

INFORME DEL EVENTO

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA COLOMBIA 2017

INFORME DE EVENTO MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, COLOMBIA, 2017

Nubia Stella Narvaez Diaz
Equipo Funcional Maternidad Segura
Grupo de enfermedades no transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo.(1)

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública en su componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” define como una estrategia, la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, así como el fortalecimiento de sistemas de información. (2) Igualmente, dentro del Modelo Integral de atención en Salud (MIAS) se cuenta con una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la población materno-perinatal la cual pretende regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud de dicha población. (3)

La vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema es una estrategia que permite hacer un seguimiento e identificación temprana de las complicaciones obstétricas y evitar así su progresión a la muerte, a nivel internacional se ha usado para evaluar la calidad de la atención obstétrica que se brinda a las pacientes.

En el país este proceso inició en el 2012 notificando un total de 4.692 casos de forma individual en el SIVIGILA, a partir del 2015, año en el que se notificaron 15.067 casos, inicia la notificación inmediata del evento y para el 2016 se añadieron nuevos criterios de inclusión y se obtuvo un total de 20.600 casos de MME notificados. Esta evolución del proceso de vigilancia del evento desde instituciones centinela que notificaban los casos en el momento del egreso hospitalario, hasta la notificación inmediata en el momento del ingreso

hospitalario permite la activación de mecanismos de respuesta inmediata y la orientación de acciones para mejorar la calidad de atención obstétrica en busca de la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal en el territorio nacional.

El presente documento tiene como objetivo realizar un análisis del evento de morbilidad materna extrema en Colombia con los casos notificados durante el año 2017, al respecto se busca, describir la frecuencia y distribución del evento en el país, determinar el comportamiento demográfico, social y epidemiológico de las mujeres que presentaron una complicación que puso en riesgo su vida durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación y determinar los indicadores de seguimiento del evento.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó una descripción retrospectiva que caracteriza la situación epidemiológica de la morbilidad materna extrema en Colombia durante el año 2017. La población en estudio fueron los casos de morbilidad materna extrema (evento 549) notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- durante el mismo año resultantes del proceso de depuración en el que se incluyó la exclusión de los casos notificados con ajuste D, así mismo, la exclusión de los registros que no cumplen con los criterios de inclusión para la definición operativa de caso y los casos de MME que terminaron en muerte materna identificados mediante el cruce con la base de datos del evento 550.

Para el análisis de la información se establecieron frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento del evento y la comparación con años anteriores teniendo en cuenta el lugar de residencia. De igual forma se realizó la descripción de las características sociales, demográficas, clínicas y epidemiológicas del evento, así como el cálculo de los indicadores establecidos para realizar la comparación entre las entidades territoriales.

Los indicadores fueron calculados a partir de datos del SIVIGILA para los eventos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna, así como los datos oficiales de nacimientos 2016 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE.

De acuerdo con la resolución 08430 de 1993, se realizó un estudio sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos documentales retrospectivos y no se realizó ninguna

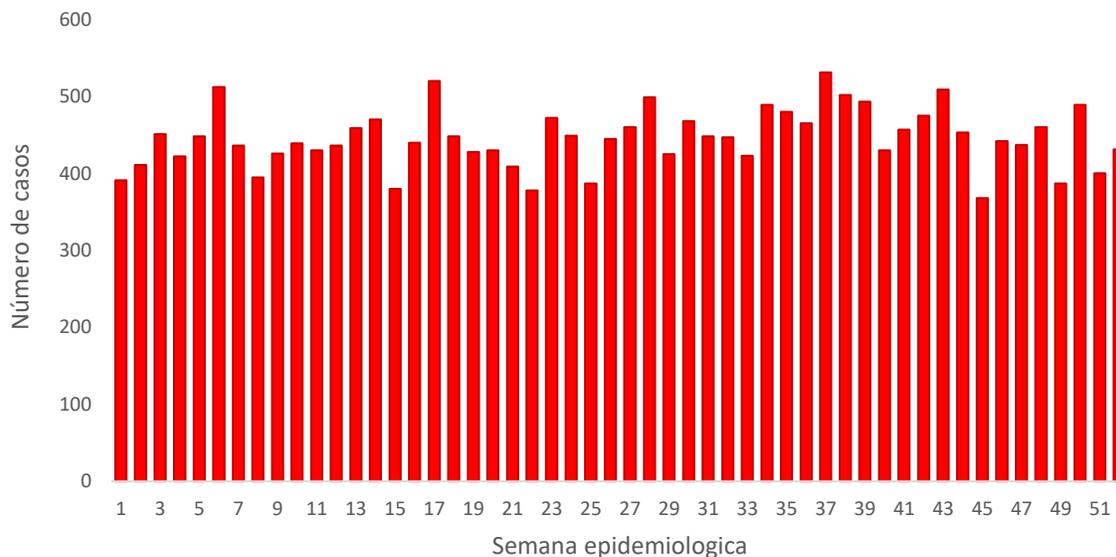
intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.(4)

3. RESULTADOS



Durante el año 2017 y hasta el cierre de la base de datos fueron notificados al SIVIGILA un total de 26 359 casos de Morbilidad Materna Extrema, luego de realizar el proceso de depuración de la base de datos eliminando los registros duplicados y descartados, los registros que no cumplían los criterios de inclusión para definición de caso y los casos que terminaron en muerte materna, se cuenta con un total de 23 175 casos. El mayor porcentaje de ellos fue notificado durante la semana epidemiológica 37 con el 2,3% que corresponde a 531 casos, seguido de las semanas 17 y 6 con 520 y 512 casos respectivamente. En promedio en 2017 fueron notificados 445,7 casos por semana epidemiológica.

Gráfica 1. Casos de Morbilidad Materna Extrema según semana epidemiológica de notificación. Colombia 2017.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017.

La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema en el 2017 se notificó en mujeres residentes en área urbana con un porcentaje de 80% y una razón de morbilidad

materna extrema de 36 casos por 1 000 nacidos vivos; respecto al tipo de régimen el mayor porcentaje de casos se notificaron en el régimen subsidiado con 49,2% seguido del régimen contributivo con 44,5% con una razón de morbilidad materna extrema de 34,1 y 36,7 casos por mil nacidos vivos respectivamente. Por pertenencia étnica, el 93% de los casos se registró en el grupo “otros” y la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en las mujeres de pertenencia étnica “Indígena” con 44,9 casos por 1 000 nacidos vivos.

Por grupos de edad, el 24,5% de los casos se notificó en mujeres entre los 20 y 24 años y la mayor razón de morbilidad materna extrema se registró en mujeres de 40 y más años con 71,1 casos por 1 000 nacidos vivos. (Ver Tabla No.1)

Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos de morbilidad materna extrema, Colombia, 2017

Variable	Categoría	Casos	%	Razón de MME por 1 000 nacidos vivos
Área de residencia	Urbano	18535	80,0	36,0
	Rural	4640	20,0	35,1
Tipo de régimen	Contributivo	10317	44,5	36,7
	Subsidiado	11410	49,2	34,1
	Excepción	221	1,0	Sin dato
	Especial	435	1,9	Sin dato
	No afiliado	792	3,4	52,4
Pertenencia étnica	Indígena	757	3,3	44,9
	ROM, Gitano	101	0,4	Sin dato
	Raizal	21	0,1	Sin dato
	Palenquero	5	0,0	Sin dato
	Afro colombiano	736	3,2	24,0
	Otros	21555	93,0	36,0
Grupos de edad	10 a 14 años	248	1,1	44,7
	15 a 19 años	4106	17,7	31,5
	20 a 24 años	5685	24,5	30,1
	25 a 29 años	5081	21,9	33,7
	30 a 34 años	4184	18,1	40,3
	35 a 39 años	2872	12,4	53,2
	40 y más años	999	4,3	71,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017. DANE, Estadísticas Vitales, 2016

Según los antecedentes gestacionales el 42,8 % las mujeres cursaban por su primera gestación, las pacientes con antecedentes de dos o tres gestaciones alcanzaron el 42,1 % y las pacientes múltíparas con cuatro o más gestaciones alcanzan el 15 %. En 12 600 casos correspondientes al 54,4 % se encontró antecedente de cesárea y en 5 350 casos correspondiente al 23,1 % se presentó antecedente de aborto.

Frente al momento de ocurrencia del evento con relación a la terminación de la gestación el evento se presentó “antes” de la terminación de la gestación en el 37,7 % de los casos, “durante” en el 43,3 % y “después” en el 19 % de los casos. Con respecto a la terminación de la gestación un 20,2 % de las pacientes continuaron con la gestación luego de ocurrido el evento obstétrico que casi las lleva a la muerte y un 4,8 % terminaron en aborto.

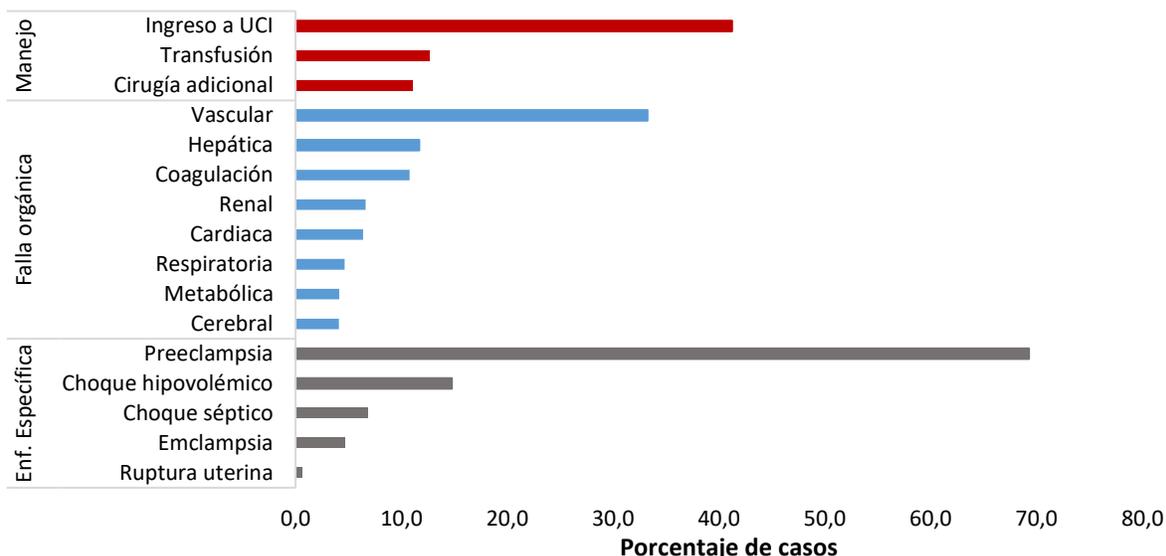
Por otra parte, el 53,5 % terminó la gestación en cesárea, el 21,4 % terminó en parto, resaltando que se reportan casos de parto instrumentado en un 1,4 %. Del total de casos que terminaron la gestación, bien sea por parto o cesárea, el 94,8 % de los recién nacidos terminaron vivos.

En relación con los criterios de inclusión, el número de criterios que tuvo cada una de las pacientes nos puede dar un indicador de la severidad del evento obstétrico por el que cursó la paciente, el 54,2 % presentaron uno a dos criterios de inclusión y el 45,8 % presentó tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo mucho mayor de muerte frente a las pacientes con uno a dos criterios de inclusión.

En el grupo de los criterios relacionados con el manejo específico tiene el mayor peso el criterio de ingreso a unidad de cuidado intensivo, notificado en 9 556 casos correspondientes al 41,2 %. En el grupo de criterios por falla orgánica el mayor peso lo tiene la falla vascular presentándose en 7 707 casos correspondientes al 33,3 %, seguido en menor proporción por la falla hepática con 2 709 casos correspondientes al 11,7 %.

Finalmente, de los criterios de inclusión relacionados con enfermedad específica en 16 059 casos correspondiente a 69,3 % se reportó preeclampsia severa, en 3 424 casos correspondientes al 14,8 % se reportó hemorragia obstétrica severa y en 1 585 casos correspondiente al 6,8 % se reportó infección sistémica severa (ver Gráfica No. 1).

Gráfica 2. Morbilidad materna extrema según criterios de inclusión, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Respecto a las causas agrupadas de morbilidad materna extrema para el 2017, la mayor proporción correspondió a trastornos hipertensivos con el 66,1 % de los casos notificados, seguido por complicaciones hemorrágicas con 13,8 % y otra casusa con 11,5% (Tabla 2).

Tabla 2. Morbilidad materna extrema por causa principal agrupada, Colombia, 2017.

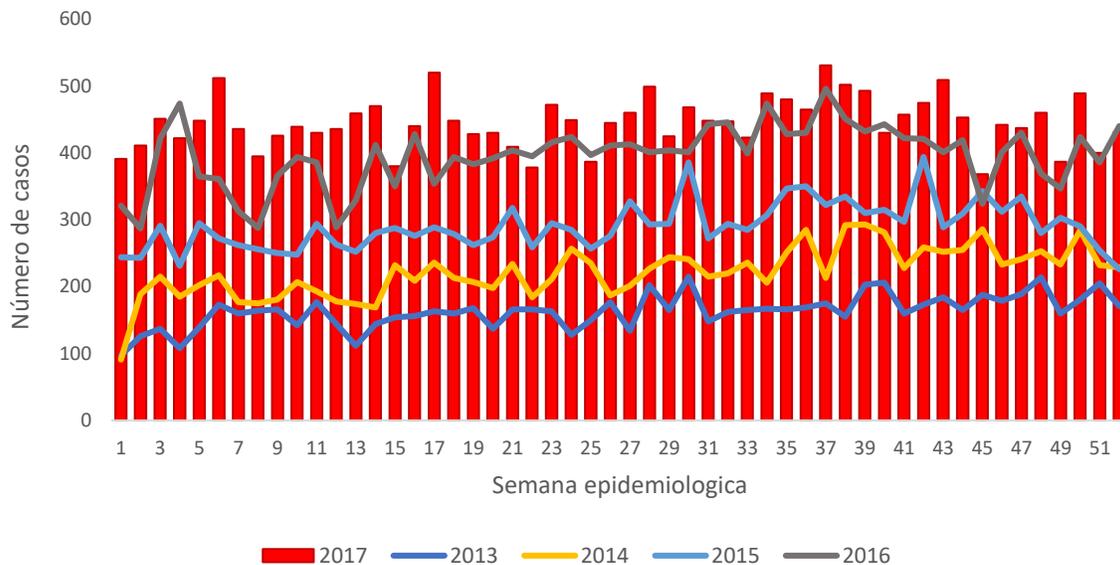
Causa agrupada	Casos	%
Trastornos Hipertensivos	15 330	66,1
Complicaciones Hemorrágicas	3 187	13,8
Otra causa	2 675	11,5
Sepsis de origen obstétrico	649	2,8
Sepsis de origen no obstétrico	536	2,3
Complicaciones de aborto	348	1,5
Enf. Preexistente que se complica	327	1,4
Sepsis de origen pulmonar	123	0,5
Total	23 175	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Tendencia del evento

Desde su inicio como evento de notificación obligatoria a través de UPGD centinela en el año 2012, se presenta un aumento en el número de casos notificados año tras año con una tendencia similar por semanas epidemiológicas hasta el 2017. 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 (gráfica 2).

Gráfica 2. . Tendencia del comportamiento de la notificación de morbilidad materna extrema por semana epidemiológica, Colombia, 2012 –2017.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2012-2017

Comportamiento de los Indicadores de vigilancia del evento

La razón de Morbilidad Matera Extrema nacional para el año 2017 fue de 35,8 casos por 1 000 Nacidos vivos, 15 entidades territoriales se encuentran por encima de la razón nacional siendo Guainía la entidad territorial con la razón de más alta con 87,7 casos por cada 1000 Nacidos Vivos seguida de Cartagena con 57,5 y Bogotá con 55,9 casos por 1 000 nacidos vivos.

Respecto al índice de letalidad, a nivel nacional este indicador fue del 1,4 %, lo cual indica que se presentaron 1,4 muertes maternas tempranas por cada 100 casos de Morbilidad Materna Extrema. La Entidad territorial con la mayor letalidad es Guaviare con 10 %, seguida de Chocó con 7,0 % y Vichada con el 6,7%. Por su parte, las entidades territoriales de Caldas, Guainía, Quindío, San Andrés y Vaupés no presentaron casos de muerte materna temprana, por lo tanto, el índice de letalidad se encuentra en cero

Por otra parte, a nivel nacional durante el año 2017 se presentaron 72,9 casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna. Las entidades territoriales de Guaviare con 9 casos, Chocó con 13,3 casos y Vichada con 14 casos de MME por cada caso de muerte materna, presentan la menor relación de casos de MME/MM y en concordancia con el anterior indicador se encuentran en la peor situación. De las entidades territoriales que presentaron muertes maternas tempranas, Huila con 240 casos, Bogotá con 204,3 casos, y Casanare con 161 presentan el mayor número de casos de Morbilidad Materna extrema por cada caso de muerte materna.

En cuanto a muerte perinatal en las gestantes con Morbilidad Materna Extrema, en el país se presentaron 1 345 casos, lo cual corresponde a un índice de mortalidad perinatal del 5,9 %. En este indicador se encuentran las entidades territoriales de San Andrés con 21,4%, Chocó con 13,8 %, Buenaventura con 12,2%, Caquetá con el 9,1 % y Bolívar con el 7,9 % con la situación más desfavorable. Por su parte los departamentos de Vaupés y Guaviare no reporta casos de muerte perinatal en mujeres con MME y Arauca presenta un índice de muerte perinatal en MME de 1%.

Finalmente, respecto a los casos de morbilidad materna extrema con mayor número de criterios de inclusión, a nivel nacional el 45,8 % de los casos notificados presentan 3 o más criterios, lo cual indica la severidad de la complicación materna. Al ver este indicador según entidad territorial de residencia, el departamento de Arauca presenta el mayor porcentaje de casos con tres o más criterios de inclusión con el 67,3 %, seguido de Guainía con el 67,2 % y Atlántico con 66,3 % de los casos.

Tabla 3. Indicadores de vigilancia de la Morbilidad Materna extrema, Colombia 2017.

Entidad Territorial de residencia	Casos MME	Nacidos Vivos	Casos mm temprana	Casos MP en MME	Casos con 3 o más CI	Razón MME	índice de Letalidad	Relación MME/MM	índice de MPN	Porcentaje casos 3 o más CI
Amazonas	44	1322	1	3	20	33,3	2,2%	44,0	6,8%	45,5%
Antioquia	1471	75024	22	85	813	19,6	1,5%	66,9	5,8%	55,3%
Arauca	104	4378	2	1	70	23,8	1,9%	52,0	1,0%	67,3%
Atlántico	493	16466	20	24	327	29,9	3,9%	24,7	4,9%	66,3%
Barranquilla	478	24414	9	27	263	19,6	1,8%	53,1	5,6%	55,0%
Bogotá	5515	98653	27	325	2107	55,9	0,5%	204,3	5,9%	38,2%
Bolívar	777	15507	9	61	318	50,1	1,1%	86,3	7,9%	40,9%
Boyacá	484	15157	7	28	143	31,9	1,4%	69,1	5,8%	29,5%
Buenaventura	131	4911	2	16	70	26,7	1,5%	65,5	12,2%	53,4%
Caldas	195	9563	0	13	102	20,4	0,0%	NA	6,7%	52,3%
Caquetá	143	6883	4	13	62	20,8	2,7%	35,8	9,1%	43,4%
Cartagena	1095	19051	13	62	566	57,5	1,2%	84,2	5,7%	51,7%
Casanare	161	6394	1	6	78	25,2	0,6%	161,0	3,7%	48,4%
Cauca	999	18190	10	65	422	54,9	1,0%	99,9	6,5%	42,2%
Cesar	581	20701	13	39	239	28,1	2,2%	44,7	6,7%	41,1%
Chocó	239	5855	18	33	105	40,8	7,0%	13,3	13,8%	43,9%
Córdoba	947	25919	18	51	318	36,5	1,9%	52,6	5,4%	33,6%
Cundinamarca	1576	35594	12	84	613	44,3	0,8%	131,3	5,3%	38,9%
Guainía	58	661	0	1	39	87,7	0,0%	NA	1,7%	67,2%
Guajira	719	16031	28	49	360	44,9	3,7%	25,7	6,8%	50,1%
Guaviare	9	1160	1	0	5	7,8	10,0%	9,0	0,0%	55,6%
Huila	960	19435	4	34	515	49,4	0,4%	240,0	3,5%	53,6%
Magdalena	383	12837	14	22	189	29,8	3,5%	27,4	5,7%	49,3%
Meta	374	14806	7	15	174	25,3	1,8%	53,4	4,0%	46,5%
Nariño	671	17804	17	45	385	37,7	2,5%	39,5	6,7%	57,4%

Entidad Territorial de residencia	Casos MME	Nacidos Vivos	Casos mm temprana	Casos MP en MME	Casos con 3 o más CI	Razón MME	Índice de Letalidad	Relación MME/MM	Índice de MPN	Porcentaje casos 3 o más CI
Norte de Santander	342	20468	14	26	218	16,7	3,9%	24,4	7,6%	63,7%
Putumayo	206	4290	2	8	85	48,0	1,0%	103,0	3,9%	41,3%
Quindío	156	5843	0	12	42	26,7	0,0%	NA	7,7%	26,9%
Risaralda	508	10853	6	18	313	46,8	1,2%	84,7	3,5%	61,6%
San Andrés	14	880	0	3	9	15,9	0,0%	NA	21,4%	64,3%
Santa Marta	406	8795	4	28	211	46,2	1,0%	101,5	6,9%	52,0%
Santander	604	29823	11	25	219	20,3	1,8%	54,9	4,1%	36,3%
Sucre	365	14398	7	23	154	25,4	1,9%	52,1	6,3%	42,2%
Tolima	449	17607	11	18	202	25,5	2,4%	40,8	4,0%	45,0%
Valle	1411	45844	11	77	815	30,8	0,8%	128,3	5,5%	57,8%
Vaupés	2	528	0	0	0	3,8	0,0%	NA	0,0%	0,0%
Vichada	42	1028	3	3	19	40,9	6,7%	14,0	7,1%	45,2%
Total Nacional	23180	647521	332	1345	10625	35,8	1,4%	69,8	5,8%	45,8%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017. DANE, Estadísticas Vitales, 2016

4. DISCUSIÓN



La morbilidad materna extrema ha sido utilizada a nivel internacional como una forma para evaluar la calidad de la atención obstétrica que se brinda a las pacientes y se convierte en una de las estrategias para la disminución de los casos de muerte materna, en este sentido el análisis de la información notificada por las UPGD en el país nos puede arrojar valiosos datos en el fortalecimiento de acciones e intervenciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida y salud de las gestantes y su hijo por nacer, así como la disminución en las probabilidades de morir, tanto en el ámbito institucional como comunitario.

Aunque no se puede realizar una comparación de prevalencias y razones de morbilidad materna extrema con otros países ya que los criterios de inclusión no se encuentran claramente estandarizados a nivel mundial, si se puede realizar el análisis de las variables de mayor importancia en el evento, aún más teniendo en cuenta que en un alto número de países han implementado la vigilancia como estrategia para disminución de la mortalidad materna. Igualmente se deben tener en cuenta para el análisis los factores de riesgo relacionados con la morbilidad materna y que son importantes resaltar, encontrando entre los más frecuentes la edad, la paridad, los antecedentes de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, así como antecedentes obstétricos de cesáreas o abortos.

Los resultados obtenidos nos muestran un panorama del evento en el país, identificando desigualdades en los territorios en cuanto a calidad y acceso a los servicios de salud, hallazgos identificados también en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 donde se evidencia porcentajes menores de atención del parto institucional en mujeres con seis hijos o más, habitantes del Litoral Pacífico, mujeres sin educación y mujeres en el quintil de riqueza más bajo y se observa que a mayor número de hijos disminuye el nacimiento en institución de salud, mientras que a mayor nivel de educación y de riqueza aumenta. Igualmente, se evidencia entre el área de residencia urbana y rural favoreciendo a las mujeres del área urbana, lo cual refleja las zonas de priorización en los programas y planes de atención del parto para las mujeres gestantes en el país. (5)

El 49,2 % del total de los casos de morbilidad materna extrema notificados en el país se encontraban afiliadas al régimen de salud subsidiado, en Colombia las personas que se encuentran en este régimen corresponden a personas pobres sin capacidad de pago, lo cual puede traer implícito condiciones económicas, sociales y culturales que pueden llegar a ser un factor de riesgo más en una gestación adolescentes en donde se tiene el doble de probabilidad de morir que las mujeres mayores de 20 años. Este hallazgo, está relacionado con los descrito por Carrillo en su artículo “Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década” que evidencia cómo el mayor porcentaje de las muertes maternas ocurridas entre 1995 – 2000 correspondían a mujeres afiliadas al régimen subsidiado (6)

En Colombia para el año 2017 se encontró que la principal causa agrupada de morbilidad materna extrema fueron los trastornos hipertensivos seguido de la hemorragia obstétrica, resultado que muestra la misma tendencia de otros estudios como el realizado en Uganda por *Nakimuli et al* en el 2016 (7). Igualmente, mediante la ENDS 2015 se identificó en Colombia, como una de las principales causas de complicaciones durante el parto, la hemorragia obstétrica con el 19,5% observándose un menor reporte a mayor nivel de educación al igual que a mayor quintil de riqueza, mientras que se presentó mayor proporción en mujeres residentes en el área rural al compararlas con el área urbana con una brecha de ocho puntos porcentuales.(5).

Adicionalmente *Nakimuli et al*, señalan que respecto a la edad el 55.7% de los casos se reportaron en gestantes mayores de 24 años y el momento de la complicación ocurrió en su mayoría antes de la admisión, resultados que difieren con los obtenidos en el presente estudio que reportó una mayor notificación “durante” la terminación de la gestación. Por otro lado ambos estudios concuerdan con que respecto a los criterios de inclusión en el manejo, el mayor porcentaje de mujeres requirió el ingreso a UCI, de igual forma concordaron con la terminación del embarazo donde el mayor porcentaje fue cesárea, lo que nos puede indicar que existe una estrecha relación entre los trastornos hipertensivos y la necesidad de practicar la cesárea en las gestantes (7). Estos análisis también coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en Etiopía que señala los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas respectivamente como las principales causas asociadas a la morbilidad materna extrema además de señalar que la mayoría de los eventos requirieron practicar una cesárea (9).

Respecto a la edad en Colombia se encontró que la mayor cantidad de notificación de los casos fue en mujeres entre los 20 y 24 años mientras que un estudio realizado en Nigeria (8) entre el 2014 y el 2015 encontró que se presentó más en mujeres entre 25 y 29 años, de acuerdo a los antecedentes ginecobstétricos los resultados también difieren, mientras en Uganda se encontró una mayor proporción de los casos en aquellas que han tenido entre 2 y 4 embarazos en Colombia sobresalen las primigestantes.

En cuanto al ámbito Latinoamericano, Colombia sigue en general el mismo patrón de ocurrencia y factores de riesgo en las gestantes al ser comparado con otros estudios de la región. Una revisión narrativa realizada entre 2016 y 2017 que tomó un total de 27 artículos de estudios realizados durante seis años en 9 países de Latinoamérica, en el 66% de los estudios se muestra que la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema se presenta en mujeres entre los 19 y 35 años. En antecedentes ginecobstétricos la mayoría refería mayor prevalencia de multigestación mientras que una minoría refería la primigestación como el antecedente más identificado; con relación a los determinantes socioculturales de riesgo siete estudios mostraron mayor prevalencia en procedencia de origen urbano, resultado que coincide con el obtenido en el presente estudio. De igual forma el 70% de los artículos reportaron los trastornos hipertensivos como la principal causa

asociada al evento y según el criterio de falla orgánica los estudios destacaron la falla cardiovascular coincidiendo con lo mostrado para el 2017 en Colombia.(10)

Al comparar los hallazgos de la morbilidad materna extrema 2017 con el año inmediatamente anterior, se presenta un incremento del 12,5 % en el número de casos notificados, esto como producto del proceso de fortalecimiento de la vigilancia del evento. Respecto a la razón de Morbilidad Materna Extrema, se presenta un incremento de 4,8 casos pasando de 31 a 35,8 casos por 1 000 nacidos vivos. El comportamiento según variables sociales y demográficas se mantiene en las variables de pertenencia étnica y grupo de edad presentando una mayor proporción de casos en el grupo de pertenencia étnica “otros” pero con una razón de MME mayor en las mujeres “indígenas” y una mayor proporción de casos en mujeres de 20 a 24 años pero con una razón de MME mayor en las mujeres de 40 años y más; para la variable régimen de afiliación, la mayor proporción se presenta tanto para el año 2017 como 2016 en el régimen subsidiado con una mayor razón en el régimen contributivo en el año 2016 pero en el año 2017 la mayor razón de MME se presentó en las mujeres no aseguradas. (11)

Respecto al comportamiento de los criterios de inclusión al comparar los dos años mencionados se mantiene en los tres grupos de criterios. Por su parte, las principales causas agrupadas de morbilidad materna extrema continúan siendo los trastornos hipertensivos, las complicaciones hemorrágicas y otra causa.(11)

CONCLUSIONES

- Durante el año 2017 se notificaron un total 23 175 casos de morbilidad materna extrema en el país, el mayor porcentaje se notificó en la semana 37 con el 2,3 % de los casos y en las semanas 17 y 6 con 2,2 % del total de los casos cada una. En promedio en 2017 se notificaron 445,7 casos por semana epidemiológica.
- La razón de morbilidad materna extrema nacional fue de 35,8 casos por 1 000 nacidos vivos y 15 entidades territoriales superan esta razón nacional. Las entidades territoriales con la mayor razón de morbilidad materna extrema preliminar son Guainía con 87,7 casos, Cartagena con 57,5 y Bogotá con 55,9 casos por 1 000 nacidos vivos.
- El mayor porcentaje de casos de morbilidad materna extrema se presenta en mujeres en el grupo de edad de 20 a 24 años, pero las razones más altas se encuentran en las mujeres de edades extremas quienes presentan el mayor riesgo de presentar una complicación severa durante la gestación según edad.

- Según los antecedentes obstétricos, el 42,8 % de los casos se presentó en mujeres que cursaban con su primera gestación, en el 54,4 % se encontró antecedente de cesárea y en 5 352 casos correspondiente al 23,1 % se presentó antecedente de aborto.
- El 20,2 % de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema continuaron embarazadas luego del evento obstétrico.
- Los principales criterios de inclusión de las pacientes que cursaron con una morbilidad materna extrema fueron la preeclampsia severa, ingreso a unidad de cuidados intensivos, falla vascular, choque hipovolémico y transfusión de tres o más unidades de sangre o cualquier componente.
- Los trastornos hipertensivos del embarazo surgen como la principal causa agrupada de morbilidad materna extrema en las pacientes, presentándose en 66,1 % del total de las pacientes.
- Al analizar los indicadores de vigilancia del evento, específicamente el índice de letalidad, la relación MME/MM y el Índice de mortalidad perinatal por MME, los departamentos de Chocó y Vichada presentan la situación más desfavorable.

RECOMENDACIONES

Se debe continuar con el trabajo de consolidación del sistema de alerta temprana que permite el seguimiento de estas pacientes desde las aseguradoras para realizar medidas preventivas con los factores de riesgo identificados durante la complicación obstétrica y de esta forma evitar futuras morbilidades y mortalidades maternas y perinatales.

El proceso de vigilancia del evento ha tenido diferentes cambios respecto al momento de la notificación y modificación de los criterios de inclusión, lo que afecta la estabilidad del mismo. Sin embargo, cada entidad territorial debe garantizar y fortalecer la notificación inmediata y la realización de las intervenciones establecidas en el sistema de vigilancia de la MME, en cuanto a seguimiento de los casos por parte de las aseguradoras, así como la calidad de la información notificada a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

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 en el territorio nacional.

Es necesario el fortalecimiento de las acciones contempladas según lineamientos nacionales para los eventos de obligatoria notificación, como la búsqueda activa institucional en aquellas entidades territoriales con el menor número de casos notificados teniendo en cuenta el volumen de nacimientos y el número histórico de casos notificados.

Realizar divulgación a sociedades científicas, académicas y la comunidad en general del comportamiento de la salud materna como un fortalecimiento a la creación de unidades informadoras, así como la creación de alianzas que permitan un trabajo articulado e intersectorial en búsqueda del mejoramiento de los procesos de vigilancia y la calidad de la información para los tomadores de decisiones.

Se debe generar herramientas legales y jurídicas garantizando cumplimiento de compromisos, responsabilidades, competencias de las EAPB para con sus afiliados y su aporte al bienestar de la salud colectiva.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2010 [cited 2017 May 17];88:113–9. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/2/08-057828.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2012. p. 452. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 [Internet]. Bogota D.C.; 2016 [cited 2018 Apr 26]. p. 64. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
4. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 de 1993. Vol. 1993. 1993. p. 1–27.
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo 2. [Internet]. Bogotá; 2015 [cited 2017 Sep 10]. 834 p. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS TOMO II.pdf>
6. Carrillo A. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2007 [cited 2018 Apr 29];5(2):72–85. Available from:



- <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/520/447>
7. Nakimuli A, Nakubulwa S, Kakaire O, Osinde MO, Mbalinda SN, Nabirye RC, et al. Maternal near misses from two referral hospitals in Uganda: a prospective cohort study on incidence, determinants and prognostic factors. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 Dec 28 [cited 2018 Apr 29];16(1):24. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0811-5>
 8. Mbachu II, Ezeama C, Osuagwu K, Umeononihu OS, Obiannika C, Ezeama N. A cross sectional study of maternal near miss and mortality at a rural tertiary centre in southern nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Jul 28 [cited 2018 Apr 29];17(1):251. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28754161>
 9. Gebrehiwot Y, Tewolde BT. Improving maternity care in Ethiopia through facility based review of maternal deaths and near misses. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2018 Apr 29];127:S29–34. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2014.08.003>
 10. Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en américa latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2018 Apr 29];34(3):505. Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2792>
 11. Narvaez Díaz NS. Informe del evento Morbilidad Materna Extrema, Colombia, 2016 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2017 [cited 2018 Apr 29]. Available from: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad materna extrema 2016.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202016.pdf)