

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 1 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar la vigilancia en Salud pública de la Morbilidad Materna Extrema (MME), que permita identificar los casos de mujeres con una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la cual estuvo en riesgo la vida, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de caracterizar e identificar factores determinantes que orienten la toma de decisiones que apunten a la reducción de la Morbi-Mortalidad Materna en todo el territorio nacional.

1.2. Objetivos específicos

- Identificar y notificar el 100% de casos de MME que ocurren en instituciones de carácter público o privado que ofertan servicios de obstetricia, de mediana y alta complejidad caracterizadas como Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) Centinela.
- Identificar cada caso de MME para activar la respuesta institucional que permita resolver la complicación y evitar un desenlace fatal.
- Hacer los análisis individuales de MME, a nivel institucional y territorial, en busca de puntos críticos durante la atención en salud, susceptibles de mejora, mediante la metodología de las demoras o retrasos.
- Realizar la caracterización epidemiológica de la MME a partir del análisis individual y colectivo de casos para la formulación de planes de mejoramiento institucionales y territoriales, como apoyo al fortalecimiento de la garantía de calidad de la atención obstétrica.
- Monitorear el comportamiento de los indicadores de resultado a nivel de las instituciones (UPGD) centinelas y de cada ente territorial.

2. ALCANCE:

Este documento define la metodología de los procesos establecidos para la notificación de los casos, la recolección y análisis de la información que permita la caracterización del evento Morbilidad Materna Extrema, el análisis de factores asociados con su presentación y la publicación de los resultados de la vigilancia que orienten la toma de decisiones encaminadas a prevenir la ocurrencia del evento y sus secuelas, así como la mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

3. RESPONSABILIDADES:

Es responsabilidad del **Instituto Nacional de Salud** a través de la **Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública**, emitir los parámetros para realizar la vigilancia de este evento mediante la elaboración, publicación, socialización y difusión del protocolo contenido en este

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 2 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

documento y establecer los flujos de información y las competencias de los actores del sistema en materia de vigilancia en salud pública.

Es responsabilidad del **Ministerio de Salud y la Protección Social**, mantener la gestión de procesos para el aseguramiento de la calidad en la atención de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico, y después del evento obstétrico, hacer las recomendaciones básicas para el funcionamiento del sistema de vigilancia, y liderar la adopción de medidas a nivel intersectorial en lo relacionado con la formación del talento humano y la disposición de medidas especiales en cada uno de los sectores, así como las intervenciones necesarias identificadas como resultado de los análisis del evento.

Serán las **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)**, responsables de aplicar, seguir y evaluar las intervenciones generadas en el proceso para reducir los riesgos ligados a la ocurrencia de la morbilidad y mortalidad materna; con este propósito participarán en la identificación de los casos y el análisis de los factores contribuyentes en su ocurrencia, garantizarán la implementación de este protocolo en su red de prestadores como proceso prioritario en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y participaran en los procesos de vigilancia garantizando el seguimiento integral de las mujeres identificadas con el fin de mitigar daños.

Corresponde a las **Unidades Notificadoras (UN)** entidades territoriales de carácter distrital, municipal y departamental, recibir la información proveniente de las UPGD y verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la vigilancia de este evento, del análisis individual y colectivo de los casos, de la consolidación de la información que permita la caracterización en su territorio, y de garantizar el flujo oportuno y adecuado de la información a nivel central, así como, del seguimiento a los planes de mejoramiento institucionales, con el apoyo de las áreas de desarrollo de servicios, inspección, vigilancia y control territorial y aseguramiento.

Las **Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)**, instituciones públicas o privadas que ofertan servicios de obstetricia de mediana y alta complejidad a nivel nacional, **tipificadas como institución centinela**, serán responsables de la identificación, caracterización, notificación y análisis individual y colectivo de sus casos así como la divulgación de resultados de la vigilancia hacia la UNM.

Corresponde a la **Superintendencia Nacional de Salud**, realizar la inspección, vigilancia y control, al cumplimiento del buen funcionamiento de los servicios de atención en salud necesarios para una atención integral al binomio madre e hijo en coordinación con las direcciones departamentales de salud.

4. DEFINICIONES:

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de Salud y la Protección Social cuyo objeto es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 3 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

5. CONTENIDO

5.1. Importancia del evento

5.1.1. Descripción del evento.

La morbilidad y mortalidad materna son graves eventos, con repercusión en la estabilidad del núcleo familiar y la sociedad en la cual se produce; en su presentación influyen factores relacionados con el estado de salud de base de la gestante y su conducta reproductiva, las normas sociales de indiferencia ante la muerte materna derivadas del contexto social, cultural, económico, legislativo y político; la normatividad vigente y las prácticas en salud, condicionan el acceso, la oportunidad, integralidad y calidad de los servicios prestados.

La razón de mortalidad materna ha sido desde tiempo atrás un indicador de desarrollo de los países y regiones y una medida de la calidad de los procesos de atención prenatal y atención del parto; en los últimos años la morbilidad materna y las secuelas de la misma han cobrado importancia en la evaluación de los servicios de salud.

El deceso materno representa el estado final de la progresión natural de un evento durante la gestación, parto y puerperio pasando por la MME, que antecede a la mortalidad en la mayoría de casos. Conocer el perfil de la MME como evento anticipatorio, permite desencadenar mecanismos de alarma institucionales para favorecer la atención de las mujeres con MME, así como para estimar un número aproximado de mujeres que requieren cuidado obstétrico esencial y servicios de soporte demandados con mayor frecuencia y conocer las principales amenazas para la salud materna, los factores determinantes y condicionantes para su presentación, siendo ésta información un valioso insumo para la planeación, implementación, organización y seguimiento a estrategias para la maternidad segura.

El evento MME ocurre con mayor frecuencia que las muertes maternas, lo que permite un análisis sobre un número mayor de casos, facilitando una cuantificación más detallada de factores de riesgo y determinantes, que la que se obtiene al analizar un número relativamente pequeño de muertes maternas, esta situación favorece que instituciones en las cuales excepcionalmente ocurre una muerte materna, puedan vigilar la MME como un evento centinela para la evaluación de la calidad y el establecimiento de procesos de mejoramiento continuo, antes de que ocurra una muerte materna.⁽¹⁻²⁾

El Proceso de Vigilancia Epidemiológica de la MME (VEMME) como complemento a la vigilancia de la mortalidad materna permite el análisis de nuevos indicadores para evaluar la calidad de cuidado que reciben las gestantes a partir de los resultados, como son el índice de mortalidad, la relación casos de morbilidad materna extrema/casos de mortalidad materna ⁽³⁾ y el análisis de la severidad del compromiso de la salud materna.

Los cambios en la fisiología de la mujer gestante ante un agente lesivo integran un proceso continuo que parte del embarazo normal y se desplaza hacia eventos de morbilidad cada vez más grave hasta la muerte, si no se interviene.

En la figura 1 se esquematiza el proceso progresivo y se establecen las categorías del espectro, los extremos se definen claramente pero en los puntos intermedios sus límites no son claros y es difícil clasificar el evento.⁽⁴⁾

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 4 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00 Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	



Figura 1 Esquema para definir características importantes en el continuum de la morbilidad materna, adaptado de *Conceptual Framework for Near-Miss Maternal Morbidity*

La progresión de normalidad a morbilidad en sus grados de severidad hacia la mortalidad se relaciona con el tipo de evento, los factores sociodemográficos, las características del prestador de servicios y la actitud de la paciente hacia el sistema ⁽⁵⁾

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) la define como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” ⁽⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud OMS adoptó la definición de **morbilidad materna extrema** para aquellos casos en los que una mujer casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo ⁽⁷⁾

El análisis de la información permite identificar la capacidad de respuesta de las instituciones de salud de una red de servicios y las oportunidades para fortalecerlas y facilitar la toma de decisiones y el seguimiento a las acciones de mejoramiento planteadas para la reducción de casos de morbilidad materna extrema, las secuelas relacionadas y la mortalidad materna y perinatal para beneficio de la salud materna en todo el país.

5.1.2. Caracterización epidemiológica

Panorama mundial

El Informe de la secretaría de la OMS en abril de 2004 refiere que cada año quedan embarazadas 210.000.000 mujeres, de ellas 8.000.000 padecen complicaciones potencialmente mortales relacionadas con el embarazo, en muchos casos provocan enfermedades y discapacidad prolongadas; en el año 2000 se estima que fallecieron 529.000 mujeres durante el embarazo o el parto, generalmente por causas prevenibles ⁽⁸⁾

En 2005 fallecieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576.000 fallecidas en 1990. El 99% de estas muertes se registraron en países en desarrollo. La revisión sistemática de la OMS ⁽⁹⁾, sobre morbilidad materna del año 1997 al 2002, pretendía hacer un mapa mundial de alteraciones en salud reproductiva, conocer incidencia/prevalencia de morbilidad materna e índices de casos fatales relacionados con morbilidad materna, afirma que los datos sobre la salud de la mujer son escasos, en algunos países no existen o son de poca calidad lo que dificulta la comparación entre ellos, o hay dificultad para analizarlos porque no se conoce la metodología empleada en su recolección y procesamiento.

La falta de consenso sobre los criterios utilizados en la tipificación de los casos y la dificultad para identificar casos que pudiesen ocurrir en la comunidad no permite establecer de manera adecuada la prevalencia del evento, la cual varía dependiendo de los criterios utilizados para la identificación del mismo. La prevalencia varía entre 0.80% - 8.23% en la categoría de estudios

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 5 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00 Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

que basan la identificación de caso en criterios asociados a signos y síntomas clínicos de una enfermedad específica, entre 0.38% - 1.09% en el grupo de estudios que basan la identificación en criterios asociados a falla o disfunción de órganos y sistemas y entre 0.01% - 2.99% en el grupo que se basó en criterios relacionados con el manejo instaurado de la paciente (10-11-12-13-14-15-16/18)

Cuando se utilizan para la identificación del caso criterios asociados a signos y síntomas clínicos de una enfermedad específica puede ocurrir una sobreestimación del evento, pues no siempre una enfermedad desencadena una condición en la cual esté en riesgo la vida de la gestante. En sentido contrario cuando se usan criterios relacionados con el manejo instaurado a la paciente puede ocurrir una subestimación del evento, particularmente cuando el criterio está relacionado con admisión a UCI, teniendo en cuenta la limitación de esta oferta en los países en desarrollo y la diversidad de protocolos para avalar esta conducta.

Geller⁽¹⁹⁾ realizó una evaluación de varios indicadores, y encontró que la falla orgánica multisistémica tenía una sensibilidad del 95.5% y una especificidad del 87.8%, siendo considerado el indicador con mayor peso para identificar casos de morbilidad materna extrema.

La OMS recomienda utilizar en lo posible criterios basados en falla o disfunción de órganos y sistemas, lo cual se facilita por el hecho de estar parametrizados los criterios clínicos y de laboratorio, permitiendo una unidad de concepto y la comparación entre instituciones.

En Niamey⁽²⁰⁾, Nigeria, se midió la morbilidad extrema de pacientes con parto institucional, ésta fue once veces más frecuente que la mortalidad, y se relacionaba con parto obstruido, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia y sepsis puerperal; los casos fatales y complicaciones severas se asociaron con falta de eficiencia en los servicios de salud.

En Uganda⁽²¹⁾, en un Hospital de referencia, vigilaron pacientes con urgencias obstétricas en parto o puerperio, determinaron la presencia de morbilidad extrema, estos aportaron 17 % de mortalidad, las causas comunes a los dos eventos fueron la hemorragia y la eclampsia.

Panorama regional

En Brasil⁽²²⁾ se realizó una revisión sistemática sobre morbilidad materna extrema, se emplearon definiciones operacionales para clasificar los estudios. Los desordenes hipertensivos, la hemorragia y la sepsis son las causas de morbilidad extrema, se calculó el índice de mortalidad materna y morbilidad extrema el cual fue de 3,0:3,4 casos/mil partos en países desarrollados y 7,5:18 casos/mil partos en los países en vía de desarrollo. En Cuba⁽²³⁾, se describen las condiciones de las gestantes adolescentes críticamente enfermas atendidas en UCI, y en la Universidad Estadual de Campinas se realiza un trabajo⁽²⁴⁾ institucional y con poblaciones describiendo este evento como objeto de la vigilancia.

A partir del año 2006 la FLASOG con el apoyo de OMS-OPS-CLAP, ha venido promoviendo la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas para lo cual estimuló reuniones de consenso, que permitieron establecer la denominación del evento como "Morbilidad Materna Extrema" y concertar los criterios para la identificación de casos.

Con base en estos desarrollos se definió una metodología que fue implementada a nivel Centroamericano por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología-FECASOG, aplicada en 16 hospitales de seis países de Centroamérica y a nivel

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 6 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

Latinoamericano por FLASOG, aplicada en 19 hospitales de 9 países del área. Estas experiencias han generado una línea de base, que permite caracterizar el evento e identificar las causas asociadas al mismo, reconociendo las patologías que comprometen de manera importante la salud materna de las gestantes Latinoamericanas (15-16-24)

Panorama nacional

Con base en los desarrollos que se venían gestando en el mundo y en Latinoamérica, en Colombia especialmente la ciudad de Cali, participó en la definición de la metodología implementada a nivel Centroamericano por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y a nivel Latinoamericano por FLASOG.

Como antecedente importante en el marco de convenios suscritos entre el Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, fueron desarrolladas las siguientes acciones:

- En 2007, se realizó una prueba piloto para la validación de la propuesta metodológica de una estrategia que facilitara la implementación de un sistema de vigilancia y control de la Morbilidad Materna Extrema en cinco direcciones territoriales de salud (Caldas, Cesar, Meta, Nariño y Santander)
- En 2008 se extendió esta iniciativa a otras diez direcciones territoriales (Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Magdalena, Quindío, Tolima, Risaralda y Valle).
- En el 2009 se realizaron acciones de afianzamiento en las 15 DTS capacitadas en 2007 y 2008.
- En el año 2010 se capacitó en la Metodología a las 18 DTS que no habían sido involucradas en la fase inicial del convenio (Guajira, Bolívar, Atlántico, Sucre, Córdoba, Antioquia, Choco, Cauca, Putumayo, Arauca, Guaviare, Vaupés, Vichada, Amazonas, Casanare, Guainía, Caquetá y San Andrés), garantizándose la difusión de la iniciativa en todo el territorio nacional.
- El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de común acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), en cumplimiento con las metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y con las metas del milenio, en 2010 decidieron incluir la vigilancia y control de la morbilidad materna extrema como una estrategia prioritaria para contribuir con la reducción de la mortalidad materna evitable en Colombia
- En el año 2011, durante el periodo Julio-octubre el INS desarrolló la prueba piloto de la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en 7 entidades territoriales (Bogotá, Cartagena, Caldas, Nariño, Santander, Valle del Cauca y Meta), lo que facilitó la identificación de fortalezas y debilidades del proceso y posteriormente realizar los ajustes y mejoramiento al protocolo para ser implementado a nivel nacional.
- Para el 2012 el INS implementara la vigilancia y control de la morbilidad materna extrema en todo el territorio nacional a través de socialización y capacitación a todos los actores responsables de la estrategia de vigilancia centinela.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 7 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

5.2 Estrategia

5.2.1 Vigilancia Centinela

En la vigilancia en salud pública de la MME se empleará la **vigilancia centinela**, la cual operará en las UPGD seleccionadas para cada entidad territorial, se deberá realizar la identificación inmediata y notificación rutinaria semanal de la paciente que cumple con al menos un criterio de inclusión de MME, así como la búsqueda activa de casos.

Para facilitar la identificación de casos se empleará la ficha de tamizaje de MME (Anexo 1), cuando se identifique el caso de MME se alertará al sistema de vigilancia y los diferentes servicios involucrados en la atención de la mujer con riesgo aumentado de morir, con el fin de resolver de manera diligente su condición y evitar la progresión de su caso hacia mortalidad materna o perinatal, el grupo médico y paramédico encargado del manejo clínico son actores fundamentales para la identificación de la MME como evento anticipatorio.

Criterios de selección de las UPGD centinela

Para la vigilancia Centinela de la MME estarán incluidas:

- Toda IPS de carácter pública con servicios de ginecoobstetricia de alta y mediana complejidad.
- Aquellas IPS privadas con servicios de ginecoobstetricia de alta y mediana complejidad que atiendan la mayor parte de la población obstétrica de la entidad territorial y que sean centros de referencia para el manejo de complicaciones obstétricas, se tendrá prioridad por las IPS privadas que presenten la mayoría de casos de Mortalidad Materna en los últimos años dentro de la entidad territorial.

La **Vigilancia Rutinaria** se realizará través de la notificación semanal obligatoria al SIVIGILA del 100% de los casos identificados como MME en las UPGD Centinelas, mediante el diligenciamiento de la ficha de notificación del evento 549 (Anexo 2) y su notificación a través del SIVIGILA

Para garantizar el seguimiento integral de las mujeres que requieren intervenciones y/o tratamientos adicionales luego de la MME las UPGD centinelas enviarán a las EAPB y a la Unidad Notificadora Municipal de manera semanal con la notificación, la información de aquellos casos identificados durante la atención como pacientes MME que requieran atención ambulatoria por ginecobstetricia u otra especialidad médica, en búsqueda de una intervención oportuna, y mejoramiento de las condiciones de sobrevivida.

La **Búsqueda Activa** de casos de MME es una actividad que la UPGD realizará con periodicidad **mensual**, con el objeto de identificar casos no notificados al momento del egreso y validar información de diferentes fuentes dentro de la institución. La entidad territorial hará esta actividad con periodicidad **trimestral** con el objeto de evaluar concordancia y cumplimiento en el proceso de vigilancia y notificación del evento.

La actividad de búsqueda activa (Anexo 5 y 6), contempla

- La revisión mensual de los libros de ingreso y egreso hospitalario (servicio de obstetricia, urgencias y unidad de cuidado intensivo), libros de procedimientos (Quirófano) y de registros en los bancos de sangre o servicios transfusionales y de

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 8 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

resultado de pruebas de laboratorio a nivel institucional, en búsqueda de casos probables de MME no notificados de manera rutinaria.

- Búsquedas activas institucionales en el registro individual de prestación de servicios (RIPS) para identificar diagnósticos relacionados con la morbilidad materna extrema.
- Búsqueda en procesos de auditoría de las Aseguradoras para identificar probables casos de morbilidad extrema
- Diligenciamiento de fichas y notificación de los casos de MME identificados por la búsqueda activa e informe a las EAPB para su respectivo seguimiento.

5.3. Información y configuración del caso

5.3.1 Definición operativa del caso

La morbilidad materna extrema es definida como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”. (FLASOG)

Las UPGD notificarán un **caso de morbilidad materna extrema** en presencia de enfermedad que ocurra en una mujer durante la gestación, el parto o los primeros 42 días postparto y que tenga al menos uno de los siguientes criterios de inclusión (tabla 1):

- relacionados con diagnóstico o enfermedad específica.
- relacionados con el manejo.
- relación con disfunción o falla orgánica.

Lo anterior, de acuerdo a las definiciones y criterios propuestos por la FLASOG y asumida en la metodología de vigilancia de la morbilidad materna extrema definida para Colombia en el documento metodológico del MSPS ⁽²⁵⁾.

Tabla 1. Criterios de definición de caso para morbilidad materna extrema

Criterio		
Relacionado con enfermedad específica:	Relacionado con manejo	Relacionado con falla orgánica:
Eclampsia	Necesidad de transfusión (de 3 o más unidades de cualquier derivado sanguíneo)	Disfunción cardiaca
Choque hipovolémico		Disfunción vascular
Choque séptico	Necesidad de UCI	Disfunción Renal
	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia	Disfunción Hepática
		Disfunción Metabólica
		Disfunción Cerebral

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 9 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

		Disfunción Respiratoria Disfunción de la coagulación
--	--	---

Tabla 2 Descripciones para la identificación de casos de MME de acuerdo con los criterios de inclusión

Criterio		Definición operativa
Relacionado con enfermedad específica	Eclampsia	Presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológico identificado.
	Choque séptico	Estado de hipotensión (TAS <90 – TAD<60) inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica.
	Choque hipovolémico	Estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.
Relacionada con disfunción orgánica	Cardiaca	Paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador
	Vascular	<p>Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología(séptico o hipovolémico)</p> <p>Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg, índice cardíaco >3.5 L /min.m2, llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo</p> <p>TAS >160 o TAD>110 persistente por más de 20 minutos</p>
	Renal	Deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o

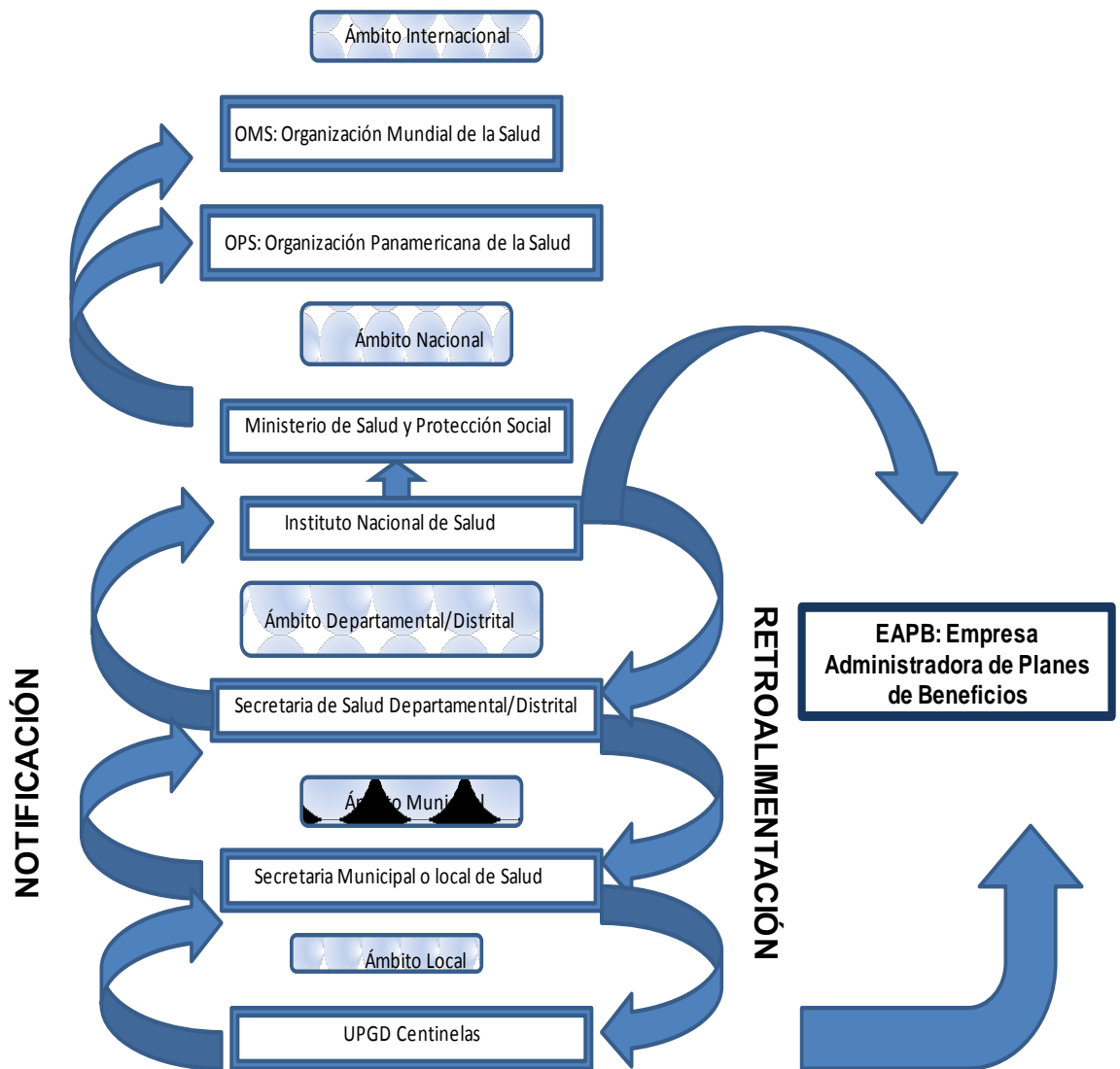
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 10 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

		elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria (<0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico
	Hepática	Alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, o elevación de LDH ≥600 UI/L,
	Metabólica	Aquella que corresponde a comorbilidades como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia >200mmol/L, hiperglicemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes.
	Cerebral	Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, lesiones hemorrágicas o isquémicas
	Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no
	Coagulación	Criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).
Relacionada con manejo	Necesidad de transfusión	Indicación de transfusión de tres o más unidades de cualquier componente sanguíneo ante evento agudo
	Necesidad de UCI	Indicación para ingreso a UCI, diferente al indicado para estabilización hemodinámica electiva
	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia	Procedimientos diferentes a legrado, parto o cesárea, practicados para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 11 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

5.4. Proceso de vigilancia

5.4.1. Flujo de la información



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 12 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

5.4.2. Notificación

Actividad	Responsable	Periodicidad
Identificación y configuración del caso de MME. Diligenciamiento ficha tamizaje	Médico responsable del diagnóstico clínico y el manejo de la gestante.	Inmediato
Alerta al sistema sobre la presencia de evento de MME para manejo específico de su patología según guías de manejo de la MME	Médico responsable del diagnóstico clínico y el manejo de la gestante	Inmediato
Diligenciamiento de ficha de notificación al ALTA hospitalaria de la paciente.	Médico responsable del ALTA hospitalaria de la paciente	Al alta hospitalaria
Digitación y envío de archivo plano desde la UPGD hacia la UNM según lineamiento SIVIGILA 2012.	Responsable de vigilancia epidemiológica institucional	Semanal
Aplicación de entrevista al 100% de los casos de MME Consolidación, digitación y envío de archivo junto con la notificación según lineamientos SIVIGILA 2012	Personal de salud entrenado para la actividad, en la institución.	Al egreso hospitalario Semanalmente (con la Notificación)
Envío de listado de pacientes MME a sus EAPB para su seguimiento, con copia a UNM	UPGD (apoyo de la UNM en caso de presentar inconvenientes en la comunicación).	Semanal (con la notificación)
Consolidación de información de UPGD del municipio y localidades y envío de archivo plano departamento o distrito según lineamiento SIVIGILA 2012.	Responsable de vigilancia epidemiológica municipal	Semanal
Consolidación de información de municipios y UPGD del departamento y distrito y envío de archivo plano al INS según lineamiento SIVIGILA 2012.	Responsable de vigilancia epidemiológica distrital o departamental	Semanal
Búsqueda Activa Institucional - correlación de información con la obtenida por vigilancia rutinaria	Vigilancia Epidemiológica de la UPGD y entidad territorial local	Mensual UPGD Trimestral para Entidad Territorial Local
U. de análisis institucional (colectivo e individual), resultados de BAI, concordancia de casos UPGD, cálculo e interpretación de indicadores, socialización institucional, envío de informe de reunión al Municipio o localidad	Responsable de vigilancia epidemiológica de UPGD, con participación de equipo multidisciplinario	Mensual

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 13 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

U. de análisis municipales (colectivo e individual), resultados de BAI, concordancia de casos UPGD, calculo e interpretación de indicadores, socialización municipal, envío de informe de reunión al Departamento o Distrito	Responsable de vigilancia epidemiológica de Municipio, con participación de equipo multidisciplinario	Trimestral
U. de análisis territoriales (colectivo e individual), calculo e interpretación de indicadores, retroalimentación a EPS (solicitud de resultados de seguimientos a pacientes MME) e IPS – Envío de informe al INS	Área de vigilancia en salud pública Municipal, Distrito o Departamento	Semestral
U. de análisis nacional (colectivo), Calculo e interpretación de indicadores, Evaluación de la VEMME a los ET - UPGD- EAPB y tomadores de decisiones.	INS	Semestral

Notificación individual y semanal

Las **UPGD centinelas**, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar al SIVIGILA el 100% de los casos de MME con el código de Evento 549, con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en este protocolo.

La UPGD, el municipio y el departamento deben velar por el correcto y completo diligenciamiento de la ficha de notificación, de acuerdo con lo recomendado en el instructivo de diligenciamiento de la ficha (Anexo 3)

Los datos deben estar contenidos en archivos planos con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información de SIVIGILA 2012 para la notificación de eventos de interés en salud pública del INS y MSPS

Los ajustes a la información de casos de la vigilancia centinela de MME se deben realizar a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

Para la notificación de los casos de MME se tendrá en cuenta los parámetros establecidos por el Código Internacional de Enfermedades (CIE10) para los eventos de morbilidad o mortalidad:

- Causa principal de la morbilidad o mortalidad (CIE 10): la afección o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos. Deberá asignarse el diagnóstico de conformidad con lo establecido en la CIE 10.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 14 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

- Causa principal agrupada (CIE10): corresponde a la clasificación Sindromática de la condición causal.
- Otras causas (CIE 10): aquellas afecciones que coexistieron o se desarrollaron durante el proceso de atención y afectaron el tratamiento de la gestante. No se deben registrar las afecciones anteriores padecidas por la gestante que no incidan en el episodio actual.

5.5. Análisis de datos

5.5.1 Indicadores

El comportamiento de los indicadores permite realizar seguimiento y evaluación del impacto de las intervenciones, así como concentrar los esfuerzos en áreas críticas. Para facilitar la medición y análisis de los indicadores estos se llevarán en programa Excel. A continuación se describen cada uno de ellos:

Nombre del Indicador	Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME)
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Indica el nivel de MME. Prevalencia</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evaluar el aporte de la morbilidad en la atención de las gestantes</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número de MME certificadas en el periodo Denominador: número de nacidos vivos dentro del mismo periodo en donde se certificaron las MME. UPGD: nacidos vivos institucionales Ente territorial según nivel (municipal, distrital o departamental).</i>
Coficiente de multiplicación	<i>1000</i>
Interpretación del resultado	<i>Porcentaje de casos de MME que ocurren por cada cien nacidos vivo en la UPGD, Municipio, Distrito o Departamento durante el periodo evaluado.</i>
Meta	<i>Menor de 8 x 1000 nacidos vivos</i>

Nombre del Indicador	Índice de mortalidad
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Indica letalidad en las mujeres con MME</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa calidad de atención</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número casos de muertes materna certificadas en el periodo</i>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 15 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

	<i>Denominador: número casos de muerte materna más número de MME, certificadas en el mismo periodo.</i>
Coeficiente de multiplicación	100
Interpretación del resultado	<i>Porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME</i>
	<i>Menor de 4 x 100</i>

Nombre del Indicador	Relación MME / Muerte Materna
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Letalidad.</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa calidad de atención</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número de MME certificadas en un periodo Denominador: número de muertes maternas certificados en el mismo periodo.</i>
Coeficiente de multiplicación	
Interpretación del resultado	<i>Número de casos de MME por cada caso de muerte materna.</i>
Meta	<i>Menor de 35</i>

Nombre del Indicador	Índice de mortalidad perinatal en MME
Tipo de indicador	<i>Impacto</i>
Definición	<i>Indica letalidad perinatal en las mujeres con MME</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa calidad de atención, oportunidad de respuesta para la reducción de la Mortalidad fetal</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número de muertes perinatales de casos MME certificadas en un periodo Denominador: número de casos de MME</i>
Coeficiente de multiplicación	100
Interpretación del resultado	<i>Porcentaje de muertes fetales por cada cien casos de MME</i>

Nombre del Indicador	Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Severidad de la MME.</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa impacto de intervenciones y acciones en los</i>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 16 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

	<i>diferentes niveles de complejidad</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número de casos MME con tres o más criterios de inclusión certificadas en un periodo</i> <i>Denominador: número total de casos de MME (sin importar el número de criterios)</i>
Coeficiente de multiplicación	100
Interpretación del resultado	<i>Porcentaje de MME con alto grado de compromiso en la salud (3 o más criterios).</i>

Nombre del Indicador	Índice de mortalidad por causa principal
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Indica letalidad en las mujeres con MME por causa específica.</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual)</i> <i>Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa calidad de atención de la patología en particular.</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número de casos muerte materna por una causa específica, certificadas en un periodo</i> <i>Denominador: número de muertes maternas asociadas a una causa más número de MME por la misma causa, certificada en el mismo periodo.</i>
Coeficiente de multiplicación	100
Interpretación del resultado	<i>Porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME asociadas a una causa específica</i>

Nombre del Indicador	<i>Relación MME / Muerte Materna por causa principal</i>
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Indica severidad por causas específicas.</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual)</i> <i>Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa calidad de atención de la patología en particular.</i>
Definición operacional	<i>Numerador: número de MME asociados a una causa certificadas en un periodo</i> <i>Denominador: número de muertes maternas asociadas a la misma causa de MME certificadas en el mismo periodo.</i>
Coeficiente de multiplicación	NA
Interpretación del resultado	<i>Número de casos de MME por cada caso de muerte materna de una causa principal</i>
Meta	<i>Mayor de 35</i>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 17 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

Nombre del Indicador	Relación criterios / caso por causa principal
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Refleja la severidad y el grado de compromiso en la salud materna.</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa el impacto de las intervenciones y acciones</i>
Definición operacional	<i>Numerador: sumatoria de criterios de inclusión relacionados en los casos, según causa principal certificados en un periodo Denominador: numero de MME asociados a la causa principal certificados en el mismo periodo</i>
Coeficiente de multiplicación	<i>NA</i>
Interpretación del resultado	<i>Número de criterios de inclusión por cada caso de MME según causa.</i>
Meta	<i>Menor de 5</i>

Nombre del Indicador	Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión por causa principal
Tipo de indicador	<i>Resultado</i>
Definición	<i>Severidad de la MME por causa principal</i>
Periodicidad	<i>UPGD (Mensual) Ente territorial (Trimestral)</i>
Propósito	<i>Evalúa impacto de intervenciones y acciones</i>
Definición operacional	<i>Distribución de casos de MME según criterios de inclusión por causa principal.</i>
Coeficiente de multiplicación	<i>100</i>
Interpretación del resultado	<i>Porcentaje de MME con tres o más criterios según causa</i>

5.6. Orientación para la acción

5.6.1. Acciones Individuales

Las acciones individuales están orientadas a evitar la progresión de los casos de MME y garantizar a la mujer sobreviviente y su hijo un adecuado seguimiento y manejo de su salud sexual y reproductiva posterior (necesidades de planificación familiar, consultas de seguimiento, medicamentos o patrones de medicación, alimentación o cuidados especiales de acuerdo con las secuelas presentes, etc.), así como coordinación con el responsable de aseguramiento para garantizar el cubrimiento de sus necesidades en salud y protección., entre otros mediante:

- Identificación del caso de MME, diligenciamiento de la ficha de tamizaje con al menos un criterio clínico para alertar a los encargados del diagnóstico y manejo de la paciente sobre los cuidados que requiera para evitar su progresión a muerte o discapacidad.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 18 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

- Configuración del caso, diligenciamiento de ficha de notificación, entrevista a sobreviviente y su familia, comités de análisis, elaboración de plan de mejoramiento y seguimiento a los mismos que permita conocer el comportamiento de la MME y las medidas institucionalizadas para su prevención.
- Identificar necesidades de la sobreviviente y su familia, para ofrecer el apoyo en procesos de recuperación, rehabilitación y facilitar su articulación con las redes sociales institucionales e intersectoriales requeridas – (servicio de obstetricia, trabajo social institucional y aseguradores), que incluye seguimiento de la sobreviviente por medio de la articulación con las EAPB para garantizar oportunidad e integridad en las actividades de promoción y prevención, tratamiento de morbilidad persistente y de rehabilitación en caso de secuelas que lo ameriten
- Estructuración de redes de apoyo: reforzar la participación del grupo familiar en autocuidado, apoyo de entidades con alternativas de mejoramiento de las condiciones de vida de las familias ej: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Entrevista a la sobreviviente

La aplicación de la entrevista es una actividad a cargo de la UPGD que resuelve la condición de la paciente, la cual debe ser realizada por personal capacitado para tal fin con manejo técnico y abordaje del duelo personal y familiar, esta se realizara a las pacientes que han sido seleccionadas para llevar a las unidades de análisis según criterios de severidad y vulnerabilidad (Adolescentes extremas, es decir menor de 14 años o hasta los 19 años si no hay adolescentes tempranas, pacientes con mayor numero de criterios de inclusión o con ingreso a UCI y aquellas en situación de vulnerabilidad como desplazadas).

En caso de que la paciente no pueda responder, se podrá realizar al compañero o esposo, con algún familiar, preferentemente una mujer (madre o hermana), o con los convivientes de la MME, que puedan aportar datos sobre la ruta crítica que siguió la madre desde el inicio de su embarazo, así como sobre su condición psicoafectiva, social, económica, cultural, educativa, familiar y en general de todo su entorno

La entrevista incluye la exploración de las situaciones médicas y no médicas relacionadas con el proceso de MME, acceso, uso de los servicios de salud, calidad de los procedimientos desarrollados y los servicios prestados, así como los aspectos sociales y de redes involucrados en el caso.

Comités de análisis de casos de morbilidad materna extrema

El análisis de la morbilidad materna extrema debe ser coordinado por el sector salud mediante los **comités**, con la obligatoria participación de todos sus miembros. Es una instancia de análisis de información en torno a cada caso de MME, cuyo objetivo es tipificar el caso, identificar factores médicos y no médicos predisponentes y agravantes en la ocurrencia de estos eventos, e identificar puntos críticos de intervención para el mejoramiento continuo de los servicios de obstetricia.

Los análisis de los casos se enmarcaran en la cultura y los principios de la seguridad clínica de la paciente, como parte del conjunto de herramientas gerenciales para la búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad de la atención obstétrica y perinatal, con el enfoque integral de las acciones seguras para la provisión de la atención, destacando los incidentes o eventos adversos como oportunidades para el cambio.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 19 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

Las unidades de análisis se desarrollarán en el contexto de no culpabilidad, de ningún modo la información y conclusiones obtenidas en este comité serán sustento de procesos legales o disciplinarios, pues estas son competencias de otras instancias o comités del sistema de garantía de calidad, auditoría médica y las entidades de control del sistema.

Con base en la información obtenida mediante estas herramientas se elaborará un plan de mejoramiento institucional, que será objeto de evaluación y seguimiento por parte del comité o grupo líder de calidad de las IPS - EPS y en el ente territorial por quien desarrolle las acciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre la(s) UPGD.

Insumos y actores para la realización del comité de análisis de casos

Comité Institucional de análisis de casos de morbilidad materna extrema

Periodicidad

Mensual

Insumos:

Bases de datos de MME en la UPGD durante el periodo analizado
 Fichas de tamizaje y notificación de MME
 Historia clínica completa de manejo de MME
 Entrevista a la gestante
 Informes de auditoría clínica

Participantes

- Gerente o director de la IPS
- Subdirector Científico o quien haga sus veces
- Coordinador del área de gineco-obstetricia.
- Coordinador de área de calidad
- Coordinador del área de auditoría médica
- Coordinador de epidemiología
- Coordinación de Enfermería
- Coordinación del Laboratorio
- Coordinación de banco de sangre y servicios transfusionales.
- Personal asistencial del servicio de obstetricia
- Personal asistencial de otras áreas en las que se prestó atención (UCI, Quirófano, urgencias, etc.).
- Representante de EAPB cuyas afiliadas hayan sufrido MME, con capacidad para tomar decisiones

Metodología

Será convocado por el responsable de vigilancia epidemiológica de la IPS.

El **análisis colectivo** determinará el comportamiento en el número de casos, las características sociodemográficas, las causas agrupadas, los criterios de inclusión y los resultados perinatales, y permitirá el cálculo de los indicadores de MME, La construcción y análisis de indicadores debe incluir la información obtenida en la búsqueda activa institucional, se calcularán con ayuda de la herramienta de Excel diseñada para este fin.

El **análisis individual** pretende evaluar puntos críticos puntuales como oportunidades para el mejoramiento.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 20 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

Se analizarán **cinco casos mensuales**, priorizando aquellos que ingresan a unidad de cuidado intensivo o tienen más de tres criterios de inclusión, se incluirá al menos un caso ocurrido en adolescentes tempranas (menor de 14 años) o menor de 19 años si no hay adolescentes tempranas. Si se presenta menos de cinco casos durante el mes, se analizará el 100%.

Se hará presentación de cada uno de los casos incluyendo información relacionada con las redes de apoyo familiar y social, antecedentes personales y obstétricos, características del control prenatal, y atenciones de urgencia durante la gestación y de la atención de la morbilidad extrema (con la información disponible en la institución). Se podrá hacer un resumen siempre y cuando no se omita información que ayude a identificar los riesgos asociados a la morbilidad materna, se deberá leer y analizar la entrevista a la sobreviviente, los análisis se realizarán por la metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras) (ver anexo 7).

Productos:

- Resumen de cada uno de los casos de MME: analizados, (Con la información disponible en la IPS)
- Revisión de base de datos, concordancia con búsqueda activa
- Perfil de MME por causalidad y características sociodemográficas
- Construcción y análisis de indicadores.
- Análisis de la capacidad de respuesta institucional a la emergencia obstétrica, los procesos de articulación y efectividad del sistema de referencia y contra referencia.
- Acta y Plan de mejoramiento Institucional articulado con todos los actores.

Comité Municipal de análisis de morbilidad materna extrema

Periodicidad

Trimestral

Insumos:

- Base de datos de MME en el municipio durante el periodo analizado
- Historia clínica completa desde la etapa pregestacional hasta el evento de MME de los casos seleccionados de MME del municipio
- Caracterización del comportamiento de los indicadores de MME a nivel de las UPGD centinelas
- Resumen de comportamiento de la MME por causas directas e indirectas de cada una de las UPGD centinelas
- Consolidado de entrevistas a la gestante
- Resultado de búsquedas activas institucionales
- Planes de mejoramiento institucionales que describan los productos planteados en el análisis institucional.

Participantes

- Responsable de la vigilancia en salud pública del municipio.
- Representante de garantía de la calidad del municipio.
- Responsable del CRUE municipal.
- Representante del área de aseguramiento municipal.
- Representante de Inspección, Vigilancia y Control municipal

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 21 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

- Representante del área de acciones en salud municipal.
- Gerente o administrador de IPS que ofertan servicios de mediana y alta complejidad en el municipio
- Coordinación de banco de sangre y servicios transfusionales.
- Coordinador Laboratorio
- Subdirector científico o coordinador médico del área de obstetricia de cada una de las IPS que prestan servicios de obstetricia
- Auditor médico de las UPGD centinela con casos de MME
- Representante de EAPB cuyas afiliadas hayan sufrido MME, con capacidad para tomar decisiones

Metodología

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica del municipio.

El **análisis colectivo** determinará el comportamiento en el número de casos, las características sociodemográficas, la procedencia del caso, las causas agrupadas, los criterios de inclusión y los resultados perinatales, y permitirá el cálculo de los indicadores de MME, del municipio y las UPGD para comparar su comportamiento.

El **análisis individual** pretende evaluar puntos críticos puntuales como oportunidades para el mejoramiento, el análisis territorial incluirá la información proveniente de las IPS donde recibió atención pregestacional o durante el control prenatal, recolectada por la entidad territorial, el objetivo de esta unidad es identificar los puntos críticos relacionados con la presentación de la MME con la misma metodología empleada a nivel institucional, pero con la participación interinstitucional e intersectorial relacionado con la salud materno perinatal de la entidad territorial

se seleccionaran aquellas UPGD centinelas que atiendan en conjunto la mayor parte de la población materna, que presenten la mayoría de casos de Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema, y quienes tengan el comportamiento menos favorable de sus indicadores en el ente territorial.

Cada municipio debe hacer el análisis de:

- Cinco casos en el trimestre en las entidades territoriales con 1 a 7 UPGD centinelas.
- Ocho casos en el trimestre en las entidades territoriales con 8 a 15 UPGD centinelas.
- Diez casos en el trimestre en las entidades territoriales con 16 y mas UPGD centinelas.

Productos:

- Resumen de comportamiento de la morbilidad materna extrema por causas agrupadas, directas e indirectas
- Comportamiento de los indicadores de morbilidad materna extrema durante el periodo evaluado, comparación con el periodo inmediatamente anterior.
- Resumen de caso de MME: aspectos socio demográfica y cronología de los eventos relacionados con la atención preconcepcional, la gestación y la morbilidad
- Clasificación por criterios de inclusión.
- Identificación de retrasos en la atención en el municipio
- Evaluación de la gestión a los planes de mejoramiento a nivel institucional
- Actas y planes de mejoramiento a nivel municipal.
- Evaluación de concordancia de análisis institucional y COVE municipal
- Análisis de la capacidad de respuesta institucional a la emergencia obstétrica, los procesos de articulación y efectividad del sistema de referencia contra referencia

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 22 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

- Acta y Plan de mejoramiento municipal articulado con todos los actores.

Comité Departamental o Distrital de análisis de casos de morbilidad materna extrema

Periodicidad

Semestral

Insumos:

- Bases de datos de MME en el distrito o departamento durante el periodo analizado
- Historia clínica completa desde la etapa pregestacional hasta el evento de MME de los casos seleccionados de MME del departamento o distrito
- Indicadores de MME de cada una de las localidades, municipios y UPGD centinelas
- Resumen de comportamiento de la MME por causas directas e indirectas de cada una de los municipios
- Caracterización del comportamiento de los indicadores de MME en el nivel departamental.
- Consolidado de entrevistas a la gestante
- Actas y planes de mejoramiento resultado de los análisis de morbilidad realizados en el nivel municipal
- Informes de funcionamiento de Sistema de Referencia y Contrareferencia departamental y municipal

Participantes

- Secretaria(o) o Director(a) del ente territorial departamental
- Responsable de la vigilancia en salud pública del departamento
- Equipo de salud sexual y reproductiva del departamento
- Responsable de prestación de servicios
- Responsable de aseguramiento
- Representante de garantía de la calidad: Inspección, vigilancia y control.
- Responsable del CRUE Departamental
- Coordinación de banco de sangre y servicios transfusionales.
- Coordinador laboratorio
- Ginecobstetra Asesor
- Docente de Hospital Universitario del departamento
- Representantes de las EAPB a nivel departamental

Metodología

Será convocado y coordinado por el responsable de vigilancia epidemiológica del departamento

El **análisis colectivo** determinará el comportamiento en el número de casos, las características sociodemográficas, la procedencia de los casos, las causas agrupadas, los criterios de inclusión y los resultados perinatales, y permitirá el cálculo de los indicadores de MME, para el departamento /distrito, los municipios y las UPGD para comparar su comportamiento, que permitirá la caracterización del evento y la búsqueda del mejoramiento en la situación epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal de la región, a través de la obtención de los indicadores, permitiendo la implementación y desarrollo de acciones de prevención y control a los niveles individuales y poblacionales.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 23 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

En esta instancia es importante realizar **análisis individual** para evaluar los factores de riesgo de cada caso, los factores asociados a los servicios de salud y llevar a cabo acciones de inspección, vigilancia y control reorientando la prestación de los mismos con base a las falencias detectadas en cuanto a la oportunidad, suficiencia y calidad de la prestación del servicio de salud

Se analizarán los casos de los municipios, localidades y UPGD con mayor número de casos de MME, mayor número de casos de Mortalidad Materna, Indicadores de MME menos favorables, se empleará la misma metodología de análisis de comité institucional.

Cada Distrito o departamento debe hacer el análisis de:

- Cinco casos en el trimestre en las entidades territoriales con 1 a 7 UPGD centinelas.
- Ocho casos en el trimestre en las entidades territoriales con 8 a 15 UPGD centinelas.
- Diez casos en el trimestre en las entidades territoriales con 16 y mas UPGD centinelas.

Productos:

- Resumen de comportamiento de la morbilidad materna extrema por causas directas e indirectas.
- Clasificación por criterios de inclusión.
- Identificación de retrasos en la atención en el municipio
- Comportamiento de los indicadores de morbilidad materna extrema durante el periodo evaluado, comparación con el periodo inmediatamente anterior
- Análisis de la capacidad de respuesta institucional a la emergencia obstétrica, los procesos de articulación y efectividad del sistema de referencia contra referencia
- Evaluación de la gestión a los planes de mejoramiento a nivel institucional y municipal.
- Análisis de la capacidad de respuesta institucional a la emergencia obstétrica, los procesos de articulación y efectividad del sistema de referencia contra referencia
- Tipificación de la red de prestadores de su entidad territorial (integración de la red de prestadores)
- Actas y planes de mejoramiento a nivel departamental

Comité Nacional de análisis de casos de morbilidad materna extrema

Periodicidad

Semestral

Insumos:

- Base de datos Nacional durante el periodo analizado)
- Resumen de comportamiento de la MME por causas directas e indirectas de cada uno de los departamentos
- Caracterización del comportamiento de los indicadores de MME en el nivel departamental
- Consolidado de entrevistas a la gestante.
- Comportamiento de los indicadores de MME durante el periodo evaluado, comparación con el periodo inmediatamente anterior.
- Evaluación de la gestión a los planes de mejoramiento a nivel territorial
- Tipificación de la red de prestadores por regionales (informe de acciones e intervenciones en pro de la integración de la red de prestadores de servicios de salud por región)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 24 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

- Análisis de la capacidad de respuesta territorial y regional a la emergencia obstétrica, los procesos de articulación y efectividad del sistema de referencia contra referencia

Participantes

- Ministerio de Salud y Protección Social
 - o Salud pública
 - o Garantía de calidad
 - o Análisis y Política de Recurso Humano en Salud)
- Instituto Nacional de Salud
- Superintendencia Nacional de Salud
- Representante de las Sociedades científicas reconocidas del país con injerencia en procesos de maternidad segura FECOLSOG – ACOFAEN – ACMI (asociación Colombiana de medicina interna) – AMCI (asociación colombiana de medicina critica y cuidado intensivo).
- Representante de asociaciones relacionadas con la formación del recurso humano (decanos de facultades de salud en medicina y enfermería)
- Representante de ONG y agencias de cooperación internacional (UNFPA OPS, UNICEF, MDG).
- Entidades territoriales
- DANE – DNP
- Centro Nacional de Enlace
- Representante de EAPB

Metodología

Será convocado y coordinado por el INS

El **análisis colectivo** determinará el comportamiento en el número de casos, las características sociodemográficas, la procedencia de los casos, las causas agrupadas, los criterios de inclusión y los resultados perinatales, y permitirá el cálculo de los indicadores de MME, para la nación, facilitará la caracterización del evento y la búsqueda del mejoramiento en la situación epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal del país permitiendo la implementación y desarrollo de acciones de prevención y control a los niveles individuales y poblacionales

Productos:

- Resumen de comportamiento de la morbilidad materna extrema a nivel nacional.
- Comportamiento de los indicadores de morbilidad materna extrema durante el periodo evaluado, comparación con el periodo inmediatamente anterior
- Evaluación de la gestión a los planes de mejoramiento a nivel territorial
- Compromisos por las entidades e Instituciones participantes para el mejoramiento continuo de los servicios de obstetricia y de la calidad de vida de la gestante y sus familias y su aporte para el logro de los objetivos del nuevo milenio
- Comportamiento de indicadores de proceso, incluidos el de concordancia entre unidades de análisis a diferente nivel.
- Plan de Mejoramiento Nacional

Elaboración del Plan de mejoramiento

El plan de mejoramiento contiene una serie de actividades de intervención a nivel institucional, interinstitucional, intersectorial y territorial, que se deberán ejecutar con el objeto de evitar que

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 25 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

se repitan las condiciones médicas y no médicas que llevaron a la MME, luego de ser identificadas en los Comités de Análisis de MME, para evitar que se presente un nuevo un caso con similares condiciones (Anexo 8)

Las acciones planteadas serán coherentes con el ámbito del análisis, a nivel institucional se revisarán los procesos intrainstitucionales, y se plantearán acciones concretas para corregir puntos críticos que favorecieron la progresión del caso hasta MME, las condiciones identificadas por factores extrainstitucionales serán llevadas a comité territorial, se evaluarán puntos críticos en los diferentes niveles de atención, así como los diferentes sectores que se involucran en la salud integral de la mujer, estará dirigido a que la autoridad sanitaria territorial implemente actividades intersectoriales conducentes a evitar que problemas relacionados con aspectos sociales, políticos, de infraestructura y logísticos sean parte causal de la morbimortalidad materna y perinatal, se realizara además un seguimiento a las EAPB para el fortalecimiento de actividades que mejoren el acceso, oportunidad y calidad de los servicios.

Para cada una de las actividades plasmadas en el plan de mejoramiento, se deberá identificar claramente el responsable de su ejecución, las actividades, y su ubicación en tiempo y lugar incluyendo los plazos de ejecución, además del responsable de el seguimiento al cumplimiento de dichas acciones en todos los niveles, este seguimiento se hará por parte de las oficinas de control intrainstitucional, y de las entidades territoriales, y nacionales (Ver anexo 8).

5.6.2. Acción Colectiva

Análisis agrupado de los casos

Se debe realizar el análisis agrupado de los casos, tratando de caracterizar el evento en los aspectos sociodemográficos como la distribución de casos por edad, etnia, aseguramiento en salud, los antecedentes maternos como el numero de gestaciones y el periodo intergenésico, los resultados perinatales como el evento mortalidad perinatal asociado, el peso al nacer, la georreferenciación de los casos según procedencia, el lugar de atención del evento obstétrico y lugar de referencia en caso de ser necesario, el comportamiento clínico de la MME según causas agrupadas y asociadas, la severidad de los casos de acuerdo a los criterios de inclusión y las intervenciones recibidas.

Como resultado del análisis colectivo se deben desplegar acciones de:

- Adopción de Medidas institucionales, mejoramiento de los servicios de atención obstétrica teniendo en cuenta los resultados de los comités de análisis, sus recomendaciones y lo establecido en los planes de mejoramiento.
- Disponibilidad de personal suficiente e idóneo para la atención obstétrica y que se adhiera a los flujogramas para el manejo de la MME de acuerdo a la última evidencia científica disponible.
- Participación del comité de vigilancia comunitaria (COVECOM) para la revisión, análisis, monitorización y evaluación de las acciones de mejoramiento en torno a la salud materno – perinatal a nivel municipal, distrital y departamental donde se analizará la información de indicadores disponibles y las condiciones de retrasos relacionados con la morbilidad materna extrema aportado por las entidades territoriales de salud.
- Las acciones colectivas deben estar integradas con la política nacional de salud sexual y reproductiva
- En los COVECOM territoriales liderados por el sector salud, con la participación multisectorial, y la presencia de gobernadores y alcaldes, primeras damas, secretarías de bienestar social, entidades territoriales, registraduría, representantes de sisben, responsables de albergues temporales, representantes de organizaciones sociales y

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 26 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

agrupaciones de mujeres, asociaciones de usuarios, representantes de organizaciones de parteras, representantes de minorías étnicas, secretarías de educación y desarrollo, ICBF y otras organizaciones del ámbito departamental, municipal o distrital que sea necesario convocar.

- Los planes de mejoramiento son una herramienta para generar acciones de impacto a nivel colectivo por lo cual, se deberán diseñar acciones con base en el análisis situacional de la mortalidad materna y perinatal.
- Se debe realizar evaluación y seguimiento del cumplimiento de los planes de mejoramiento en todos los niveles.

Detección permanente y seguimientos a gestantes

Las EAPB del régimen contributivo y subsidiado, las secretarías municipales y departamentales de salud, así como las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud tienen la competencia de realizar búsqueda activa permanente de gestantes, entre su población afiliada, para detectar a quienes no asisten al control prenatal; de igual forma deberán realizar el seguimiento estricto de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal del embarazo o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Los censos e instrumentos para el seguimiento deben contener información básica como fecha, número de identificación, nombres y apellidos, dirección completa en zona urbana y en zona rural con el mayor detalle para ser localizada en caso de ser necesario, teléfonos de contacto, aseguradora responsable, edad, semanas de gestación y riesgos; se deben cerrar las acciones de seguimiento con la información de los resultados maternos y perinatales, incluida la presentación o no de MME y de secuelas si se presentaren.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Sivalingam N, Looi K: Clinical experience with management of 'near-miss' cases in obstetrics. Med J Malaysia 1999, 54:496-503
2. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C: Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ 2001, 322:1089-1094.
3. Vandecruys HI, Pattinson RC, Macdonald: Severe acute maternal morbidity and mortality in the Pretoria Academic Complex: changing patterns over 4 years. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002, 102:6-10.
4. Stacie Geller, Deborah Rosenberg, Suzanne Cox. Defining a Conceptual Framework for Near-Miss Maternal Morbidity. J Am Med Womens Assoc 2002;57:135-139
5. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. Am J ObstetGynecol 2004; 191: 939-944.
6. Comité de Mortalidad materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2007
7. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss- towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res ClinObstetGynaecol 2009, 23: 287-96
8. Sahel A et al. Des catastrophes obstétricales évitées de justesse: les near miss dans les hôpitaux marocains [Obstetric catastrophes barely avoided: near misses in

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 27 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

- Moroccanhospitals]. Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones / Santé 2001; 11:229–235.
9. Stephens IA. ICU admissions from an obstetric hospital. Canadian Journal of Anaesthesia 1991; 38:677–681.
 10. Prual A, Huguet D, Gabin O, Rabe G: Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey (Niger). Afr J Reprod Health 1998, 2:10-19.
 11. Bouvier-Colle M-H, Varnoux N, Le groupe MOMS-B: Mortalité maternelle et morbidité grave dans trois régions françaises: résultats de MOMS, une enquête européenne multicentrique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001, 30:2S5-2S9.
 12. Kaye D, Mirembe F, Aziga F, Namulema B: Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. East Afr Med J 2003, 80:144-149.
 13. Gould DA, Butler-Manuel AS, Turner MJ, Carter PG: Emergency obstetric hysterectomy-an increasing incidence. J Obstet Gynaecol 1999, 19:580-583.
 14. Alsayali ARA, Baloul AMA: Emergency obstetric hysterectomy: 8-year review at Taif Maternity Hospital, Saudi Arabia. Ann Saudi Med 2000, 20:454-456
 15. Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S, Kudo R: Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. J Obstet Gynaecol Res 2000, 26:341-345.
 16. Loverro G, Greco P, Vimercati A, Nicolardi V, Varcaccio-Garofalo G, Selvaggi L: Maternal complications associated with caesarean section. J Perinat Med 2001, 29:322-326.
 17. Geller SE, Rosemberg D, Cox Suzanne. A scoring system identified near – miss maternal morbidity during pregnancy. Journal of Clinical Epidemiology 57 -2004 716-720
 18. Prual A, Huguet D, Garbin O, Rabe G. Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey (Niger). Afr J Reprod Health. 1998 Apr;2(1):10
 19. Kaye D, Mirembe F, Aziga F, Namulema B. Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. East Afr Med J. 2003 Mar;80(3):144-9
 20. João Paulo Souza, José Guilherme Cecatti ; Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss Cad. Saúde Pública vol.22 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2006
 21. Rodriguez-Iglesias G, Calzado JD, Riveiro LP: Experiencia de 12 años de trabajo la atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999, 25:141-14
 22. Sousa M, Cecatti J .Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance .Reproductive Health 2008, 5:6 doi:10.1186/1742-4755-5-6.
 23. Jarquim D y Col. Morbilidad materna extrema: las casi-muertas en la región Centroamericana. Julio a Diciembre de 2007 .
 24. Informe final tema obstétrico, XXVI Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología .FECASOG 2008.
 25. Ortiz L, Edgar I. Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. MPS 2010. ISSN

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 28 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DE REGISTROS									
IDENTIFICACIÓN		ARCHIVO DE GESTIÓN				ARCHIVO CENTRAL			ARCHIVO HISTÓRICO
CÓD	NOMBRE	ORDENACIÓN DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCIÓN	MÉTODO UTILIZADO	RESPONSABLE	TIEMPO	MÉTODO UTILIZADO

(INSTRUCCIONES, UNA VEZ DILIGENCIARLAS, FAVOR ELIMINARLAS)

IDENTIFICACION

COD: son los caracteres (Código) que identifican el registro.
Nombre: es el nombre completo del registro.

ARCHIVO DE GESTION

Ordenación documental: se describe la forma (Cronológica, temática) en que se organizan los registros al interior de cada unidad de conservación (carpeta, archivo electrónico).
Responsable: es el cargo del responsable de velar por la integridad y orden en el almacenamiento del registro.
Lugar: es el espacio físico donde permanece el registro.
Tiempo de retención: es el periodo de permanencia del registro en el archivo de gestión, de acuerdo con la serie, subserie y tipo documental establecida en la Tabla de Retención Documental aprobada por la entidad.

ARCHIVO CENTRAL

Método utilizado: Es el modo de disposición del registro una vez cumplido su periodo de gestión, puede ser backup (en este caso especificar el lugar donde se almacena), transferencia primaria al archivo central en expedientes dando cumplimiento al procedimiento para las transferencias documentales primarias o destrucción del registro.
Responsable: Es el cargo del responsable de controlar y efectuar la disposición inicial.
Tiempo: Es el periodo de permanencia del registro en el estado descrito en el método.

ARCHIVO HISTÓRICO

Método utilizado: Es la disposición aplicable para el registro, puede ser conservación total por transferencia secundaria de un archivo central a un archivo histórico, eliminación o microfilmación.

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN DE			DESCRIPCIÓN
	AA	MM	DD	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 29 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Formato de tamizaje de morbilidad materna extrema

El médico responsable del manejo de la paciente gravemente enferma, diligenciará la ficha de tamizaje, tan pronto se identifique en su evolución clínica la presencia de al menos un criterio de inclusión, esta ficha servirá como instrumento de recolección de la información y elemento para rotular la paciente con MME y alertar al equipo de profesionales a su cuidado sobre la severidad de su patología y la necesidad de vigilancia estricta y manejo según los protocolos.



TAMIZAJE PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Diligencie este formato al momento de identificar al menos un criterio de inclusión como caso de morbilidad materna extrema, indique cual criterio de inclusión cumple y anexe a la historia clínica para incluir criterios a medida que se presenten dentro de la evolución clínica propia de su patología


Nombre de la Paciente: _____ Doc identidad _____

CRITERIO		Fecha
Relacionado con enfermedad específica		
	Eclampsia	
	Choque séptico	
	Choque hipovolémico	
Relacionada con manejo		
	Necesidad de transfusión	
	Necesidad de UCI	
	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia	
Relacionada con disfunción orgánica		
Cardiaca	Paro cardíaco Edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos Necesidad de soporte inotrópico Necesidad de vasopresor y/o vasodilatador	
Vascular	Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión > 30 min, asociada a choque de cualquier etiología TAS <90 mmHg, TAM <60 mmHg, TAD <40 mmHg Índice cardíaco >3.5 L /min.m Llenado capilar > 2 segundos Necesidad de soporte vasoactivo TAS >160 o TAD>110 persistente por más de 20 minutos	
Renal	Incremento de creatinina basal de un 50% en 24 horas Elevación de la creatinina > 1.2 mg/dl Oliguria (< 0.5 cc/Kg/hora) sin respuesta a reemplazo de líquidos y diuréticos endovenosos Trastorno del equilibrio ácido básico	
Hepática	Ictericia de piel y escleras Bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, Elevación de transaminasas AST y ALT >70 UI/L Elevación de LDH =600 UI/L,	
Metabólica	Cetoacidosis diabética, crisis tiroidea, entre otras Hiperlactacidemia >200 mmol/L, Hiperglicemia >240 mg/dl	
Cerebral	Coma Convulsiones Confusión Desorientación en persona, espacio y tiempo, Signos de focalización Lesiones hemorrágicas o isquémicas	
Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto Necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no	
Coagulación	Criterios de CID Trombocitopenia (< 100000 plaquetas) Evidencia de hemólisis (LDH > 600)	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 30 de
	PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00 Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd

9.2. Anexo 2. Ficha de notificación de la Morbilidad materna extrema

El médico responsable del manejo de la sobreviviente en la que se presente al menos un criterio de inclusión, diligenciará la ficha de notificación de MME al momento del alta hospitalaria, tomando la información sobre los criterios de inclusión de la ficha de tamizaje anexa a la historia clínica para esto contará con el apoyo del profesional encargado de epidemiología de la institución, quien recopilará las fichas y trasladará la información contenida en ellas a la ficha informática del SIVIGILA, y hará el reporte semanal al ente local, territorial y nacional de los casos acumulados.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		
Subsistema de Información SIVIGILA		
Ficha de Notificación		
		
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA - codigo INS 549		
REG-R02.001.4030-002 V.00 AÑO 2011		
RELACION CON DATOS BASICOS		
A. Nombres y apellidos de la paciente		B. Tipo de ID*
C. No. de identificación		
4. SISTEMA DE REFERENCIA		
4.1. La paciente fue remitida?	4.2. Institución de referencia 1	4.3. Institución de referencia 2
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		
5. CARACTERÍSTICAS MATERNAS		
5.1. Gestaciones	5.2. Partos vaginales	5.3. Cesáreas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Abortos	5.5. Molas	5.6. Ectópicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7. Muertos	5.8. Vivos	5.9. Periodo intergenésico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Años
Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores		
5.10. Realizó CPN	5.11. Semanas al Inicio CPN	5.12. Terminación de la gestación
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanas	<input type="checkbox"/> Aborto <input checked="" type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Parto instrumentado <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Continua embarazada
5.13. Edad de gestación al momento de ocurrencia	5.14. Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación	5.15. Estado del recién nacido
<input type="checkbox"/> Semanas	<input type="checkbox"/> Anteparto <input checked="" type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Postparto	<input type="checkbox"/> Vivo <input checked="" type="checkbox"/> Muerto
		5.16. Peso del recién nacido
		<input type="text"/> Gramos
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
6.1. ENFERMEDAD ESPECÍFICA		
6.1.1. ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	6.2.1. CARDIACA
6.1.2. CHOQUE SEPTICO	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	6.2.2. VASCULAR
6.1.3. CHOQUE HIPOVOLEMICO	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	6.2.3. RENAL
		6.2.4. HEPATICA
		6.2.5. METABOLICA
		6.2.6. CEREBRAL
		6.2.7. RESPIRATORIA
		6.2.8. COAGULACION
6.2. FALLA ORGANICA		
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
6.3. MANEJO ESPECÍFICO		
6.3.1. INGRESO A UCI	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	6.3.2. CIRUGIA ADICIONAL
6.3.3. TRANSFUSION	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	6.3.3. TRANSFUSION
Total de criterios <input type="text"/>		
7. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO		
ESTANCIA HOSPITALARIA		
7.1. Dias de estancia hospitalaria	7.2. Dias de estancia en Cuidado Intensivo	7.3. Unidades transfundidas
<input type="text"/> Dias	<input type="text"/> Dias	<input type="text"/> unidades Incluir glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado o crioprecipitados
MANEJO QUIRURGICO		
7.4. Cirugía adicional 1		
<input type="checkbox"/> 1 Histerectomía <input type="checkbox"/> 2 Laparotomía <input type="checkbox"/> 3 Legrado <input type="checkbox"/> 4 Otra Cual? <input type="text"/>		
7.5. Cirugía adicional 2		
<input type="checkbox"/> 1 Histerectomía <input type="checkbox"/> 2 Laparotomía <input type="checkbox"/> 3 Legrado <input type="checkbox"/> 4 Otra Cual? <input type="text"/>		
8. CAUSAS DE MORBILIDAD		
8.1. Causa principal (CIE10)		
8.2. Causa principal agrupada		
<input type="checkbox"/> 1 Trastornos hipertensivos	<input type="checkbox"/> 2 Complicaciones hemorrágicas	<input type="checkbox"/> 3 Complicaciones del aborto
<input type="checkbox"/> 4 Sepsis de origen obstétrico	<input type="checkbox"/> 5 Sepsis de origen no obstétrico	<input type="checkbox"/> 6 Sepsis de origen pulmonar
<input type="checkbox"/> 7 Enf. preexistente que se complica	<input type="checkbox"/> 8 Otra causa	
8.3. Causa asociada (CIE10)		
8.4. Causa asociada (CIE10)		
8.5. Causa asociada (CIE10)		
9. ANALISIS CUALITATIVO		
9.1. Retraso tipo I		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2 No		
9.2. Retraso tipo II		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2 No		
9.4. Retraso tipo III		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2 No		
9.5. Retraso tipo IV		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input checked="" type="checkbox"/> 2 No		
sivigila@ins.gov.co/soporte_sivigila@ins.gov.co Desde 1917 comprometidos con la Salud Pública		

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 31 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

9.3 ANEXO 3 Instructivo para el diligenciamiento de la Ficha de Notificación del evento MME

Esta ficha de notificación tiene como propósito recoger información estadística sobre la morbilidad materna extrema en el territorio nacional

Instrucciones generales:

La ficha debe ser diligenciada con letra imprenta, legible, con tinta imborrable, sin tachones. Es necesario hacer el interrogatorio y búsqueda de datos clínicos necesarios para obtenerla información completa y veraz, pues los datos son importantes para el mejoramiento de la atención obstétrica y la reducción de la morbilidad materna y perinatal. Para evitar errores en el diligenciamiento, verifique que los nombres y números de identificación en el documento de identidad.

Momentos y responsables de diligenciar la ficha:

La ficha de notificación estará a disposición en cada servicio de obstetricia, debe ser diligenciada por el médico general de la sala de obstetricia, o el ginecologista encargado de dar alta a las pacientes que sufrieron una morbilidad extrema, se entregará la ficha diligenciada hasta el numeral 8 al responsable de epidemiología de la IPS, el momento par el diligenciamiento del numeral 9 tendrá lugar en el comité mensual de análisis de la morbilidad extrema.

Contenido:

La ficha de notificación se encuentra dividida en dos caras y nueve partes

Cara A: Datos generales para todos los eventos de interés en salud pública

1. DATOS BASICOS: Para la ubicación en tiempo y lugar del evento
2. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE: Caracterización socio demográfica de la gestante
3. NOTIFICACION: Identificación de quien notifica y procedencia del caso

Cara B: Datos específicos para el evento Morbilidad Materna Extrema

4. SISTEMA DE REFERENCIA: Caracteriza la remisión de gestantes
5. CARACTERISTICAS MATERNAS: Incluye antecedentes obstétricos, características de control prenatal, terminación de la gestación y producto del embarazo
6. CRITERIOS DE INCLUSION: Agrupa las características en las relacionadas con el diagnostico específico, el manejo y la disfunción orgánica
7. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO: Caracteriza condiciones de manejo de la morbilidad materna extrema
8. CAUSAS DE MORBILIDAD: Caracteriza los eventos que con mayor frecuencia ponen en peligro las gestantes
9. ANALISIS CUANTITATIVO: Resultante del análisis con metodología de las 4 demoras

Instrucciones especiales

A continuación se detallan las preguntas de la ficha de notificación que requieren atención para su diligenciamiento

DATOS BASICOS

Nombre del evento: Morbilidad Materna Extrema

Fecha de Notificación: Diligenciar la fecha en formato AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día),

Corresponde a la fecha del alta hospitalaria del caso de MME que sobrevive

Semana: Registrar la semana epidemiológica en que se diligencia la fecha

Año: Registrar el año en que se diligencia la fecha

Departamento que notifica: Entidad departamental donde está ubicada la IPS centinela

Municipio que notifica: Entidad municipal donde está ubicada la IPS centinela

Razón Social de la Unidad Generadora Primaria del Dato: Nombre de la IPS centinela

Código de la UPGD: El numero asignado a la IPS centinela por el sistema SIVIGILA

IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

Primer nombre: Como aparece en el documento

Segundo nombre: Como aparece en el documento

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 32 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

Primer apellido: Como aparece en el documento

Segundo apellido: Como aparece en el documento

Teléfono: anotar el numero celular o teléfono fijo donde se pueda localizar

Fecha de nacimiento: Diligenciar la fecha en formato AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día)

Tipo de documento de identidad: Seleccionar el cuadro correspondiente

Número de identificación: Como aparece en el documento de identidad

Edad: Numero de años cumplidos al momento de la ocurrencia

NOTIFICACION

Departamento y municipio de residencia de la paciente: Lugar donde habita regularmente en los últimos 6 meses a la ocurrencia al evento

Fecha de consulta: Diligenciar la fecha de consulta por síntomas de MME en la IPS, usar formato AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día)

Fecha de hospitalización: Diligenciar la fecha de ingreso a la IPS, usar formato AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día)

Nombre del profesional que diligencio la ficha: Nombre del médico o ginecólogo que hace la identificación del caso y la recolección de la información de la ficha

Teléfono del profesional que diligencia la ficha: Número telefónico fijo con extensión y/o celular del médico o ginecólogo que hace la identificación del caso y la recolección de la información de la ficha

SISTEMA DE REFERENCIA:

La paciente fue remitida: Responda SI cuando la paciente halla ingresado a la IPS centinela procedente de otra IPS, NO cuando la paciente ingrese durante la morbilidad directamente a la IPS centinela, independientemente del área de ingreso (Consulta externa, quirófano, urgencias...)

Institución de referencia 1: El nombre de la IPS de la cual ingresa referida, de donde estaba siendo atendido inmediatamente antes de ingresar a esta IPS

Institución de referencia 2: Cuando la paciente fue remitida de una IPS a otra IPS antes de llegar a la IPS centinela

CARACTERISTICAS MATERNAS

Gestaciones: Número de gestaciones incluido el actual embarazo o el que termino en los últimos 42 días

Partos vaginales: Número de gestaciones mayores o iguales a 22 semanas que terminan por vía vaginal, independientemente del estado final del producto (vivo o muerto)

Cesáreas: Numero de gestaciones mayores o iguales a 22 semanas que terminan por vía abdominal, independientemente del estado final del producto (vivo o muerto)

Abortos: Numero de gestaciones que terminan antes de 22 semanas

Muertos: Numero de hijos que nacieron muertos o que murieron después del nacimiento

Vivos: Numero de hijos nacidos vivos y que aún viven al momento de la ocurrencia de la morbilidad materna,

Periodo intergenesico en años: Anotar el número de años desde la terminación de la gestación anterior, aplica para las pacientes que han tenido dos o más gestaciones, no incluya la que ocurre en los últimos 42 días y que está relacionada con este evento, para tiempo en meses, aproximar a un año

Realizó CPN: Diligenciar SI si asistió a al menos un control prenatal

Semanas al inicio de CPN: Anotar la edad gestacional en semanas a la que inicio el control prenatal

Terminación de la gestación: Seleccione la vía de terminación de la gestación:

1. Aborto (para gestaciones menores a 22 sem): Incluye aborto espontaneo, inducido, aborto molar, abortos tubáricos, resección de ectópicos,.

2. Parto vaginal (para gestaciones mayores a 22 sem): terminación de gestación por vía vaginal, independientemente del estado del recién nacido (vivo o muerto).

3. Parto instrumentado (para gestaciones mayores a 22 sem): terminación de gestación por vía vaginal, que requirió el uso de espátulas, fórceps o vaccum, independientemente del estado del recién nacido (vivo o muerto).

4. Cesárea (para gestaciones mayores a 22 sem): terminación de gestación por vía abdominal, independientemente del estado del recién nacido (vivo o muerto).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 33 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

5. Continua embarazada: si al alta de su morbilidad extrema persiste la gestación
Edad de terminación de la gestación: Numero de semanas de gestación al terminar, menores de 22 semanas para aborto, mayor a 22 semanas para parto o cesárea. si continua el embarazo, se consignara la edad gestacional que se tiene al momento del egreso
Momento de ocurrencia con relación a la terminación de la gestación: Con relación al evento obstétrico descrito en el numeral anterior
Estado del recién nacido: Vivo o muerto al momento del egreso de la madre, no aplica en el caso de continuar la gestación, ni para los abortos
Peso del recién nacido: expresado en gramos, no aplica en el caso de continuar la gestación, ni para los abortos – en caso de embarazos gemelares, anotar el de mayor peso

CRITERIOS DE INCLUSION

Se marcará SI, si el cuadro clínico corresponde con la definición

Diagnostico específico:

Eclampsia: Presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos identificados

Choque hipovolemico: Estado de hipotensión (TAS <90 – TAD<60) inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica

Choque séptico: Estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado

Disfunción orgánica

Disfunción cardiaca: Paro cardiaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador

Disfunción vascular: Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico)

Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg, índice cardiaco >3.5 L /min.m2, llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo

TAS >160 o TAD>110 persistente por más de 20 minutos

Disfunción renal: Deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria (< 0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico

Disfunción hepática: Alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L , o elevación de LDH ≥600 UI/L

Disfunción metabólica: Aquella que corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia >200 mol/L, hiperglicemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes

Disfunción neurológica: Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, lesiones hemorrágicas o isquémicas

Disfunción respiratoria: Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no

Disfunción de coagulación: Criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).

Manejo específico:

Ingreso a UCI: Indicación para ingreso a UCI, diferente al indicado para estabilización hemodinámica electiva

Cirugía adicional: Procedimientos diferentes a legrado, resección de ectópico, parto o cesárea, con indicación habitual, que son practicados para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante.

Transfusión: Indicación de transfusión de tres o más unidades de cualquier componente

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 34 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

sanguíneo ante evento agudo

DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

Días de estancia hospitalaria: anotar el número de días desde el ingreso hasta el egreso, incluir el tiempo de observación en urgencias y los días de cuidado intensivo si aplica,

Días de estancia en Cuidado intensivo: Días de estancia en este servicio, diligenciar si en la pregunta de manejo señalo si en ingreso a UCI,

Unidades de derivados transfundidos: número total de unidades de derivados sanguíneos transfundidos efectivamente, diligenciar si en la pregunta de manejo señalo si en transfusiones, incluir en la suma glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado o crioprecipitados

Cirugía adicional: Señalar el tipo de procedimiento practicado para el manejo de una complicación obstétrica, diligenciar si en la pregunta de manejo señaló SI en cirugía adicional, usar el espacio siguiente si se le practico una cirugía más (el procedimiento cesárea – laparotomía, legrado, no cuentan como cirugía adicional para la terminación de embarazo, la resección de ectópico o posterior a aborto, respectivamente (porque hacen parte del manejo de cada caso, no son cirugías adicionales, la cesárea no cuenta como cirugía adicional, la laparotomía se cuenta cuando se va a resolver un problema diferente al ectópico, por ejemplo, drenaje de hematoma, lavado peritoneal, el legrado cuando no hace parte del manejo propio de los abortos, por ejemplo en el caso de manejo de hemorragias o infecciones postparto- postcesarea)

CAUSAS DE MORBILIDAD

Causa principal: Consigne el nombre y código del evento según CIE10

Causa principal agrupada: seleccionar

Causa asociada: Consigne el nombre y código del evento según CIE 10, si existe otra causa

Causa asociada: Consigne el nombre y código del evento según CIE 10, si existe otra causa

ANALISIS CUANTITATIVO:

Se diligenciará durante el comité de análisis de la morbilidad extrema, se hará con base a la Metodología "La ruta de la vida - camino a la supervivencia", donde se establecen 4 demoras:

DEMORA 1. Reconocimiento del problema.

DEMORA 2. Oportunidad de la decisión y de la acción.



DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia.

DEMORA 4. Calidad de la atención

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 35 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
		Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012

9.5 Anexo 5 Formato de Entrevista a la sobreviviente

La entrevista a cargo de epidemiología de la UPGD por un profesional con experiencia en el manejo técnico y abordaje de las demoras, y del duelo personal y familiar, esta entrevista se realizará para todos los casos de MME, con el objetivo de obtener datos sobre su condición psicoafectiva, social, económica, cultural, educativa, familiar y en general de todo su entorno. Se interrogará en primer lugar a la gestante y en caso de requerir información adicional o ante la imposibilidad de abordaje de la gestante (por incapacidad o secuelas) se interrogará a un familiar cercano a la gestante. El formato en físico será diligenciado en cada UPGD, y el responsable de vigilancia epidemiológica de la entidad territorial hará la recopilación de dicha información y para usar en los análisis territoriales de la MME.

		Entrevista a la Gestante sobreviviente MORBILIDAD MATERNA EXTREMA -Código INS 549		
CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS				
A. Nombres y apellidos de la paciente		Procedencia	Población especial	
		<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Carcelario <input type="checkbox"/> Otro	
Pertenencia étnica		Etnia a la que pertenece		
<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Raízal <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Resguardos/ Cabildo		
FACTORES SOCIOECONOMICOS				
Servicios públicos		Tipo de vivienda		
<input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Gas natural		<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada		
<input type="checkbox"/> Energía eléctrica <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Recolección basuras		Ingreso del núcleo familiar		
		<input type="checkbox"/> <1 SMLV <input type="checkbox"/> 1-2 SMLV <input type="checkbox"/> >2SMLV		
REDES DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR				
En que trabaja la gestante		Con quien vive la gestante		Califique su relación con la familia
		<input type="checkbox"/> Esposo/compañero <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Hijos/as <input type="checkbox"/> Hermanos/as <input type="checkbox"/> Sola		<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
Asiste acompañada a control prenatal		Cuál fue la primera reacción de su compañero al enterarse de este embarazo?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Con quien?				
ANTECEDENTES PERSONALES				
Presentó alguna enfermedad antes de la gestación?		Cuál método de planificación empleaba cuando se embarazó?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cua?		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Antic orales <input type="checkbox"/> Implante subdermico <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Antic inyectables <input type="checkbox"/> Du <input type="checkbox"/> Otro		
Por qué no planificaba o porque cree que falló el método de planificación?				
Como se enteró de su gestación?		Usted quería embarazarse?	Su primera consulta en gestación fue	
<input type="checkbox"/> Síntomas típicos <input type="checkbox"/> Pb en laboratorio <input type="checkbox"/> Si, ahora <input type="checkbox"/> Si, pero despues <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para CPN <input type="checkbox"/> Por enfermedad <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Pb casera			<input type="checkbox"/> Qué enfermedad tenía??	
Cuantas semanas tenía cuando se enteró del embarazo?		Cuantas semanas tenía cuando asistió a primer control?		
<input type="checkbox"/> Semanas		<input type="checkbox"/> Semanas		
CARACTERISTICAS DE CONTROL PRENATAL				
Quien le atiendo durante los controles prenatales		Cada cuanto asista al control?		
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Promotor de salud <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal		
Qué transporte utiliza para acceder al servicio de salud				
<input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Carro propio <input type="checkbox"/> Carro público <input type="checkbox"/> Lancha <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Otro				
Cuan to tiempo invierte en el traslado?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Cuan to dinero le cuesta cada asistencia (ida y vuelta)?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Dejo de asistir a alguna cita de control?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué		
Le entregaron carne materno?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué		
Le ordenaron exámenes de control prenatal?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué		



Elaborado por:
Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles
Fecha: xx de Abril 2012

Revisado por:
Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles
Fecha: xx de Abril 2012

Aprobado por:

Fecha: aaaa/mm/dd

Se realizó los exámenes solicitados? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por qué	
Debió pagar por alguno de los exámenes solicitados? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por qué	
Recibí educación en el servicio de salud con respecto a: <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Cuidados del embarazo <input type="checkbox"/> Estimulación prenatal <input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Planificación familiar <input type="checkbox"/> Rutas de acceso a servicios <input type="checkbox"/> Otro	
Sigo las recomendaciones <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por qué	
Cómo fue el trato recibido durante el control prenatal? <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena	Considera que el manejo de su estado de salud en el embarazo fue: <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno
COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION ACTUAL - REFERENCIAL	
Le detectaron complicaciones durante el control? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual? <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses	La remitieron? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Al ginecologo <input type="checkbox"/> Otro especialista
Accedió a la remisión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	A cuánto tiempo le atendieron? <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses
A dónde la remitieron? <input type="checkbox"/> El mismo hospital <input type="checkbox"/> Otro hospital <input type="checkbox"/> Otra ciudad	
PERCEPCION DE LA MORBILIDAD EXTREMA	
Usted pensó que este embarazo se podía complicar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por que?	En algún momento del embarazo sintió riesgo de morir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por qué?
Cuando empezaron los síntomas se demoró en buscar ayuda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> No sabía que debía consultar rápidamente	<input type="checkbox"/> No tenía dinero para el desplazamiento
<input type="checkbox"/> Se encontraba sola y no tenía como pedir ayuda	<input type="checkbox"/> Desconocía como llegar al sitio de atención
<input type="checkbox"/> No tenía como transportarse hacia el sitio de atención	<input type="checkbox"/> No confiaba en el servicio de salud
Considera que el manejo de su enfermedad fue: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena	Califica la agilidad o prontitud en la atención por el equipo de salud: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
Califica la amabilidad y calidez de quienes le atendieron: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena	
Si fue remitida durante la morbilidad extrema percibió alguna dificultad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Demora en la decisión médica	<input type="checkbox"/> Dificultades en las vías de acceso
<input type="checkbox"/> Falta o fallo en Medios de transportes	<input type="checkbox"/> No disponibilidad de cupo/cama en otro nivel
<input type="checkbox"/> Tramites administrativos	<input type="checkbox"/> Dificultad en comunicación con el otro nivel
Después de la enfermedad que puso en riesgo su vida, qué percepción tiene del embarazo?	
En la actualidad tiene algún problema de salud o secuela generado por la enfermedad por la que acaba de pasar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabeCuál?	
Esta situación afecta la posibilidad de tener otro embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Explique	
Cómo cree que se habría podido prevenir esta complicación?	
¿Qué precauciones cree usted que debe tener en cuenta para futuros embarazos?	
Nombre de quien realiza la entrevista	
Profesion	Cargo
Institucion a la que pertenece	Numero de telefono

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 38 de
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Versión: 00
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

9.7 Anexo 7 Instructivo diligenciamiento ficha



INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA PARA BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Este formato, tiene como propósito la identificación de casos de morbilidad materna extrema que no se han captado a través del proceso de notificación rutinaria. Se debe aplicar en los siguientes escenarios con la información contenida en los respectivos registros existentes:

Escenario	Registro
Urgencias, sala de partos y hospitalización de ginecobstetricia	Libros de ingreso o egreso
Unidad de cuidado intensivo	Libros de ingreso o egreso
Salas de quirófano	Libro de procedimientos quirúrgicos
Unidades transfusionales o Bancos de Sangre	Libro de transfusiones sanguíneas
Laboratorios clínicos	Registro de resultado de pruebas de laboratorio

Instrucciones generales:

El formato debe ser diligenciado con letra imprenta, legible, con tinta imborrable, sin tachones

Luego de identificar los casos probables de morbilidad extrema, se hará el cruce de información con la base de casos captados por notificación rutinaria, en aquellos casos que no fueron reportados por este medio, se hará la solicitud de la historia clínica y de confirmarse por diagnóstico – disfunción orgánica o manejo específico, un caso de morbilidad materna extrema, se incluirá en el sistema de la misma manera que la notificación rutinaria

Momentos y responsables de diligenciar el formato la ficha:

El formato de búsqueda activa será diligenciado por el profesional de vigilancia epidemiológica, quien identificará los "casos probables" y aplicará el formato de tamizaje para identificar la existencia de al menos uno de los criterios de inclusión, momento en el cual se rotulará como caso de morbilidad materna extrema, y le informará al coordinador del servicio de obstetricia para que se inicie el diligenciamiento de la ficha de notificación como está dispuesto en el protocolo, debe ser diligenciada por el médico general de la sala de obstetricia, o el ginecobstetra encargado, se entregará la ficha diligenciada hasta el numeral 8 al responsable de epidemiología de la IPS, el momento para el diligenciamiento del numeral 9 tendrá lugar en el comité mensual de análisis de la morbilidad extrema

CONTENIDO

DATOS DE LA IPS Y PERIODO EN QUE SE REALIZA LA BÚSQUEDA ACTIVA

Fecha: la que corresponde al día en que se realiza la actividad de búsqueda activa

Nombre de la Institución: Razón Social de la IPS en donde se hace la búsqueda activa

Municipio/Departamento: Nombre del municipio o distrito/ y el departamento en el cual se encuentra localizada la IPS

Fechas de búsqueda: Período de tiempo al que pertenecen los registros en los que se hace la búsqueda activa, se propone se haga mensualmente, se anotará por ejemplo, de 5 de marzo al 5 de abril

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA BÚSQUEDA ACTIVA

Nombre y apellidos de quien hace la búsqueda activa

CUADRICULA PARA DILIGENCIAR DATOS BÁSICOS, LOCALIZACIÓN DEL EVENTO, Y CLASIFICACION FINAL DEL CASO

Tabla de 8 columnas y 20 filas, en cada fila se anotará el caso probable de morbilidad, el contenido de las columnas se explica a continuación:

Columna 1: Nombre de la paciente: anote nombre y apellidos con letra legible

Columna 2: Identificación de la paciente: anote el número del documento

Columna 3: Fecha de egreso de la paciente

En las columnas 4, 5, 6, 7, y 8 se diligenciará el criterio por el cual se detecta un caso sospechoso de morbilidad en cada uno de los escenarios donde se hace la búsqueda activa

Columna 4: Se diligenciará esta columna cuando se capta en los registros el diagnóstico de ingreso o egreso de los servicios de urgencias, sala de partos y hospitalización de ginecobstetricia por el cual se sospecha la existencia de un caso de morbilidad extrema, se consideran los siguientes: **Eclampsia, Choque hipovolémico, Choque séptico, Sx HELLP, Hemorragia postparto, Falla Renal, Anemia posthemorrágica, Accidente Cerebrovascular, Falla Renal, Falla hepática**

Columna 5: Se diligenciará esta columna cuando se capta en los registros el diagnóstico de ingreso o egreso de la Unidad de Cuidado Intensivo, por el cual se sospecha la existencia de un caso de morbilidad extrema, se consideran los siguientes: **Sx HELLP, Eclampsia, Ectópico roto, Embarazo de...semanas, Hemorragia postparto, Postparto vaginal, Postquirúrgico de cesárea, Histerectomía postparto, Aborto séptico**

Columna 6: Se diligenciará esta columna cuando se capta en los registros de las Unidades transfusionales o bancos de sangre, y se consigna la entrega de 3 o mas unidades de derivados sanguíneos, a mujeres en edad fértil procedentes de los servicios de obstetricia, quirófano o UCI, independientemente del tipo de derivado

Columna 7: Se diligenciará esta columna cuando se capta en los registros de procedimientos realizados Salas de Quirófano cualquiera de las siguientes Histerectomía de urgencia (porparto, postoesarea, postlegrado, Salpingooforectomía, Empaquetamiento pélvico, Relaparotomía

Columna 8: Se diligenciará esta columna cuando se capta en los registros de resultados de laboratorio clínico de pruebas para los servicios de obstetricia o mujeres en edad fértil de cuidado intensivo o de quirófano con **valores alterados para TGO(>70) TGP(>70),LDH(>600), Creatinina(>1.2) bilirrubinas(>3.0), Acido láctico (>200 mmol/L) glucosa (>240 mg/dl), gases arteriales, plaquetas(<100.000)**

Columna 9: Estado final del caso, se consignará confirmado, cuando luego de la revisión de la historia clínica se verifique que se trata de un caso de morbilidad materna extrema, o descartado en caso contrario

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Página 39 de
			Versión: 00
		PRO- &XX.XXX.XXXX-XXX	Fecha próxima revisión: aaaa-mm
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Revisado por: Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles Fecha: xx de Abril 2012	Aprobado por: Fecha: aaaa/mm/dd	

9.8 Anexo 8. Metodología “La ruta de la vida - camino a la supervivencia”

Los servicios de atención obstétrica de emergencia son necesarios si se quiere reducir la mortalidad materna; incluso cuando los servicios están funcionando bien, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlos. Algunas barreras son económicas –por ejemplo, falta de dinero para pagar el transporte o los servicios-. Algunas son geográficas –por ejemplo, distancias largas y vías en mal estado-. Algunas son culturales –por ejemplo, la vida de las mujeres tiene un bajo valor-. Cualquier situación que cause demora en la atención de una mujer embarazada, en parto o puerperio le puede costar la vida (21).

DEMORA 1. Reconocimiento del problema. En este aspecto se pueden enumerar algunos ejemplos.

- Reconocimiento del problema con prontitud por parte de la gestante.
- Reconocimiento de los factores de riesgo por la mujer embarazada durante la gestación (signos y síntomas de peligro)
- Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos.
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud.

DEMORA 2. Oportunidad de la decisión y de la acción.

- Presencia de inconvenientes familiares, culturales o económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención.

DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia.

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos que dificultan el traslado.
- Falta de acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.
- Remisión oportuna.

DEMORA 4. Calidad de la atención.

- Tratamiento médico adecuado y oportuno.
- Calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo.
- Personal suficiente y capacitado para la atención del parto.
- Evaluación y cumplimiento de protocolos.
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, etc.
- Programas de promoción y prevención ineficientes.
- Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.
- Atención en niveles no acordes con su gravedad.
- Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio, etc.).
- Deficiente historia clínica.
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.




Elaborado por:
Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles
Fecha: xx de Abril 2012

Revisado por:
Coordinador grupo de enfermedades no transmisibles
Fecha: xx de Abril 2012

Aprobado por:

Fecha: aaaa/mm/dd

9.7 Anexo 9 Formato para formulación y seguimiento de planes de mejoramiento



FORMATO DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO MORTALIDAD MATERNA

Fecha: _____
IPS: _____
Departamento: _____
Municipio: _____

1. Informe de análisis de caso por IPS: SI: _____ NO: _____
2. Acta de realización comité mortalidad materna: SI: _____ NO: _____
3. Fecha de envío plan de mejoramiento al Departamento/ Nacional: _____

SITUACION ENCONTRADA	ACTIVIDAD A REALIZAR	RESPONSABLE EJECUCION	Medio verificación ejecución	Fecha límite ejecución	CUMPLIO		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
					SI	NO		