentan menores índices generales de mortalidad, como la Región de Europa, donde hasta un 25% de los casos de muerte neonatal se deben a anomalías congénitas. (3)

El examen sistemático de los recién nacidos facilita la detección precoz de trastornos congénitos, así como su tratamiento y la prestación de asistencia. Los programas de detección neonatal (examen físico de todos los recién nacidos y pruebas de detección de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, anemia falciforme y déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa) y la capacitación de los proveedores de atención primaria de

salud son sendos elementos de gran utilidad para diagnosticar trastornos congénitos y derivar al lactante a los correspondientes servicios de tratamiento (3)

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. (3)

A periodo epidemiológico VI de 2023 se habían reportado en Colombia 4953 casos de defectos congénitos y de acuerdo con los tipos de defectos notificados 89% correspondieron a malformaciones congénitas, 6% a defectos metabólicos y 5,1% a Defectos sensoriales.

La Prevalencia por 10.000 Nacidos Vivos se registró asi: Cardiopatía congénita compleja 9,1; Hipotiroidismo congénito 4,2; Defectos del tubo neural 3,3; Hipoacusia 1,2; Errores innatos del metabolismo 0,5; Déficit visual 0,1. (4)

En Colombia desde el año 2000 se realiza 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 (26). En el año 2019 se sanciona la 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 (5).

El sistema de vigilancia epidemiológica de defectos congénitos en Colombia propende por la notificación rutinaria de casos individuales, los cuales se registran en fichas de notificación individual y son captados en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) con una periodicidad semanal según los establecido en el protocolo de vigilancia epidemiológica (6).

El Objetivo del presente informe son establecer la frecuencia y distribución de los defectos congénitos en el departamento de Caldas, determinar el comportamiento demográfico y social y establecer los indicadores de seguimiento del evento durante el primer semestre del año 2023.

2. Materiales y Métodos

Estudio de tipo descriptivo transversal, el cual caracteriza la situación epidemiológica de los defectos congénitos en el departamento de Caldas en el primer semestre de 2023. 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.

La clasificación y codificación de los casos fue realizada por los profesionales de salud que notificaron los casos al Sivigila, empleando la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión (CIE-10) según el tipo de defecto congénito identificado (metabólico, sensorial y/o malformación congénita) de acuerdo con la definición operativa de caso establecida en el protocolo de vigilancia epidemiológica del evento (Tabla 1). (7)

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable	• Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico probable de defectos congénitos (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas), cuando no es posible hacer la confirmación de su diagnóstico definitivo de manera inmediata (Anexo 1). • No se incluyen las malformaciones menores cuando estas se presentan aisladas. Estas malformaciones menores se incluirán cuando acompañen una malformación mayor o cuando se evidencie la presencia de tres o más anomalías menores en un recién nacido (Anexo 2). **Criterio de exclusión**: condiciones relacionadas con prematuridad en recién nacidos de 36 semanas o menos de gestación (Anexo 3).
Caso confirmado por clínica o laboratorio	Todos los productos de la gestación, vivos y muertos, identificados en la etapa prenatal, al nacer o hasta los doce meses de edad con diagnóstico confirmado por clínica o laboratorio de un defecto congénito (funcionales metabólicos, funcionales sensoriales o malformaciones congénitas).

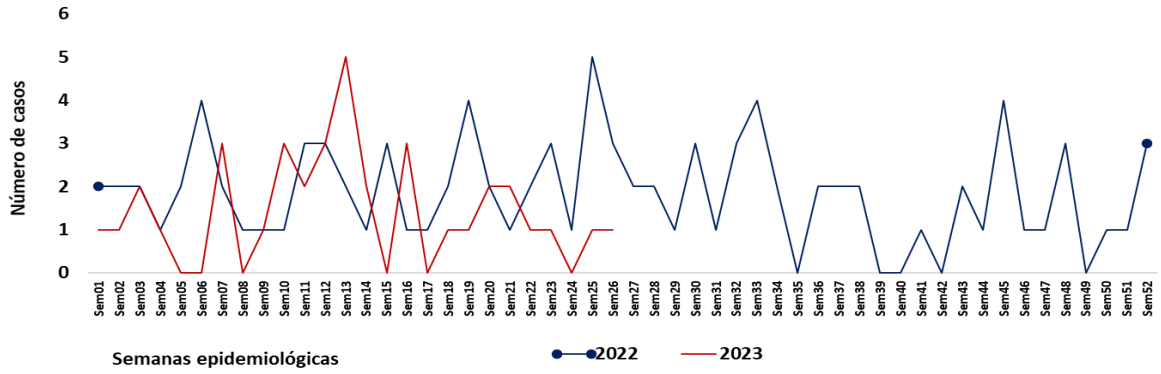
Fuente: Protocolo de vigilancia de defectos Congénitos INS 2022

El presente informe de evento es resultado del análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información corresponde a un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del SIVIGILA, asegurando la confidencialidad de los datos, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel territorial en el departamento de Caldas.

3.Resultados

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2023 se notificaron al Sivigila Caldas 37 casos de defectos congénitos, con un promedio semanal de 1,4 casos. En la semana 25, 33 y 45 se reportaron el mayor número de casos. En el mismo periodo de análisis de 2022 se notificaron 60 casos de defectos congénitos. (gráfica 1)

Gráfica 1. Casos de Defectos Congénitos según semana epidemiológica de notificación. Caldas, hasta semana epidemiológica 52, año 2022 y semana 26 de 2023



Fuente: Sivigila Caldas

En el primer semestre de 2023, el 73 % (n=27) de los defectos Congénitos se registraron en cabecera municipal y 24,3% (n=9) en área rural dispersa; 56,8% (n=21) pertenecen al régimen subsidiado y 40,5% (n=15) al régimen contributivo. Hay un caso 2,7% registrado como indeterminado/ pendiente. 94,6% de los casos en la pertenencia étnica “otro” y 5,4% (n=2) a Indígenas; 51,4% de los eventos documentados fueron de sexo masculino. Por grupos etarios de las maternas se reporta mayor número de casos en el de 15 a 19 años y 35 a 39 años con 24,3% (n=9) cada uno, seguido por los grupos de edad de 20 a 24 y 30 a 34 con 18,9% (n=7) cada uno. (Tabla 1)

Tabla 1. Variables demográficas y sociales de los casos de Defectos congénitos, Caldas, a semana epidemiológica 26 de 2023

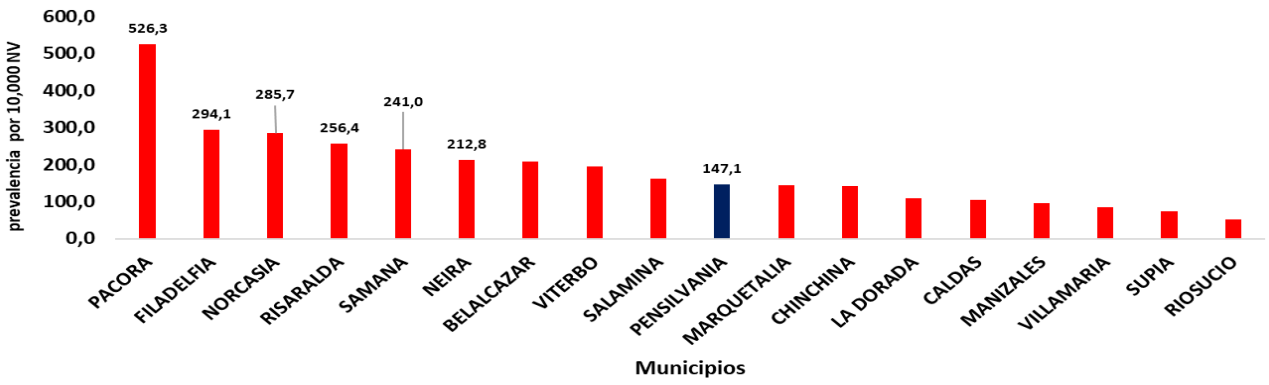
Variable	Categoría	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Sexo	Masculino	19	51,4	53,3
	Femenino	17	45,9	47,7
	Indeterminado	1	2,7	2,8

Pertenencia étnica	Otro	35	94,6	98,1
	Indígena	2	5,4	5,6
Tipo de Régimen en Salud	Subsidiado	21	56,8	58,9
	Contributivo	15	40,5	42,1
	Indeterminado/Pendiente	1	2,7	2,8
Grupos de Edad de la madre	15-19	9	24,3	25,2
	20-24	7	18,9	19,6
	25-29	5	13,5	14,0
	30-34	7	18,9	19,6
	35-39	9	24,3	25,2
Área de residencia	Cabecera Municipal	27	73,0	75,7
	Rural Disperso	9	24,3	25,2
	Centro Poblado	1	2,7	2,8

Fuente: Sivigila Caldas

La prevalencia de defectos congénitos en el departamento de Caldas para el semestre 01 de 2023 es de 174,1 casos por 10.000 NV; 9 municipios en Caldas a semana 26, superaron dicha cifra. Pácora con 526,3 casos por 10.000 nacidos vivos, Filadelfia con 294,1 por 10.000 NV, Norcasia con 285,7 por 10.000 NV; Risaralda con 256,4 casos por 10.000 Nacidos vivos y Samaná con 241 por 10.000 Nacidos Vivos, son los que muestran mayores cifras de prevalencia en el departamento. (Gráfica 2)

Gráfica 2. prevalencia de defectos congénitos por municipio de residencia, Caldas, hasta semana epidemiológica 26 de 2023.



Fuente: Sivigila Caldas

En la distribución de los defectos congénitos en los tres grandes grupos: defectos congénitos metabólicos, defectos congénitos sensoriales y malformaciones congénitas, se identifica que el mayor porcentaje corresponde a malformaciones congénitas con 100% del total de casos y una prevalencia de 103,8 por 10.000 nacidos vivos, los defectos congénitos sensoriales registraron 2 casos (5,4%) con una prevalencia de 5,6 por 10.000 NV; los defectos congénitos metabólicos documentan 2,7% de los casos notificados con una prevalencia de 2,8 por 10.000 nacidos vivos. (tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los defectos congénitos metálicos y malformaciones congénitas, semanas epidemiológicas 01 - 26, Caldas, 2023

Tipo de defecto Congénito	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Malformaciones congénitas	37	100,0	103,8
Defectos congénitos sensoriales	2	5,4	5,6
Defectos congénitos metabólicos	1	2,7	2,8
Total	**39**	**105,4**	**109,4**

Fuente: Sivigila

Dentro del grupo de malformaciones congénitas, que representaron la mayor cantidad del total de casos notificados en el primer semestre de 2023, el mayor porcentaje se encuentra en los defectos congénitos del sistema circulatorio con 21,62% y una prevalencia de 22,43 por 10.000 nacidos vivos. En segundo lugar, se encontraron los defectos congénitos del sistema osteomuscular con una proporción de 18,92% y una prevalencia de 53,05 por 10.000 nacidos vivos (tabla 4) seguido por fisura del paladar y labio leporino, Ojo, del oído de la cara y del cuello y Otras malformaciones congénitas con 8,11% y una prevalencia de 22,74 por 10.000 Nacidos Vivos. (Tabla 4)

Tabla 3. Distribución de las malformaciones congénitas clasificación CIE 10, semanas epidemiológicas 01 - 26, Caldas, 2023

Malformaciones Congénitas	Código CIE-10	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Gastrosquisis	Q793	4	4,1	5,5
En blanco	N/A	4	4,1	5,5
Microtia	Q172	3	3,1	4,2
anomalía de Epstein	Q225	2	2,1	2,8
Defecto del tabique ventricular	Q210	2	2,1	2,8
Labio leporino- unilateral	Q369	2	2,1	2,8

Malformaciones Congénitas	Código CIE-10	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Artrogriposis múltiple congénita	Q743	1	1,0	1,4
Atresia de la válvula pulmonar	Q220	1	1,0	1,4
atresia del esófago con fistula Traqueoesofágica	Q391	1	1,0	1,4
atresia del esófago sin mención de fistula	Q390	1	1,0	1,4
ausencia congénita de la mano y el (los) dedo(s)	Q713	1	1,0	1,4
Dextrocardia	Q240	1	1,0	1,4
Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino bilateral	Q374	1	1,0	1,4
Hernia diafragmática congénita	Q790	1	1,0	1,4
Hidronefrosis congénita	Q620	1	1,0	1,4
Hipospadias- no especificada	Q549	1	1,0	1,4
malformaciones congénitas del cuerpo calloso	Q040	1	1,0	1,4
Malformaciones congénitas múltiples-no clasificadas en otra parte	Q897	1	1,0	1,4
Otras malformaciones congénitas del pulmón	Q338	1	1,0	1,4
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso- especificadas	Q078	1	1,0	1,4
Otros síndromes de malformaciones congénitas debidos a causas exógenas conocidas	Q868	1	1,0	1,4
Síndrome de hipoplasia del corazón derecho	Q226	1	1,0	1,4
Síndrome de Patau- no especificado	Q917	1	1,0	1,4
Síndromes de malformaciones congénitas que afectan principalmente los miembros	Q872	1	1,0	1,4

Malformaciones Congénitas	Código CIE-10	Casos	%	Prevalencia por 10.000 NV
Transposición de los grandes vasos del ventrículo izquierdo	Q202	1	1,0	1,4
Trisomía 21- por translocación	Q902	1	1,0	1,4
Total		**37**	**38,1**	**51,3**

Fuente: Sivigila

Tabla 4. Clasificación y tipos de defectos congénitos notificados, semestre 01 2022, Caldas

Tipo de Defecto Congénito	casos	%	Prevalencia por 10,000 NV
Sistema circulatorio (Q20-Q28)	8	21,62	22,43
Sistema osteomuscular (Q65-Q79)	7	18,92	53,05
En Blanco	4	10,81	30,32
Fisura del paladar y labio leporino (Q35-Q38)	3	8,11	22,74
Ojo, del oído de la cara y del cuello (Q10-Q18)	3	8,11	22,74
Otras malformaciones congénitas (Q80-Q89)	3	8,11	22,74
Sistema nervioso (Q00-Q09)	2	5,41	15,16
Anomalías cromosómicas no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)	2	5,41	15,16
Sistema digestivo (Q39-Q45)	2	5,41	15,16
Sistema urinario (Q60-Q64)	1	2,70	7,58
Órganos genitales (Q50-Q56)	1	2,70	7,58
Sistema respiratorio (Q30-Q34)	1	2,70	7,58

Fuente: Sivigila

4.Discusión.

Los defectos congénitos hasta la semana 26 de 2023 fueron más frecuentes en el sexo masculino (51,4%) similar del comportamiento al registrado en 2022. En cuanto a la magnitud del evento, la prevalencia nacional preliminar a PE VI de 2023 de malformaciones congénitas para el año 2022 fue de 170 por 10.000 nacidos vivos (4), siendo superior a la reportada en el año 2022 que correspondió a 163,2 por 10.000 nacidos vivos (4).

La prevalencia para el departamento de Caldas en 2023 fue 147,1 por 10.000 NV, la cual es superior a la presentada en el año 2022 donde se documentó en 134,5 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 la prevalencia más alta con 103,8 por 10.000 Nacidos Vivos para el año 2023.

En Caldas el mayor porcentaje para el primer semestre de 2023 se encuentra en los defectos congénitos del sistema circulatorio con 21,62% a diferencia de lo registrado a nivel nacional donde las malformaciones del sistema circulatorio tienen la mayor proporción con 48,9%. Las Malformaciones del sistema osteomuscular en Caldas para 2023 reportan 18,92% y una prevalencia de 53,05 por 10.000 Nacidos Vivos.

En tercer lugar, para Caldas, se notificaron fisura del paladar y labio leporino, Ojo del oído de la cara y del cuello y Otras malformaciones congénitas con 8,11% y una prevalencia de 22,74 por 10.000 Nacidos Vivos para cada uno.

Por grupos de edad se documentaron mayor número de defectos congénitos el grupo de edad de 15 a 19 años y 35 a 39 años con 24,3% (n=9) seguido por el grupo de edad de 20 a 25 años y 30 a 34 con 18,9% (n=7).

Con relación a la prevalencia de defectos congénitos por municipio de residencia de la madre para la semana 26 de 2023, encuentra que Pácora con 526,3 casos por 10.000 nacidos vivos, Filadelfia con 294,1 por 10.000 NV, Norcasia con 285,7 por 10.000 NV; Risaralda con 256,4 casos por 10.000 Nacidos vivos y Samaná con 241 por 10.000 Nacidos Vivos, son los que muestran mayores cifras de prevalencia en el departamento.

Las 3 malformaciones congénitas que presentan proporciones y prevalencias más elevadas son Gastrosquisis con 4,1% y 5,5 por 10.000 nacidos vivos; microtia 3,1% y 4,2 por 10.000 nacidos vivos y fisura del paladar y labio leporino; Ojo del oído de la cara y del cuello y Otras malformaciones congénitas con 8,11% y una prevalencia de 22,74 por 10.000 Nacidos Vivos.

En las malformaciones congénitas es importante definir diagnósticos precisos con el fin de que se puedan establecer conductas de manejo y tratamiento y poder ofertar a las gestantes manejos clínicos adecuados y en los casos de defectos incompatibles con la vida ofrecer y asesorar con la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE. En todos los casos la conducta y manejo exige conocer el pronóstico, y actuar de manera oportuna y eficaz para preservar la vida y minimizar la discapacidad.

5.Conclusiones

La notificación al Sivigila del evento de defectos congénitos para el primer semestre periodo epidemiológico VI semana 26 de 2023, presento una disminución de 32,7% con respecto al mismo periodo del año 2022, con una notificación semanal promedio de 1,4 casos por semana.

Los grupos de edades extremas de las maternas cuyos hijos presentaron casos de defectos Congénitos, muestran la prevalencia más alta hasta la semana 26 de 2023 (25,2 por 10.000 Nacidos vivos)

El comportamiento histórico de los defectos congénitos en el departamento de Caldas, se presenta tendencia variable en la notificación para lo cual es necesario el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a través de Búsqueda Activa Institucional (BAI), los procesos de capacitación al personal médico de las UPGD, el acceso temprano a los controles prenatales y la disponibilidad cada vez mayor de tecnología para el diagnóstico de este tipo de anomalías, lo que determina disminución en el subregistro en las instituciones que atienden los casos.

La notificación al Sivigila del evento de defectos congénitos para 2023 presento disminución de 32,7% % con respecto al año anterior, con una notificación semanal promedio de 1,4 casos. Los defectos congénitos fueron notificados en mayor proporción en menores del sexo masculino, pertenecientes al régimen subsidiado. En Caldas Los defectos congénitos del sistema cardiovascular son los más notificados con más altas prevalencias, tanto en etapa prenatal como postnatal.

6.Recomendaciones

Se debe Fortalecer la 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 y búsqueda activa institucional BAI que permitan la prevención, identificación y diagnóstico oportuno.

El reporte o notificación de los casos, tanto al inicio como en los ajustes, es esencial para tener información suficiente que facilite la toma de decisiones sobre el manejo de los pacientes y las madres. Es importante mejorar la calidad y el registro de los datos notificados para facilitar el análisis y el seguimiento de los casos.

Las UPGDs que captan y notifican casos de defectos congénitos deben adherirse al protocolo y realizar la

toma de muestra para STORCH (teratógenos biológicos) la cual se encuentra en el POS, así como la toma oportuna de muestras para microcefalia y defectos del sistema nervioso central.

Es necesaria la Socialización de los protocolos y la Guías de Atención Integral en las instituciones de salud, reforzando el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación obligatoria (datos básicos y complementarios) y las definiciones de caso, con el fin de mejorar la calidad y la oportunidad de la información. (8)

Referencias MM

(1) Ministerio de Salud y protección Social Colombia, Pagina Web Consultada en abril 17 2022 https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-avanza-en-plan-de-aceleracion-para-reducir-mortalidad-materna------.aspx

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

(3) Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Grupo Banco Mundial, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (2021). Informe conjunto OMS/UNFPA/Grupo Banco Mundial sobre la mortalidad materna: 2000-2020: tendencias y proyecciones para 2030. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

(4) Instituto Nacional de Salud INS Colombia, informe de evento a XIII de 2022 https://www.ins.gov.co/buscador eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XIII%202022.pdf

(5) Ministerio de salud y protección social Colombia MSPS. Plan de aceleración para la reducción de la Mortalidad Materna. [internet] consultado en Julio 2023, Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf

Referencias MPNT

(1) . Organización Mundial de la Salud. International statistical classification of diseases and related health problems CIE10: manual de instrucción. 10ma revisión. Edita OMS Genova –Suiza. 2011; 2: 15

(2) Instituto Nacional de Salud. Informe de evento mortalidad perinatal y neonatal tardía 2023. Internet Consultado en julio de 2023 https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20PE%20VI%202023.

pdf

(3) Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [Internet] 2018. Fecha de consulta: 26 de abril 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

(4) Instituto Nacional de Salud, INS Colombia. Informe de eventos PE XIII de 2022 [consultado en abril 26 2023 disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20PE%20XIII%202022.pdf

(5) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, versión 6. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 20 de mayo 2022. Disponible en: https://doi.org/10.33610/infoeventos.44

(6) Organización Panamericana de la Salud OPS. https://www.paho.org/es/campanas/campana-28-dias-salud-recien-nacido

(7) Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. rev Med chile 2014; 142: 168-174

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

(9) Instituto Nacional de Salud, INS Colombia. [consultado en abril 26 2023. Documento técnico N° 5 Análisis agrupado de la información Matriz BABIES

Referencias MME

(1) 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://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/414

(2) Ortiz Lizcano, Quintero Mejía Romero Vélez, Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME), Direccion general de salud publica Ministerio de la protección social. 2010 https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf

(3) Mateus J. The burden of severe maternal morbidity in contemporaneous Obstetrics. Rev Perú Ginecol y Obstet [Internet]. 2016;62(4):397–404. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322016000400008&script=sci_abstract&tlng=pt

(4) Instituto Nacional de Salud INS, (Colombia) Informe de evento Periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2022 [internet] Bogotá [citado abril 26]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20PE%20XIII%202022.pdf

(5) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1064196/retrieve

(6) Ministerio de salud y protección social Colombia MSPS. Plan de aceleración para la reducción de la Mortalidad Materna. [internet] consultado en Julio 2023, Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf

Fichas técnicas

La información se obtiene por medio de la notificación individual inmediata de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del evento 551 – mortalidad materna primer semestre del año 2023, realizada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), las cuales identifican y configuran el caso, de acuerdo con los criterios clínicos establecidos para el evento:

• Muerte materna temprana: corresponde a las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación.

• Muerte materna tardía: corresponde a las ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación.

• Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

Siguiendo los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cálculo de la razón de muerte materna en el departamento se realiza exclusivamente con las muertes maternas tempranas.

La información notificada se somete a un proceso de depuración, verificando completitud y consistencia. Se realiza análisis de los casos con residencia en el departamento de Caldas, se realiza validación y filtrado de los datos. Las UPGD, municipios, tienen la responsabilidad de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso.

El análisis incluye la descripción en tiempo, persona y lugar, cálculo de los indicadores de vigilancia para el evento incluidos en el protocolo de mortalidad materna. Se realizó análisis de tendencia para los años 2007 a 2023. Las variables presentadas incluyen las definidas en la ficha de datos básicos.

Con la información registrada que describe el comportamiento del evento, se calculó la razón de mortalidad materna por municipio de residencia y análisis de variables sociales y demográficas: área de residencia, tipo de afiliación al SGSSS, pertenencia étnica y grupos de edad.