

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Código 560

Versión: 06

Fecha: 11 de marzo de 2022

Grupo de Vigilancia y Control de
Enfermedades Crónicas No Transmisibles

notransmisibles@ins.gov.co

@INSColombia



Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboró

ESTHER LILIANA CUEVAS ORTIZ
Equipo Maternidad Segura
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Actualizó

ANA MARÍA GARCÍA BEDOYA
DIANA ALEXA FORERO MOTTA
Equipo de Maternidad Segura
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Revisó

GREACE ALEJANDRA AVILA MELLIZO
Coordinadora Grupo Enfermedades no Transmisibles

NIDIA ESPERANZA GONZÁLEZ TOLOZA
Grupo Enfermedades no Transmisibles

Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. versión 6. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.44>

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

1. Introducción	5
1.1. Situación epidemiológica	5
1.1.1. Situación epidemiológica mundial	5
1.1.2. Situación epidemiológica en América	5
1.1.3. Situación epidemiológica nacional	5
1.2. Estado del arte	6
1.3. Justificación de la vigilancia	7
1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento	7
2. Objetivos específicos	7
3. Definiciones operativas de caso	7
4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles	9
4.1. Estrategias de vigilancia	9
4.2. Responsabilidad por niveles	9
4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social	9
4.2.2. Instituto Nacional de Salud	10
4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	10
4.2.4. Secretarías Departamental y Distritales de Salud	10
4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud	11
4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos	12
5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información	12
5.1. Periodicidad del reporte	12
5.2 Flujo de información	13
5.3 Fuentes de información	13
6. Análisis de la información	13
6.1. Procesamiento de los datos	13
6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	14
7. Orientación para la acción	14
7.1 Acciones individuales	14
7.1.1 Entrevista familiar o estudio de campo (IEC)	14
7.1.2 Unidad de análisis de casos	15
7.2. Acciones colectivas	17
7.2.1. Información, educación y comunicación	17

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

7.2.2. Comités de vigilancia epidemiológica COVECOM	18
7.2.3. Búsqueda Activa Institucional	18
7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública	18
8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia	19
9. Indicadores	20
10. Referencias	24
11. Control de revisiones	26
12. Anexos	26

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) la mortalidad perinatal se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los nacidos vivos que fallecen durante los primeros 28 días de vida (1). Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida y desarrollo humano, como de la calidad y acceso a los servicios de salud (2).

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

En el mundo se estima que “el riesgo diario de muerte es mayor en las primeras 24 horas de vida, tiempo en el que suceden entre 25 y 45 % de las muertes; y cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida” (3, 4). La OMS calcula que en 2019 murieron en el mundo 2,4 millones de niños en su primer mes de vida. El 75 % de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida (5), principalmente a causa de procesos infecciosos, prematuridad y asfixia al nacer (4, 6). En países desarrollados se ha destacado que las principales causas de mortalidad son las malformaciones congénitas (7) y los trastornos hipertensivos gestacionales (8, 9).

En 2015 transformaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a través de la agenda 2030, en el tercer objetivo de salud y bienestar se priorizó la salud materna e infantil y estableció como metas para 2030 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, así como lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la

salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (2).

1.1.2. Situación epidemiológica en América

De acuerdo con lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2019, la tasa de mortalidad neonatal para América Latina fue de 7,7 por cada 1 000 nacidos vivos. Cuba (2,3), Uruguay (4,6) y Puerto Rico (5,0) son los países de la región con las tasas más bajas de mortalidad, mientras que Haití (32,0), República Dominicana (18,0) y Bolivia (15,0) son los que reportan las tasas más altas de mortalidad para el mismo año (10).

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) ha demostrado que 78 % de las mortalidades perinatales que se reportan en América Latina ocurren en recién nacidos de bajo peso, y el porcentaje restante en neonatos con muy bajo peso. De igual forma, identifica que las enfermedades maternas que tienen mayor impacto en el resultado perinatal o neonatal son pre eclampsia y ruptura prematura de membranas (11).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

Según los datos obtenidos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el año 2020 fue de 15,0 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, se observa un descenso en el indicador respecto al 2019, en el que se reportó una razón de 16,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

Respecto al comportamiento de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, 18 entidades superan el comportamiento del indicador nacional; Chocó (36,0), Vaupés (32,8), Vichada (32,5), Buenaventura (26,4) y San Andrés (22,4) son las 5 entidades territoriales con las razones más altas a nivel nacional (10).

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Por grupos de edad de la madre se observó que las razones de mortalidad más altas se ubicaron en las mujeres de 40 años y más con 28,1 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y en las menores de 15 años con 22,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos (10).

En cuanto al análisis de las causas de muertes agrupadas por origen, se observó que las causas de origen neonatal agrupan la razón de mortalidad más alta con 5,9 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, representada por trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, seguido por la asfisia del nacimiento y sepsis bacteriana del recién nacido. El segundo y tercer grupo de causas se relacionan con causas de origen materno (trabajo de parto prematuro) y caudas de origen fetal (hipoxia intrauterina) (10).

1.2. Estado del arte

La mortalidad perinatal y neonatal tardía son indicadores ligados a la reproducción y reflejan la atención preconcepcional, prenatal, durante el parto y postparto. Es un marcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de las condiciones biológicas, sociales y de salud de la madre (12).

El marco internacional establece en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) las metas que orientan las prioridades de los países para el seguimiento y desarrollo de estrategias que “favorezcan el crecimiento económico y aborden una serie de necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades de empleo, a la vez que luchan contra el cambio climático y promueven la protección del medio ambiente” (12). Para el objetivo relacionado con salud y bienestar se define que, para 2030, se pondrá fin a las muertes evitables de recién nacidos, logrando que los países puedan reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1 000 nacidos vivos.

Para Colombia, este evento está priorizado desde la Política de Salud Sexual y Reproductiva emitida desde 2003, que planteó la necesidad de mejorar la salud sexual y reproductiva bajo el enfoque de derechos con énfasis en la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión en salud pública y epidemiológica para lograr la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas (13). En este sentido, se crea dentro de las líneas de acción la maternidad segura, que contempla intervenciones dirigidas a “garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a” (13).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, a través de la dimensión de Derechos sexuales y sexualidad, mantiene el reto para el país frente a la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal tardía. De la misma forma, el Conpes 161 de 2013 se constituye en una puesta en marcha de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, en la cual se pretende fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos en maternidad segura que guardan relación con la salud sexual y reproductiva, así como difusión de la información epidemiológica que ayude a garantizar la equidad de género (14, 15).

En 2016 se establece para el país la Política de Atención Integral en Salud, que tiene como propósito garantizar integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, por medio de herramientas que permiten la consolidación de acciones a través de rutas integrales de atención en salud (RIAS) (16), dentro de las cuales se prioriza la población en condición materno-perinatal.

Por medio de la Resolución 3280 de 2018 (17) el país adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

establecen las directrices para su operación. El objetivo de la ruta es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el contexto 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

1.3. Justificación de la vigilancia

Es necesario consolidar, analizar y divulgar los datos sobre la muerte perinatal y neonatal, de modo que se les otorgue la importancia que merecen. Si se compara con las causas de muerte más importantes en el mundo en todas las categorías por grupo de edad, la muerte fetal intrauterina (cualquiera sea su causa) clasificaría como la quinta entre las cargas sanitarias mundiales, por encima de la diarrea, el VIH/sida, la tuberculosis, los accidentes de tránsito y toda forma de cáncer (18).

Para la salud materna, perinatal y neonatal la vigilancia es el primer paso para la gerencia de los servicios de salud, que orienta la construcción de propuestas de intervención para la disminución de la ocurrencia del evento y orientar las acciones en salud pública (19).

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

Realizar la vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el territorio nacional, permite generar información oportuna, válida y confiable que lleve al análisis e interpretación del evento como insumo para orientar las acciones en salud pública desde la preconcepción, la gestación, el parto y el post parto del neonato.

Los Usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Organización Panamericana de la Salud
- Comunidad médica
- Población en general.

2. Objetivos específicos

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía.
2. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para identificar el comportamiento del evento.
3. Establecer los determinantes de muerte perinatal o neonatal tardía como resultado del proceso de análisis individual y colectivo de los casos.
4. Estimar las áreas de cuidado donde se concentran los periodos perinatales de riesgo, según el peso y el momento de ocurrencia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

3. Definiciones operativas de caso

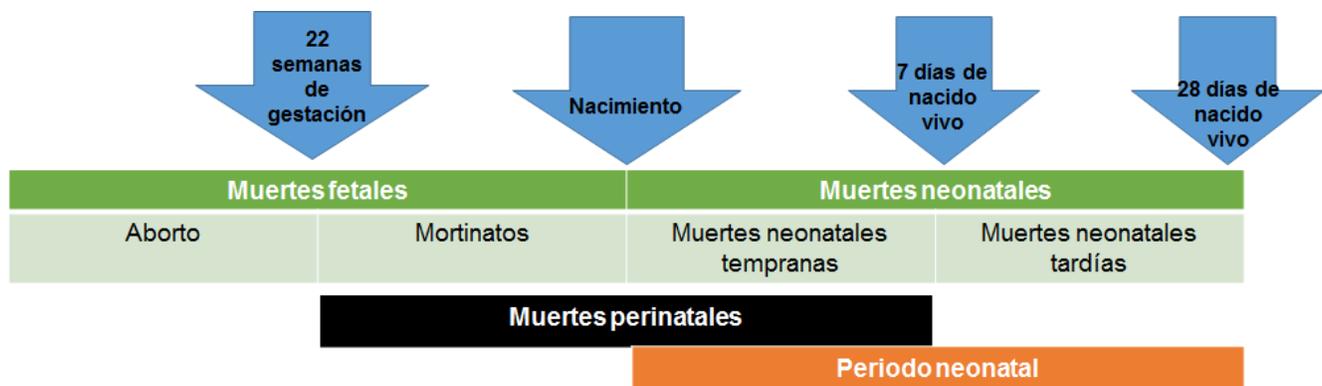
La definición del evento se basa en criterios clínicos, relacionados a continuación, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (Tabla 1).

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Tabla 1. Definiciones operativas de caso para Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	<p>Muerte perinatal: es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.</p> <p>Muerte neonatal: es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en:</p> <ol style="list-style-type: none"> Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).
Caso descartado	<p>Ajuste 6: caso que no cumple con definición operativa después de realizar análisis individual.</p> <p>Ajuste D: caso con error de digitación en el número de documento de la madre en datos básicos</p>
Ajustes	Ajuste 7: ajuste en variables para garantizar completitud y calidad del dato.

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



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Vigilancia en salud Pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía. Equipo de maternidad segura. Dirección de vigilancia y análisis de riesgo en salud pública. Bogotá – Colombia, 2017

En coherencia con la Resolución 0652 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (20), aquellas muertes debidas al procedimiento de interrupción

voluntaria del embarazo (IVE) no se deben notificar al Sivigila para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Es importante tener en cuenta que aquella mortalidad perinatal y neonatal tardía que también cumple definición de caso para defectos congénitos debe tener

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

notificación para ambos eventos, pues para la mortalidad perinatal la definición de caso está basada en la edad gestacional y en el peso del producto de la gestación y no en la forma y las causas de la muerte.

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

Vigilancia pasiva

Es la vigilancia realizada a través de la notificación semanal obligatoria de las muertes perinatales y neonatales tardías ocurridas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, notificadas por la UPGD.

Estas se deben notificar en la ficha establecida para el evento, código 560, tanto cara de datos básicos como complementarios, recordando que en la cara de datos básicos se diligencian los datos de la madre.

Vigilancia activa

La búsqueda activa institucional se realiza a través de la revisión de los registros institucionales de estadísticas vitales (RUAF), para ello se debe tener en cuenta:

- Revisión de defunciones fetales con 22 o más semanas de gestación.
- Revisión de muertes fetales con menos de 22 semanas de gestación y peso fetal de 500 gramos o más.
- También se deben revisar las defunciones fetales sin información de edad gestacional cuyo peso fetal es de 500 gramos o más. Se debe verificar la información clínica con el fin de confirmar o descartar muerte perinatal.
- Revisión de defunciones no fetales con menos de 28 días de edad.

4.2. Responsabilidad por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública) (21), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) y en el documento “Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública” del INS (22). Adicionalmente, para la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía:

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Dictar las políticas y garantizar los mecanismos de gestión efectivos para la garantía de derechos en el logro de la maternidad segura y la ruta integral de atención materno perinatal.
- Mantener la gestión de procesos para el aseguramiento de la calidad en la atención de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.
- Liderar procesos de carácter intersectorial en lo relacionado con la adopción de medidas especiales, así como las intervenciones necesarias identificadas como resultado de los análisis del evento obstétrico.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica a las entidades territoriales de los órdenes departamental y distrital que incluyan el seguimiento, monitoreo y capacitación del proceso de vigilancia (identificación de casos, notificación, búsqueda regular institucional y comunitaria, entrevista, investigación de campo, unidad de análisis y seguimiento a los indicadores de vigilancia del evento).
- Establecer los flujos de información y las competencias de los actores del sistema en materia de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Garantizar que su red de prestadores realice los estudios anatómo-patológicos requeridos para el estudio de caso y la definición de las causas de muerte.
- Acompañar la realización de la entrevista familiar.
- Realizar el análisis agrupado por periodos perinatales de riesgo (matriz BABIES desagregado para su red de prestadores).
- Realizar la consolidación de la información relacionada con la gestión para garantizar la atención requerida en su red de prestación de servicios de acuerdo con la normativa vigente, tales como autorizaciones, llamadas, inducción a la demanda, traslados, entre otros.

- Realizar la entrega de la información relacionada con la gestión para garantizar la atención requerida en su red de prestación de servicios, de acuerdo con la normativa vigente, tales como autorizaciones, llamadas, inducción a la demanda, traslados, entre otros.

4.2.4. Secretarías Departamental y Distritales de Salud

- Definir un plan de respuesta articulado con los demás actores de la vigilancia en salud pública en torno a la identificación de comportamientos inusuales (decremento o incremento) a partir de una sala de análisis de riesgo.
- Establecer mecanismos de divulgación de la información derivada de los análisis de la vigilancia en salud pública de los eventos que integran la maternidad segura.
- Establecer un plan de entrenamiento y reentrenamiento, sobre la vigilancia en salud pública de los eventos que integran el componente de maternidad segura, con su respectivo cronograma, dirigido a los equipos de vigilancia de las secretarías Municipales y Locales de Salud, los equipos asistenciales de las Instituciones de Salud y demás actores que consideren necesario.
- Generar estrategias de monitoreo para el comportamiento epidemiológico y variables de importancia en el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, que posibilite la generación de alertas que contribuyan al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y de la respuesta del territorio.
- La entidad territorial de residencia (departamento) del caso debe realizar la solicitud a la entidad territorial de

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

ocurrencia (departamento), la epicrisis de la atención brindada antes, durante y después del fallecimiento.

- La entidad territorial de ocurrencia (departamento) del caso debe entregar a la entidad territorial de residencia (departamento) la epicrisis de la atención brindada antes, durante y después del fallecimiento.
- Coordinar y realizar las unidades de análisis individuales y colectivas cuando los municipios no cuenten con capacidad instalada.
- Revisar y gestionar los ajustes de la información de causas, demoras y otras requeridas, posterior a la unidad de análisis individual, de acuerdo con los lineamientos.
- Realizar análisis trimestral de la situación materno perinatal que incluya análisis diferencial según contexto territorial, determinantes, demoras y matriz BABIES, además de analizar el monitoreo de la notificación semanal del evento y las intervenciones realizadas.
- Realizar COVE semestral en el que se priorice la vigilancia de la salud pública de los eventos de maternidad segura.
- Realizar evaluación de correspondencia entre las estadísticas vitales y SIVIGILA semanalmente y gestionar la correspondencia de las fuentes.
- Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.
- Realizar el cruce de la base de datos de mortalidad perinatal y neonatal tardía con otros eventos de interés

en salud pública, tales como: defectos congénitos, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, sífilis congénita, entre otros. Con el propósito de priorizar el análisis del caso de manera articulada e integrada. Este cruce de información debe realizarse cada periodo epidemiológico y deberá ser retroalimentado a los niveles municipales y UPGD.

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Coordinar y realizar las unidades de análisis individuales y colectivas (municipios categoría 1, 2 y 3 que cuentan con capacidad instalada).
- Garantizar la recolección de las fuentes de información de sus UPGD y EAPB para análisis individual y envío a la secretaría de salud departamental (municipios categoría 4, 5 y 6).
- Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) de forma trimestral y divulgar esta información en la página web municipal o por otros mecanismos disponibles.
- Realizar COVE municipal en maternidad segura, envío de soportes de manera oportuna y completa al departamento.
- Hacer visita a la madre o familia (municipio de residencia) para realizar el estudio de campo y la aplicación de la entrevista familiar.
- Realizar búsqueda activa comunitaria (BAC) y hacer la notificación de los casos encontrados no notificados.
- Realizar la autopsia verbal de los casos encontrados en la BAC.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Implementar las acciones para la oportuna y adecuada configuración de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificación y envío de información oportuna y completa al municipio en archivos planos semanales, como se establece en Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila (23).
- Garantizar la realización de los estudios anatómo-patológicos para la adecuada configuración del caso (necropsia de feto y placenta y otras pruebas que se requieran, según el caso). En los casos de muerte en el ámbito domiciliario se debe realizar la autopsia verbal.
- Realizar notificación inmediata de muertes perinatales y neonatales tardías a la EAPB respectiva, para la gestión del estudio anatómo-patológico y definición de las causas de muerte en los casos que se requiera.
- Realizar análisis clínico del 100% de las muertes perinatales y neonatales tardías de forma individual o colectiva bajo el marco de un comité institucional.
- Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) de forma

trimestral y divulgar esta información en la página web o por otros mecanismos disponibles.

- Realizar COVE institucional que contemple el resultado de los análisis individuales y colectivos como insumo para la toma de decisiones.
- Generar espacios de inducción y reinducción a los profesionales de la salud asistenciales y de apoyo sobre la vigilancia en salud pública en los eventos que integran el componente de maternidad segura.
- Realizar análisis de correspondencia semanal de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía entre estadísticas vitales y Sivigila.
- Disponer de la información clínica de la atención brindada hasta el momento del fallecimiento o el resumen de historia clínica del caso notificado para ser enviada en el momento que sea solicitada por la autoridad sanitaria de orden departamental o municipal.

5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información

5.1. Periodicidad del reporte

Tabla 2. Periodicidad de los reportes

Notificaciones	Responsabilidad
Notificación semanal	Los casos de muertes perinatales y neonatales tardías deben notificarse semanalmente de acuerdo con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el proceso para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Vigilancia en salud Pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía. Equipo de maternidad segura. Dirección de vigilancia y análisis de riesgo en salud pública. Bogotá – Colombia, 2017

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

5.2 Flujo de información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manual-sivigila-2018-2020.pdf>

5.3 Fuentes de información

Fuente primaria

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía (código: 560).

Fuente secundaria

Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía estas fuentes corresponden a:

- Historias clínicas.
- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.

6. Análisis de la información

6.1. Procesamiento de los datos

El proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se describe en el Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila (23).

Las UPGD, municipios, distritos y departamentos tienen la responsabilidad de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso y se ingresen de acuerdo con las instrucciones dadas para el adecuado diligenciamiento de la ficha de notificación.

Para garantizar la calidad del dato es fundamental que los ajustes a la información correspondiente de casos confirmados de mortalidad perinatal o neonatal tardía que no fueron notificados por el departamento durante las semanas del periodo anterior se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente siguiente, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

Se realiza la validación y depuración de los datos, excluyendo los casos notificados con ajustes “D y 6”, y los casos repetidos, donde se tuvo en cuenta el registro de la institución que diligenció el certificado de defunción y cargo la muerte en RUAF.

Es necesario notificar nuevamente los casos con ajuste D al sistema, con el registro correcto de los datos de identificación de la madre. La UPGD debe informar y remitir los soportes del ajuste D a la autoridad sanitaria de orden municipal y departamental.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Para el análisis de la información derivada de la notificación se realiza un análisis descriptivo de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificados semanalmente al Sivigila.

Se establecen frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados, que describen el comportamiento del evento con respecto al año anterior, cálculo de la razón por entidad territorial de residencia y análisis de variables sociales y demográficas.

De igual forma, se realiza el análisis agrupado de las causas de muerte de acuerdo con el origen fetal, placenta y cordón, materno y/o neonatal.

Para la elaboración de la matriz BABIES se aglomeran las variables de peso del recién nacido y el momento de ocurrencia de la muerte: anteparto, intraparto, periodo neonatal temprano y tardío (documento técnico N° 5) (24).

Es importante mencionar que la matriz BABIES es una guía para el análisis agrupado de la información derivada de la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, los resultados obtenidos de la utilización de la matriz reflejan los periodos perinatales de riesgo y la posible relación del problema con la salud materna, los cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados del recién nacido o cuidado del neonato en el ámbito domiciliario.

En cuanto a las unidades de análisis, las categorías que se pretende evaluar son las demoras identificadas en cada uno de los casos, teniendo en cuenta los criterios definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados (25).

El análisis de los comportamientos inusuales para la mortalidad perinatal y neonatal tardía se realiza a través del

método: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). Este método consiste en comparar el valor observado para un evento (número de casos reportados en un período) con una línea de base que se utiliza como referencia (periodo inmediatamente anterior y posterior), por 5 ó más años anteriores.

7. Orientación para la acción

7.1 Acciones individuales

7.1.1 Entrevista familiar o estudio de campo (IEC)

La entrevista familiar es una actividad extramural a cargo de la entidad municipal con la EAPB involucradas en la atención del caso. En aquellos casos donde el municipio cuente con baja capacidad técnica para realizar la entrevista familiar el departamento/distrito debe realizar este proceso en acompañamiento con el equipo de orden municipal y la EAPB.

La entrevista familiar debe realizarse en el 100 % de los casos pendientes de analizar en el periodo epidemiológico respectivo, con el propósito de explorar las condiciones o situaciones médicas y no médicas relacionadas con el fallecimiento, las condiciones de acceso y uso de los servicios de salud por la población, así como la calidad de los procedimientos desarrollados y los servicios prestados.

Se investiga sobre el contexto personal, familiar, comunidad e institución de salud, redes de apoyo sociales e institucionales, condiciones sociales, ambientales, laborales, económicas, de seguridad alimentaria, conflicto armado, entre otros. Se debe complementar con fotografías, croquis que muestren la presencia institucional en la zona, medios de comunicación, vías y medios de transporte, mapas de desplazamiento y otras ayudas para documentar el contexto (documento técnico N°3) (24).

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

La realización de la entrevista familiar debe ser preparada con la lectura de la historia clínica previa a la visita, que está a cargo de un profesional con experiencia en su manejo técnico y en el abordaje del duelo familiar. Esta investigación se debe realizar con los padres o familiares que conocieron la ruta crítica que finalizó en la muerte perinatal y neonatal tardía.

Autopsia verbal

La autopsia verbal es una actividad extramural que se realiza para muertes ocurridas en el hogar o un lugar diferente de una institución de salud. Será realizada por una o dos personas con capacidad de establecer las causas de la muerte a partir de las preguntas del formato de autopsia verbal y otras preguntas complementarias según cada caso (documento técnico N° 2) (24).

7.1.2 Unidad de análisis de casos

La realización del análisis individual de las muertes perinatales y neonatales tardías tiene los siguientes propósitos:

1. Definir la causa básica de la muerte.
2. Identificar los factores que contribuyeron a la muerte relacionados con la atención preconcepcional.
3. Identificar los factores que contribuyeron a la muerte relacionados con la atención prenatal.
4. Identificar los factores que contribuyeron a la muerte relacionados con la atención del parto.
5. Identificar los factores que contribuyeron a la muerte relacionados con la atención del recién nacido durante la estancia hospitalaria.
6. Identificar los factores que contribuyeron a la muerte relacionados con la atención y seguimiento del neonato en el ámbito domiciliario.

7. Identificar otros factores que contribuyeron a la muerte distintos a lo relacionado con el sistema de salud.

El departamento de residencia está a cargo de realizar las unidades de análisis individuales, con base en el análisis clínico elaborado por la institución de salud notificadora de la muerte perinatal y neonatal tardía.

El tiempo establecido para la elaboración consolidación y entrega de la unidad de análisis al nivel nacional desde el momento de la notificación es de 8 semanas.

Cada departamento/distrito debe realizar cuatro unidades de análisis por periodo epidemiológico y los aspectos de selección de las muertes para el análisis están relacionados con las prioridades del territorio, teniendo en cuenta que serán casos emblemáticos.

Un caso emblemático corresponde a aquella muerte que de acuerdo con sus criterios reúne múltiples factores críticos del territorio. Algunos ejemplos pueden ser:

- Muertes perinatales y neonatales tardías ocurridas en el domicilio
- Muertes perinatales y neonatales tardías que correspondan a madres adolescentes
- Muertes perinatales en madres con antecedentes de este evento en gestaciones anteriores
- Muertes perinatales y neonatales con otros eventos de interés en salud pública.

Excepto para las entidades territoriales de Arauca, Amazonas, Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés y Vichada que reportan altas tasas de prevalencia de mortalidad y bajas frecuencias de la notificación deben analizar el 100% de las mortalidades perinatales y neonatales tardías residentes en su departamento.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Tablero de problemas

Las unidades de análisis de mortalidad perinatal y neonatal tardía concluyen con la definición de los problemas relacionados con la ocurrencia del evento, también llamados problema tipo o causa raíz.

Estos serán consignados en un tablero de problemas, el cual es el insumo complementario para el análisis integral del evento, la comprensión de la multiplicidad de factores relacionados y la orientación en las acciones en salud pública hacia la mejora de la salud materna infantil.

Los departamentos y distritos deben realizar el consolidado y envío del tablero de problemas de acuerdo a lo establecido en el manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública.

Como resultado de la unidad de análisis individual se identifican los factores asociados a la presentación del evento, los cuales serán incluidos en el tablero de problemas que será fuente de información para priorizar y reorientar las acciones en salud pública del territorio; por lo anterior debe ser socializado y remitido a los tomadores de decisiones de los diferentes niveles del flujo de información: gerentes de IPS (UPGD) o EAPB, responsables de programas o dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, Secretarios de Salud, área encargada de la verificación del cumplimiento y seguimiento de los planes de acción a que den lugar, definida por los tomadores de decisiones, y a otros actores sectoriales o transectoriales departamentales que se considere pertinente.

7.1.2.1 Unidad de análisis institucional (UPGD)

La unidad de análisis institucional (UPGD) de la muerte perinatal y neonatal tardía es un escenario para que las instituciones de salud donde ocurre la muerte desarrolle el análisis clínico bajo los parámetros de calidad establecidos

por dicha institución, con el propósito de establecer la causa básica de muerte y agruparse de acuerdo con el origen: materno, fetal, placentaria-cordón umbilical y/o neonatal (documento técnico N°6) (24). Además de realizar la evaluación de la atención brindada dentro de la institución de salud.

Estos análisis realizados por las instituciones de salud donde ocurre la muerte deben realizarse al 100% de las muertes perinatales y neonatales tardías, y se puede realizar de forma individual o colectiva bajo el marco de un comité institucional.

Para el consolidado de la información clínica se dispone de la guía para el resumen de historia clínica (documento técnico N°4) (24).

La necropsia se realiza en el 100% de los casos, donde la causa de muerte no sea clara; en el caso de las muertes fetales se deben incluir los estudios anatómo- patológicos del feto y de la placenta. Los hallazgos derivados de los estudios anatómo-patológicos para los casos requeridos deben incluirse en el análisis individual del caso.

Es vital considerar la comunicación médico-familiar en los casos que requieran necropsias: debe ser prudente, respetuosa y realizada por un profesional entrenado en el manejo social del duelo familiar, aclarando la importancia del proceso de necropsia que no solo permitan identificar la verdadera causa de muerte sino también orientar acciones que mejoren la calidad de la atención en la población gestante e infantil.

Se diligenciará el formato de información a la familia sobre la necesidad de realizar necropsia clínica al mortinato o neonato fallecido se debe dejar constancia por escrito (documento técnico N°1) (24). Si las muertes son producto de lesiones de causa externa o muertes violentas se procederá a realizar necropsia médico legal.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

7.1.2.2 Unidad de análisis de orden departamental/ distrital

Cada departamento/distrito de residencia del caso debe garantizar cuatro unidades de análisis por periodo epidemiológico. Además, se debe tener en cuenta que el departamento/distrito debe integrar la información clínica de la mortalidad de acuerdo con las atenciones brindadas en otras instituciones de salud y/o en otros departamentos.

La metodología para la realización de los análisis individuales se establece bajo el criterio de la entidad territorial, en coherencia con lo descrito en el Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados (25); dicha metodología debe dar cuenta de la descripción de la información relevante derivada de la entrevista familiar y reflejar los hallazgos relacionados con la atención preconcepcional, el control prenatal, la atención del parto, del recién nacido y el seguimiento al neonato, junto con otros factores diferentes a lo relacionado con el sistema de salud que hayan contribuido en la mortalidad. Además de realizar la evaluación de la atención brindada antes, durante y después del fallecimiento.

El análisis debe concluir con la revisión de la causa básica de muerte y agruparse de acuerdo con el origen: materno, fetal, placentaria-cordón umbilical y/o neonatal; en caso de que el análisis intrainstitucional no haya facilitado el establecimiento de dicha causa se debe abordar el análisis de la causa de muerte descrita y hacer las respectivas recomendaciones de la causa básica a la institución de salud donde ocurrió la muerte.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

Las estrategia de información, educación y comunicación a la comunidad en general permite incentivar el acceso y adherencia a consulta preconcepcional, control prenatal,

atención del parto institucional y seguimiento del puerperio y del recién nacido.

Adicionalmente, los análisis del evento individual y colectivo permiten la identificación de patrones comunes de orden territorial, socioeconómico, cultural y asociados al sistema de salud que expliquen el conjunto de factores críticos que pueden ser intervenibles desde una acción interinstitucional e intersectorial, lo que implica un trabajo articulado y coordinado entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De igual manera, la institución de salud, la entidad administradora de planes de beneficio, el municipio y el departamento/distrito deben propender por la corrección de demoras que estuvieron presentes en el análisis de los casos y lograr el cumplimiento de los hitos en la atención perinatal y neonatal para la disminución de la ocurrencia de las mortalidades evitables y prevenibles; dichos hitos están relacionados con: 1) los derechos sexuales y reproductivos; 2) la gestión continua del riesgo; 3) la captación temprana de la gestante; 4) la clasificación y atención según riesgo embarazo; 5) la referencia oportuna, atención segura y humanizada del parto; 6) la atención del puerperio y recién nacido con calidad; 7) la asesoría y provisión anticonceptiva y 8) el fomento de la lactancia materna (17).

El municipio y la aseguradora diseñarán estrategias comunitarias para la atención materna perinatal, detección y seguimiento de gestantes dentro de los procesos de Atención Primaria en Salud y participación social.

Entre las acciones que se deben desarrollar para garantizar mejoras en la información, acceso, y calidad de los servicios de salud materno-perinatales por parte de los niveles de toma de decisiones en salud están las siguientes:

- Disponer de medidas provisionales que salven vidas de recién nacidos en entornos comunitarios mientras se

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

refuerzan los sistemas de salud.

- Responsabilizar a los tomadores de decisiones de los niveles institucionales, locales y departamentales para que se comprometan en invertir y mejorar la atención del recién nacido.
- Incluir la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para la atención de los recién nacidos en la primera semana de vida.
- Fortalecer la calidad de la atención obstétrica y neonatal urgente, puesto que ambas se producen simultáneamente, y con ello aumenta la eficacia en función de los costos para las madres y sus bebés.
- Fortalecer la búsqueda activa comunitaria para la captación de muertes ocurridas en el domicilio, que corresponden con casos de muertes fetales o neonatales a quienes no se les ha realizado certificado de defunción.

7.2.2. Comités de vigilancia epidemiológica COVECOM

Se convocará trimestralmente el comité de vigilancia comunitaria (COVECOM) según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco general para el desarrollo de los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), siendo un escenario para la revisión, análisis, monitorización y evaluación de las acciones de mejoramiento en torno a la salud materno-perinatal en los ámbitos municipal, distrital y departamental.

Para ello tener en cuenta la participación de alcaldes y primeras damas, representantes de organizaciones de mujeres, asociaciones de usuarios, organizaciones de parteras, organizaciones indígenas, de comunidades negras, secretarías de educación y cultura, obras públicas, personero y otras organizaciones del ámbito municipal que sea necesario convocar.

Por otra parte, se recomienda abordar la situación de la salud materno-perinatal en los comités de política social, de tal forma que las acciones colectivas deban estar integradas con la política nacional de salud sexual y reproductiva. Los planes de acción permitirán generar intervenciones que incidirán en el nivel colectivo; por lo tanto, se deberán plantear acciones en los diferentes aspectos hallados con base en el análisis situacional de la mortalidad perinatal y neonatal tardía de acuerdo con el nivel donde se haya realizado.

7.2.3. Búsqueda Activa Institucional

Las acciones relacionadas con Búsqueda Activa Institucional para mortalidad perinatal y neonatal tardía se llevaran a cabo ante silencios epidemiológicos y ante la identificación de indicadores de vigilancia en niveles inadecuados, según lo establecido en los lineamientos nacionales para la vigilancia.

7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública

Para este evento se considera una alerta cuando en el análisis de comportamientos inusuales en un departamento/distrito se reporta por más de seis semanas epidemiológicas consecutivas aumento o descenso estadísticamente significativo. La metodología de análisis y comportamientos inusuales se describe en el apartado 6.2 análisis rutinarios y comportamientos inusuales.

Las alertas identificadas deben ser notificadas inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo eri@ins.gov.co con una información preliminar "capsula de información" que describa: número de casos, grupo de edad, pertenencia étnica, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, tendencia epidemiológica del evento, situaciones que explican el comportamiento inusual identificado y las acciones de vigilancia epidemiológica que se desarrollan para el control de la situación. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

y no debe depender de la generación de un Reporte de Situación – SITREP.

Es importante mencionar que el Departamento o Distrito debe elaborar un plan de respuesta construido en una Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública (SAR) como acción ante una alerta relacionada con un comportamiento inusual (descenso o incremento) del evento.

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de mortalidad perinatal y neonatal tardía tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutoria del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio (26).

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud el Instituto Nacional de Salud, publica de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes finales con los cierres anuales. Así mismo se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: i. número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. Generación de canales endémicos para eventos agudos, iii. Mapas de riesgo, iv. Diagramas de calor y v. generación de microdatos.

Los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2007, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación por Institución Prestadora de servicios de salud o red conexas que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficio responsable del aseguramiento de los pacientes.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, asimismo, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, con el fin de alertar tempranamente ante la presencia de eventos que puedan poner en peligro la seguridad sanitaria local.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

9. Indicadores

Nombre del indicador	Razón de muertes perinatal y neonatal tardía (además se debe desagregar este indicador en mortalidad perinatal, fetal, neonatal temprana y tardía)
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Muertes fetales y neonatales tempranas ocurridas en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal y hasta antes de los veintiocho días después del nacimiento por cada mil nacidos vivos
Propósito	Hacer seguimiento al comportamiento del evento
Definición operacional	Numerador: número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía en un periodo de tiempo Denominador: total de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo
Coefficiente de multiplicación	1.000
Fuente de información	Sivigila – DANE
Interpretación del resultado	Indica el nivel de mortalidad perinatal y neonatal temprana en el país
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital y nacional.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Nombre del indicador	Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte bien definida en Sivigila
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el cumplimiento del proceso epidemiológico de muertes perinatales y neonatales tardías en lo relacionado con la correcta definición de causa de muerte.
Propósito	Verificar la adecuada definición de causa de muerte de los casos de las muertes perinatal y neonatal tardía por los responsables de configurar el caso.
Definición operacional	Numerador: número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía con causa de muerte bien definida. Denominador: total de casos muerte perinatal y neonatal tardía
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	Porcentaje de casos con causa de muerte bien definida. Semaforización: Verde: entre 81 – 100 % Amarillo: entre 20 – 80 % Rojo: menor a 20 %
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Meta	100% de casos con causa de muerte definida adecuadamente.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Nombre del indicador	Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal Sivigila y estadísticas vitales
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correspondencia de información entre estadísticas vitales y Sivigila.
Propósito	Permite verificar correspondencia entre estadísticas vitales y Sivigila.
Definición operacional	Numerador: identificar los casos de muertes perinatales y neonatales tardías que aparecen tanto en RUAF como en SIVIGILA Denominador: total de casos cargados en RUAF
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila – DANE
Interpretación del resultado	Porcentaje de correspondencia de casos entre las fuentes DANE y Sivigila Semaforización: Verde: 100 % Amarillo: entre 80 – 99 % Rojo: menor a 80 % o mayor a 100 %
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital y nacional.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Meta	100 % de correspondencia entre los datos de las estadísticas vitales y la notificación al Sivigila

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

Nombre del indicador	Oportunidad en el cumplimiento de envío de la información de análisis individuales a las 8 semanas de notificado
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con el envío de información de los análisis individuales.
Propósito	Verificar el análisis individual de las muertes perinatales y neonatales tardías por todos los actores del SGSSS de acuerdo con el porcentaje establecido en el protocolo.
Definición operacional	Numerador: número de casos de muerte perinatal y neonatal tardía analizados individualmente con información enviada. Denominador: total de casos muerte perinatal y neonatal tardía para analizar individualmente, de acuerdo con el protocolo de vigilancia.
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila – Unidades de análisis
Interpretación del resultado	Porcentaje de unidades de análisis individuales realizadas y enviadas Semaforización: Verde: 90 - 100 % Amarillo: entre 80 – 89 % Rojo: menor a 80 %
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital.
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Meta	100 % de información de unidades de análisis individual enviadas de acuerdo con el porcentaje establecido.

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

10. Referencias

- 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: 152.
- 2 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]. [consultado el 28 mayo 2017]. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
- 3 Bardales A, Cáceres E, Guevara S, Hurtado R, Amat R, Vallenas G et al. Capítulo I: Componente estadístico. En: Estudio sobre la dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido en un área rural andina y amazónica del Perú. Lima: Perú Offset Editores E.I.R.L.; 2010: 10- 23.
- 4 Allanson E, Muller M, Pattinson R. Causes of perinatal mortality and associated maternal complications in a South African province: challenges in predicting poor outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15: 1-7.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020. Monitoreando la salud para los ODS [internet]. [Consultado el 28 octubre 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
- 6 Mamrybayeva M, Igissinov N, Zhumagaliyeva G, Shilmanova A. Epidemiological Aspects of Neonatal Mortality Due To Intrauterine Infection in Kazakhstan. Iran J Public Health. 2015; 44 (10): 1322-9.
- 7 Chow S et al. A selected review of the mortality rates of neonatal Intensive Care Units. Frontiers in Public Health. 2015: 2-18.
- 8 Parmar PH, Gosai K, Dhudhrejia K, Goswami K, Prajapati S, Panchiwala J. Perinatal mortality in hypertensive Disorders with pregnancy. Int J Cur Res Rev. 2015; 7 (1): 20-2.
- 9 Demirci O et al. Maternal and fetal risk factors affecting perinatal mortality in early and late fetal growth restriction. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2015; 54: 700-4.
- 10 Forero Motta D. Informe de evento mortalidad perinatal y neonatal tardía 2020. Instituto Nacional de Salud Colombia. 2020. [Internet] 2020. Fecha de consulta: 08 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARD%C3%8DA_2020.pdf
- 11 Garro L. “Factores Perinatales Asociados a Muerte Neonatal Precoz y Tardía en Recién Nacidos Menores de 1.500 g en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima - Perú”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma: Lima-Perú. 2011: 72.
- 12 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2016. Estados Unidos [internet]. [Consultado el 02 junio 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- 13 Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2003 [Internet]. [Consultado el 28 octubre 2017]. Disponible en:

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

- https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf
- 14 Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [internet]. [Consultado el 21 septiembre 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- 15 Consejo Nacional de Política Económica y Social Colombia. CONPES 161 de 2013 [internet]. [Consultado el 21 septiembre 2016]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/161.pdf>.
- 16 Ministerio de Salud y Protección en Salud. Política de Atención Integral en Salud. 2016. Bogotá-Colombia [internet]. [consultado el 8 junio 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- 17 Ministerio de Salud y Protección Social. 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]. [Consultado el 28 julio 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- 18 Frøen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O et al. Muerte fetal intrauterina: su importancia para el Comité Directivo de la serie sobre muerte fetal intrauterina de The Lancet 2011: 39-53.
- 19 Mejia J, Jaramillo M. Modelo de gerencia para toma de decisiones en salud perinatal. Estudios gerenciales. 2006; 1 (98): 143-176.
- 20 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0652 de 2016. Bogotá-Colombia. [internet]. [Consultado el 08 julio 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200652%20de%202016.pdf
- 21 Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Bogotá-Colombia [internet]. [Consultado el 08 julio 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
- 22 Instituto Nacional de Salud. Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública. Bogotá - Colombia. [internet]. [Consultado el 31 enero 2022] Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/7-metodologia-de-la-operacion-estadistica-de-vigilancia-de-evento-de-salud-publica.pdf>
- 23 Instituto Nacional de Salud. Manual del usuario sistema aplicativo SIVIGILA. 2020. Bogotá - Colombia. [internet]. [Consultado el 28 julio 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientos/documentos/1.%20Manual_SIVIGILA_2018_2020.pdf
- 24 Instituto Nacional de Salud. Documentos técnicos de la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía. Equipo de Equipo de maternidad segura. Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Bogotá-Colombia, 2017.
- 25 Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados. Bogotá-Colombia. [internet]. [Consultado el 28 julio 2021]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis.pdf>
- 26 Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en salud pública. Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2011. 48-49).

Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

11. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2007	01	30	Publicación del protocolo de vigilancia	Esther Liliana Cuevas Ortiz
01	2010	08	08	Actualización de datos epidemiológicos, inclusión muertes neonatales tardías	Esther Liliana Cuevas Ortiz
02	2014	06	11	Actualización de instrumentos de vigilancia	María Lourdes Medina
03	2015	01	30	Actualización de conceptos, lineamientos e instrumentos	Mónica Cristina Jaramillo Esther Liliana Cuevas Ortiz
04	2017	10	28	Actualización epidemiológica del evento. Se incluye nota técnica de exclusión para la definición del evento. Porcentaje de análisis de casos. Responsable y periodicidad del análisis colectivo: matriz BABIES. Consolidado de los documentos técnicos.	Nathaly Roza Gutiérrez Esther Liliana Cuevas Ortiz
05	2019	11	25	Actualización de conceptos, lineamientos e instrumentos	Diana Alexa Forero Motta
06	2022	03	11	Actualización de datos epidemiológicos, formato y precisión de definición de caso	Ana María García Bedoya Diana Alexa Forero Motta

12. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación datos básicos y complementarios 560

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/560_Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal%20tard%C3%ADa_2020.pdf

Anexo 2. Documento técnico N° 1. Información a familia para realizar necropsia clínica en caso de muerte materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20t%C3%A9cnico%201.pdf>

Anexo 3. Documento técnico N°2. Autopsia verbal para muerte perinatal y neonatal tardía (ocurridas fuera de instituciones de salud).

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20t%C3%A9cnico%202.pdf>

Anexo 4. Entrevista familiar

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20t%C3%A9cnico%203.pdf>

Anexo 5. Documento técnico N° 4. Guía de resumen historia clínica.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20t%C3%A9cnico%204.pdf>

Anexo 6. Documento técnico N° 5. Análisis agrupado de la información Matriz BABIES.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20t%C3%A9cnico%205.pdf>

Anexo 7. Documento técnico N° 6. Causas de muerte agrupada y por origen.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20t%C3%A9cnico%206.pdf>