	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
		<b>PAGINA: 1 de 7</b>

16.

<b>FECHA</b>	viernes, 29 de julio de 2019
--------------	------------------------------

Señores  
**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA**  
 BIBLIOTECA  
 Ciudad  
 Girardot/Cundinamarca


<b>UNIDAD REGIONAL</b>	Seccional Girardot
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	Pasantía
<b>FACULTAD</b>	Ciencias De la Salud
<b>NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO</b>	Pregrado
<b>PROGRAMA ACADÉMICO</b>	Enfermería

El Autor(Es):

<b>APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>
RODRIGUEZ MORENO	JENNIFER ANDREA	1069741489

Carrera 19 No. 24-209 Girardot- Cundinamarca  
 Teléfono (091) 8315484 Línea Gratuita 018000976000  
 www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16 PAGINA: 2 de 7

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
CASTRO QUINTANA	CARLOTA

TÍTULO DEL DOCUMENTO
<p align="center"><b>Caracterización De los Eventos mujeres Con Complicaciones Maternas Severas Remitidas Al Hospital Universitario De La Samaritana Bogotá Durante El 2018</b></p>

SUBTÍTULO (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)


TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
Enfermera Profesional

AÑO DE EDICION DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PÁGINAS
26/07/2019	79

DESCRITORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1.morbilidad materna extrema	extreme maternal morbidity
2. evento	Event
3.gestante	Pregnant
4. protocolo	Protocol
5.riesgo	Risk
6.mortalidad	mortality

Carrera 19 No. 24-209 Girardot- Cundinamarca  
Teléfono (091) 8315484 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16 PAGINA: 3 de 7

### RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

Para el año 2018 se planteó caracterización de los eventos mujeres con complicaciones maternas severas remitidas al hospital universitario de la samaritana Bogotá, durante el año 2018.

Esta investigación se aborda desde un enfoque cuantitativo, ya que se cuantifica la caracterización del conjunto de eventos de Morbilidad materna extrema presentados durante el año 2018, El estudio es de tipo observacional, al pretender medir y analizar la variable sin intervenir en ella. El alcance es de tipo descriptivo ya que la investigación busca describir, las complicaciones severas presentadas por las mujeres en gestación que son remitidas al Hospital Universitario de la Samaritana. El estudio es retrospectivo, dado que se toman los registros de los casos presentados en un periodo epidemiológico pasado, los datos son recolectados a través de la Historia clínica de cada paciente y a través del seguimiento telefónico que se realiza a la misma para verificar su estado de salud actual asociado a la condición presentada durante la gestación, parto y puerperio hasta un año después del evento. Según el periodo y secuencia del estudio, es de tipo transversal ya que la variable será medida en una sola ocasión.

#### SUMMARY:

For the year 2018, characterization of the women with severe maternal complications referred to the university hospital of the Samaritan Bogotá, during the year 2018, was proposed.

This research is approached from a quantitative approach, since the characterization of the set of extreme maternal morbidity events presented during the year 2018 is quantified. The study is of an observational type, when trying to measure and analyze the variable without intervening in it. The scope is descriptive, since the research seeks to describe the severe complications presented by pregnant women who are referred to the University Hospital of La Samaritana. The study is retrospective, since the records of the cases presented in a past epidemiological period are taken, the data is collected through the clinical history of each patient and through the telephone follow-up performed to verify the patient's condition. Current health associated with the condition presented during pregnancy, childbirth and the puerperium up to one year after the event. Depending on the period and sequence of the study, it is cross-sectional since the variable will be measured only once.



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 4 de 7</b>

### AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN


Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son: Marque con una "X":

<b>AUTORIZO (AUTORIZAMOS)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.		X
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.		X
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16 PAGINA: 5 de 7

autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

**NOTA:** (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

**Información Confidencial:**

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado.

**SI \_\_\_ NO X\_\_.**

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

**LICENCIA DE PUBLICACIÓN**

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho

Carrera 19 No. 24-209 Girardot- Cundinamarca  
Teléfono (091) 8315484 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16 PAGINA: 6 de 7

patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el "Manual del Repositorio Institucional AAAM003"

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.

	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
		<b>PAGINA: 7 de 7</b>



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



**Nota:**

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1. Caracterización De los Eventos mujeres Con Complicaciones Maternas Severas Remitidas Al Hospital Universitario De La Samaritana Bogotá Durante El 2018	Texto, imagen
2.	
3.	
4.	

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafa)
RODRIGUEZ MORENO JENNIFER ANDREA	

21.1-51.20



**CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS EN MUJERES CON  
COMPLICACIONES MATERNAS SEVERAS REMITIDAS AL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ DURANTE EL 2018**

**COMPILADORAS AÑO 2018  
JENNIFER ANDREA RODRIGUEZ**

**PASANTE II PERIODO 2018- I 2019  
PAOLA ANDREA GUZMÁN ESCANDÓN**

**PASANTE I PERIODO 2018  
PAULA ANDREA LEAL  
ESTUDIANTE II PERIODO 2018**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ  
2019**



**CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS EN MUJERES CON  
COMPLICACIONES MATERNAS SEVERAS REMITIDAS AL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ DURANTE EL 2018**

**COMPILADORAS AÑO 2018  
JENNIFER ANDREA RODRIGUEZ**

**PASANTE II PERIODO 2018- I 2019  
PAOLA ANDREA GUZMÁN ESCANDÓN**

**PASANTE I PERIODO 2018  
PAULA ANDREA LEAL  
ESTUDIANTE II PERIODO 2018**

**CARLOTA CASTRO QUINTANA  
Enfermera, asesora interna y responsable del proyecto**

**DORIS ESTHER NAVARRETE PEÑUELA  
Enfermera, asesora interna Hospital Universitario de la Samaritana**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ  
2019**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Girardot, 29 de julio de 2019

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	12
1. TÍTULO	16
2. PROBLEMA	17
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. JUSTIFICACIÓN	21
5. ANTECEDENTES	23
6. MARCOS DE REFERENCIA	27
6.1 MARCO TEÓRICO	27
6.2 MARCO CONCEPTUAL	28
6.3 MARCO GEOGRÁFICO	28
6.3.1 Población	29
6.4 MARCO INSTITUCIONAL	29
6.5 MARCO ÉTICO	31
6.6 MARCO LEGAL	31

6.6.1 Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema 29 De marzo del 2016	32
6.6.2 Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años	32
6.6.3 Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013	33
6.6.4 Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad materna: acciones para superar las demoras I y II año 2014	33
6.6.5 Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema: evaluación de la Implementación	34
6.6.6 Plan decenal de salud pública (2012 – 2021)	35
6.6.7 Protocolo de mortalidad materna	35
6.6.8 Mortalidad materna y embarazo en adolescentes	36
6.6.9 Protocolo mortalidad perinatal y neonatal tardía	37
6.6.10 Política de atención integral en salud (país)	37
6.6.11 Rutas integrales de atención en salud (RIAS)	38
6.6.12 Ruta Integral de Atención para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca	38
7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	40
8. DISEÑO METODOLÓGICO	46
8.1 ENFOQUE	46
8.2 TIPO DE ESTUDIO	46
8.3 UNIVERSO	46
8.4 POBLACIÓN	46
8.5 MUESTRA	47

8.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
8.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	47
9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
9.1 TÉCNICAS	48
9.2 INSTRUMENTOS	48
10. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
11. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
12. INDICADORES MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	57
12.1 ENERO-2018	57
12.2 FEBRERO- 2018	57
12.3 MARZO -2018	57
12.4 ABRIL -2018	58
12.5 MAYO -2018	58
12.6 JUNIO-2018	58
12.7 JULIO -20108	59
12.8 AGOSTO- 2018	59
12.9 SEPTIEMBRE 2018	60
12.10 OCTUBRE DE 2018	60
12.11 NOVIEMBRE 2018	60
12.12 DICIEMBRE -2018	61

13. DISCUSIÓN	62
14. CONCLUSIONES	64
15. RECONOCIMIENTO	65
BIBLIOGRAFÍA	66

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de las variables	40
Tabla 2. Número de casos de morbilidad materna extrema notificados durante el año 2018.	51

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución geográfica del número de casos de morbilidad materna extrema en el departamento de Cundinamarca.	55



## LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Balance anual de casos de morbilidad materna extrema	53
Gráfica 2. Morbilidad materna extrema según criterios de inclusión.	54
Gráfica 3. Procedencia de las gestantes	55

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Ficha de Notificación Morbilidad materna extrema: 549	71
Anexo B. Entrevista a la sobreviviente de morbilidad materna extrema	72
Anexo C. Análisis individual de los casos de morbilidad materna extrema	77

## INTRODUCCION

La morbilidad y mortalidad materna se considera como un tema de interés para la salud pública y las instituciones prestadoras de salud, ya que es de gran importancia conocer cuáles son las causas que generan una complicación en la gestante y de esta manera realizar una intervención oportuna son el fin de disminuir el nivel de riesgo de mortalidad materna, perinatal y neonatal y de secuelas que afecten la calidad de vida y del recién nacido, así mismo es importante la retroalimentación de los errores en la atención recibida a la gestante en los diferentes niveles que hayan intervenido para que se establezcan planes de mejoramiento en la atención a la mujer en gestación. .

El presente estudio hace una caracterización de los eventos de morbilidad materna extrema y de las características sociodemográficas de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Universitario de la Samaritana del primer semestre del año 2018.

El seguimiento y control que se ha realizado en el Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá respecto a los casos de morbilidad materna extrema, se hace a partir del protocolo direccionado por el Instituto Nacional de Salud, trabajo que se viene adelantando desde el año 2011 con la definición de la línea de base, con los registros de los años 2008 al 2011:

En el cual se identificaron 113 distribuidos en cada año de la siguiente manera en el 2008 se encontraron 27 casos de Morbilidad Materna Extrema siendo la principal causa la preclamsia con 67%; en el 2009 se presentó 21 casos donde el 81% corresponde a preclamsia, durante el año 2010 se presentaron 27 casos donde el 59% corresponde a la preclamsia, durante el 2011 se presentaron 38 casos la causa con mayor prevalencia la Preclamsia con el 58%.<sup>1</sup>

Posteriormente se adaptó el protocolo para Morbilidad Materna Extrema una vez lo público el Instituto Nacional de Salud en el año 2012 y actualizado en el 2016. La sistematización de la información ha permitido caracterizar los eventos anualmente, generar un informe que es socializado en el departamento de Cundinamarca desde el año 2014.

Desde el año 2016 se viene analizando también la percepción de las usuarias y siguiendo la ruta de atención materno perinatal, las barreras que pueden generarse

---

<sup>1</sup> CASTRO QUINTANA, Carlota y otros. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá enero 2008 a diciembre 2011. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2011.

durante la atención recibida antes y durante la gestación en cada una de sus IPS primarias y la IPS que realizó la remisión al Hospital Universitario de la Samaritana. En este primer periodo se generó como resultados importantes como:

Que de las 120 maternas que cumplieron con los criterios para su reporte y seguimiento, todo el proceso investigativo identificó que 39 maternas con un percentil de 33% venían con una enfermedad de base, 77 maternas con un 64% no presentaban enfermedades antes del embarazo pero que tuvieron complicación en cuanto quedaron en gestación, para el restante con 4 maternas siendo el 3% no tenían conocimiento si ya padecían una enfermedad crónica.

El 37% equivalente a 45 maternas querían esperar un poco para quedar en gestación, 25 gestantes que equivale al 21% no buscaban un embarazo y solo el 6% no sabían si quedar embarazadas o no, sin embargo 76 de estas gestantes con un percentil del 63% no planificaban, lo que da relevancia a las opiniones dadas por las maternas que no lo consideraron importante, no pudieron acceder a un método de planificación o este les falló por no seguir un control y seguimiento del mismo.

43 mujeres deseaban el embarazo 16 casos (13%) no planificaban, pero 27 maternas (22%) planificaban y de igual manera se embarazaron, por otra parte las 25 gestantes que no querían embarazarse, 14 (12%) no planificaban y 11 (9%) si lo hacían pero los métodos fueron fallidos, para las maternas que deseaban esperar un tiempo con 45 casos 30 (25%) de ellas no planificaban y 15 (13%) si lo hacían, como las que no sabían si quedar embarazadas con 7 casos de los cuales 5 (4%) no planificaban y 2 (2%) si cumplían con este; por este índice sabemos que 49 maternas no planificaron para evitar un embarazo no deseado excluyendo a las 16 gestantes que no planificaban pero si buscaban el embarazo y 55 maternas que planificaban pero el método de planificación les falló.

Adicionalmente se identificó que los casos encontrados existen una gran variedad en referencia a las edades las cuales oscilan entre los 13 años hasta mayores de 40, teniendo un mayor índice en edades entre 15 a los 29 años con un total de 80 maternas. 97 maternas se encuentran ubicadas en áreas urbanas y 23 son del área rural, 18 maternas con un 15% los ingresos les oscilan entre 100 a 500 mil pesos y 63 maternas con un percentil del 52% los ingresos van de 600 mil a 1 millón de pesos mensuales, en el que con este presupuesto le dan sostenibilidad hasta de 5 personas, lo que le dificulta a las gestantes utilizar parte de estos recursos para acceder a la consulta; esta es una de las razones para

justificar la falta de controles prenatales y el inicio oportuno de los mismos.<sup>2</sup>

Para el año 2017 se planteó describir las barreras encontradas en la ruta de atención recorrida por las maternas con complicaciones severas, que requirieron atención en el Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá, durante el año 2017.

Para ello, se abordó desde un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, y con un alcance de tipo descriptivo. El registro de la información fue retrospectivo ya que los datos fueron recolectados a través de la Historia clínica de cada paciente y a través del seguimiento que se realiza a la misma. Según el periodo y secuencia del estudio, este fue de tipo transversal ya que las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Para la muestra se tuvieron en cuenta todas las gestantes y puérperas con criterios de inclusión para Morbilidad materna extrema, atendidas en el Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, en el periodo comprendido de 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2017.

El proceso de recolección de datos se realizó rutinariamente, haciendo una búsqueda activa de madres con situación de complicaciones maternas severas, que cumplieron con los criterios de la ficha de tamizaje de morbilidad materna extrema del Instituto Nacional de Salud y diligenciamiento de los formatos correspondientes a dicho protocolo, así como la sistematización de la información se realizó diariamente durante el año. La información se registró en los aplicativos SIVIGILA y en la base de datos Excel, esta fue revisada y retroalimentada durante la evolución de cada paciente.<sup>3</sup>

Para el año 2018 se planteó caracterización de los eventos mujeres con complicaciones maternas severas remitidas al hospital universitario de la samaritana Bogotá, durante el año 2018.

Esta investigación se aborda desde un enfoque cuantitativo, ya que se cuantifica la caracterización del conjunto de eventos de Morbilidad materna extrema presentados durante el año 2018, El estudio es de tipo observacional, al pretender medir y analizar la variable sin intervenir en ella. El alcance es de tipo descriptivo ya

---

<sup>2</sup> CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Barreras presentadas en la ruta recorrida por madres con complicaciones maternas severas remitidas al HUS durante el año 2016. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2016.

<sup>3</sup> barreras presentadas en la ruta recorrida por madres con complicaciones maternas severas remitidas al hospital universitario de la samaritana Bogotá durante el año 2017. Pasante: Nora Paola Jiménez Tarazona, Carlota Castro Quintana Enfermera, asesora interna y responsable del proyecto.

que la investigación busca describir, las complicaciones severas presentadas por las mujeres en gestación que son remitidas al Hospital Universitario de la Samaritana. El estudio es retrospectivo, dado que se toman los registros de los casos presentados en un periodo epidemiológico pasado, los datos son recolectados a través de la Historia clínica de cada paciente y a través del seguimiento telefónico que se realiza a la misma para verificar su estado de salud actual asociado a la condición presentada durante la gestación, parto y puerperio hasta un año después del evento. Según el periodo y secuencia del estudio, es de tipo transversal ya que la variable será medida en una sola ocasión.

Todas las gestantes y puérperas hasta los 42 días después del parto que cumplan por lo menos con un criterio de inclusión para morbilidad materna extrema, atendidas en el Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, en el periodo comprendido de 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018.

Los datos se recolectaron diariamente, haciendo una búsqueda activa de mujeres gestantes que cumplieran con al menos un criterio de inclusión, para realizar el diligenciamiento de la ficha de tamizaje del Instituto Nacional de Salud y diligenciamiento de los formatos que corresponden a este protocolo seguido a esto son reportadas al SIVIGILA por el evento de morbilidad materna extrema, La información se registró en los aplicativos SIVIGILA y en la base de datos Excel, esta fue revisada y retroalimentada diariamente según el caso de cada paciente.

## **1. TÍTULO**

Caracterización de los eventos en mujeres con complicaciones maternas severas remitidas al Hospital Universitario De La Samaritana Bogotá Durante El 2018

## 2. PROBLEMA

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La morbilidad materna extrema está definida por el Instituto Nacional de Salud como una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos”.<sup>4</sup>

A nivel mundial, la morbilidad materna extrema, tiene un comportamiento diferente de acuerdo a los ingresos económicos. En los estudios de países de ingresos bajos o medianos, la tasa de morbilidad materna extrema varió del 4,93% en América Latina y el Caribe, del 5,07% en Asia al 14,98% en África. Por el contrario, los estudios de países de altos ingresos (Europa, América del Norte y Australia) informaron una tasa de morbilidad superior de un mínimo de 0,79% en Europa a un máximo de 1.38% en América del Norte: las tasas más bajas en todos los criterios comparaos con los países de bajos y medianos ingresos.<sup>5</sup>

Con relación a la morbilidad materna extrema para la Ciudad de Bogotá y específicamente en los casos atendidos por el Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, se realizó la búsqueda a través de los RIPS suministrados por la dependencia de estadística de las institución de donde se tomó las causas de morbilidad – mortalidad obstétrica de la institución en el periodo de 2008 a 2011<sup>6</sup> e identificaron 113 distribuidos en cada año de la siguiente manera en el 2008 se encontraron 27 casos de morbilidad materna extrema siendo la principal causa la preclamsia con 67%; en el 2009 se presentaron 21 casos donde el 81% corresponde a preclamsia, durante el año 2010 se presentaron 27 casos donde el 59% corresponde a la preclamsia, durante el 2011 se presentaron 38 casos donde la causa con mayor prevalencia la preclamsia con el 58%.

---

<sup>4</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad Materna. 2016. 3,11p.

<sup>5</sup> Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The Prevalence of Maternal Near Miss. *An Int J, Obstet Gynaecol.* 2012 Jun [cited 2017 May 10]; 119: 653–61. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00132582-201306000-00015>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad Materna. 2017.

<sup>6</sup> CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Garantizar la implementación y seguimiento del protocolo de control y vigilancia de morbilidad materna extrema en la empresa social del estado Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá en el I periodo 2014. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería



El Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá, notificó 72 gestantes en el 2014<sup>7</sup>; 78 gestantes para el 2015<sup>8</sup> y 120 gestantes para el 2016<sup>9</sup>, quienes presentaron criterios de inclusión para morbilidad materna extrema, por lo cual pusieron en riesgo su vida. Al realizar la entrevista a la sobreviviente se consideró importante profundizar la entrevista en busca de las posibles barreras encontradas en el proceso de atención que debió recibir la mujer desde el momento que decide concebir o concibió un hijo bien sea planeado o no. Según la ruta de atención materno perinatal todo hombre y mujer en edad reproductiva y con vida sexual activa en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos deben recibir atención preconcepciones o anticonceptiva según sea su decisión, por lo tanto son estos dos programas por los cuales inicia la relación con la IPS primaria todo hombre y/o mujer con vida sexual activa.

En el año 2017 se realizó la notificación de 120 gestantes que cumplieron al menos con un criterio de inclusión para el evento de MME basándose en el protocolo instaurado por el INS.

Se reconoce que las intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna deben focalizarse en las mujeres en la categoría de riesgo de morbilidad materna extrema. En algunos países, los sistemas de información de morbilidad materna operan de forma automática y simultánea con la atención recibida, generando un mecanismo de alerta y dando lugar a intervenciones terapéuticas o preventivas para detener la progresión de la complicación de la mujer y prevenir la muerte materna.<sup>10</sup>

En el año 2018 se realizaron la notificación de 76 MME en donde se encontró que la principal causa es preeclampsia con un porcentaje de 68.42 en los criterios de inclusión.

En el año 2018 se atendieron 352 partos y se realizaron 422 cesáreas para un total de 774, de los cuales se notificaron 76 casos al SIVIGILA que contaron con al menos

---

<sup>7</sup> CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Garantizar la implementación y seguimiento del protocolo de control y vigilancia de morbilidad materna extrema en la empresa social del estado Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá en el I periodo 2014. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2014

<sup>8</sup> CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Barreras presentadas en la ruta recorrida por madres con complicaciones maternas severas remitidas al HUS durante el año 2015. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2015.

<sup>9</sup> CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Garantizar la implementación y seguimiento del protocolo de control y vigilancia de morbilidad materna extrema en la empresa social del estado Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá en el II periodo 2018. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería

<sup>10</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, MINSALUD. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Morbilidad Materna Extrema. Código 549. 2017 versión 03. <https://www.ins.gov.co/buscador-ventos/Lineamientos/PRO%20Morbilidad%20materna%20extrema.pdf> . 25- julio-2019

1 criterio de inclusión para el evento MME basándose en el protocolo instaurado por el INS.<sup>11</sup>

## **2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la caracterización de los eventos en mujeres con complicaciones maternas severas remitidas al Hospital Universitario De La Samaritana Bogotá durante el 2018?

---

<sup>11</sup> oficina de estadística hospital universitario de la samaritana consultado en febrero 4 del 2019

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar epidemiológicamente, a partir del análisis individual y colectivo, los casos de Morbilidad materna extrema, atendidas en el servicio de ginecología del Hospital universitario de la samaritana, durante el año 2018.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Identificar las características sociodemográficas de las mujeres que presentaron los casos de morbilidad materna extrema en el año 2018.
  
- ❖ Determinar los factores asociados al evento morbido en la población en las mujeres atendidas en el hospital universitario de la samaritana que presentaron alguna complicación en los casos de morbilidad materna extrema.
  
- ❖ Generar un mapa de georreferenciación del Departamento de Cundinamarca con las pacientes remitidas al hospital Universitario de la Samaritana con criterios de inclusión para el evento de Morbilidad materna extrema.

## 4. JUSTIFICACIÓN

La morbilidad materna extrema es un evento de salud pública que sirve para evaluar los servicios de salud para así tener una atención oportuna y corregir las demoras que se tuvieron con cada gestante mejorando la calidad de atención para disminuir complicaciones obstétricas que pueden llegar de esta manera a una mortalidad materna.

La organización mundial de la salud (OMS) define morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como “una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”.

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública en su componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” define como una estrategia, la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, así como el fortalecimiento de sistemas de información<sup>12</sup>.

Por otra parte, el país cuenta con una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para población materno-perinatal establecida dentro del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Esa ruta incluye actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos donde transcurre la vida de las personas y/o los prestadores primarios<sup>13</sup>.

El gobierno de Colombia cuenta con un sistema de información llamado (SIVIGILA) en donde los hospitales deben por obligatorio cumplimiento captar y notificar los eventos de Morbilidad Materna Extrema, en el hospital universitario de la samaritana se realiza una búsqueda activa diaria por los servicios de ginecobstetricia captando casos que cumplan más de 1 criterio para poder notificar de manera inmediata.

En el hospital universitario de la samaritana se notificaron 76 casos de Morbilidad materna extrema en el año 2018, y se realizaban cada mes 4 análisis de los casos más complicados, en donde se estudian las 4 fallas en la atención integral de salud y así poder lograr una oportuna atención. Esto se realiza en conjunto con la pasante de la universidad de Cundinamarca; se debe hacer un seguimiento de los casos, primero se captan las maternas que ingresan para así reportarlas si cumplen con

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2012: 452

<sup>13</sup> ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. 2016

los criterios estandarizados, seguido a esto se realiza una entrevista y se les hace un seguimiento hasta que el niño cumpla el año de vida, evidenciando así si la madre tuvo alguna complicación, y además para garantizar una prevención de un embarazo evitando periodos inter genésicos cortos.

## 5. ANTECEDENTES

En la investigación podemos destacar que durante los últimos 9 años se ha realizado un estudio de gran magnitud referente a la morbilidad materna en el Hospital Universitario de la Samaritana, encabezado por la Universidad de Cundinamarca en el que se ha visto reflejado en 6 trabajos obteniendo los siguientes resultados:

La investigación inició en el 2008 al 2011 con el proyecto “**CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ ENERO 2008 A DICIEMBRE 2011**” elaborado por LEIDY PAOLA VILLAMIL GÓMEZ, EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO, JENNY CAROLINA PORTILLO SÁNCHEZ, CINDY ROCIO ESCOBAR DÍAZ, DIANA PAOLA MARROQUÍN ZUÑIGA, ZULMA JASLEYDI JAUREGUI VELANDIA, INGRID MARCELA PARRADO MONTEALEGRE auxiliares de investigación, en conjunto con CARLOTA CASTRO QUINTANA docente investigadora. El objetivo de esta investigación fue determinar la morbilidad materna extrema del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, en el periodo comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2011 con el fin de implementar la vigilancia y seguimiento de los casos presentados. Ésta permitió identificar 113 casos de morbilidad materna extrema de los cuales se tomaron solo los casos pertenecientes al departamento de Cundinamarca para la caracterización de los mismos; la distribución de los casos hallados por cada año fue en el 2008 27 (24%) casos, 2009 21 (18%) casos, 2010 27 (24%) casos y 2011 38 (34%) casos. Las edades en el que se presenta el mayor número de casos de morbilidad materna extrema son 15 – 29 años con 75 casos (63%). Las provincias con mayor número de casos de Morbilidad Materna Extrema como lo fueron Soacha con 20 casos (18%), Sabana Occidente con 18 casos (16%) y Sabana Centro con 16 casos (14%); identificar las ciudades se encuentra con mayor incidencia de casos a Soacha con 12 casos (11%), seguido de Zipaquirá con 6 casos (5%) en el periodo de estudio. De estos datos se consideró trabajar en protocolizar la atención de las gestantes de alto riesgo en las enfermedades trazadoras, enfatizando en la prevención, diagnóstico oportuno y manejo con el fin de evitar las complicaciones y salvaguardar su vida y la de su hijo, poder tener en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y generar planes de mejoramiento para la atención materno-perinatal con base en los eventos presentados y fortalecer los programas de detección oportuna de la gestante, realizando identificación, control y manejo del riesgo tal como lo establece la norma de morbilidad materna extrema.

En el año 2013 se continuó con la investigación “**DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA ACTIVA PARA LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ EN EL II PERIODO DE 2013**”

elaborada por NIDIA TERESA RINCÓN FRANCO pasante de Enfermería, DORIS ESTHER NAVARRETE PEÑUELA Asesora por el Hospital, CARLOTA CASTRO QUINTANA asesora de la Universidad de Cundinamarca. La revisión de los casos de morbilidad materna extrema en el Hospital de la Samaritana permitió identificar 32 casos de los cuales se tomaron solo 24 los cuales cumplieron los requisitos completos en el periodo comprendido entre el 1 de julio al 30 de noviembre de 2013. Con este informe se pudo analizar una inadecuada adherencia a los controles prenatales y por este motivo se presentan complicaciones durante la gestación, además se identificaron barreras geográficas, barreras económicas y del apoyo familiar, además permitió detallar que el proceso de prevención no se cumplió con estas maternas, ya que dentro de las entrevistas realizadas muchas de ellas que tuvieron uno o dos controles prenatales se les informo sobre los factores de riesgo y signos de alarma pero que estas no lo cumplieron a cabalidad. Como conclusión se recomendó implementar el sistema de vigilancia epidemiológica, iniciando con la detección temprana de los casos de morbilidad materna extrema en especial aquellos con riesgo de Eclampsia, Cardíaco, Vascular, Hepático, Metabólico, Cerebral, Respiratorio, Coagulación; o Ingreso a UCI, Transfusiones o Intervenciones Quirúrgico. Una de las recomendaciones del mismo, fue apoyar el sistema de vigilancia epidemiología con un comité de morbilidad materna extrema, quienes se encargarían de hacer un acompañamiento al manejo clínico y de alta a los casos presentados y realizar su respectivo plan de mejoramiento, estructurar un programa de atención a la gestante de alto riesgo con énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del evento, en especial las crisis hipertensivas, hemorragias obstétricas y procesos infecciosos y que se realizará un seguimiento a los registros de las historias clínicas, con el fin de mejorar la información relacionada con la evolución y manejo oportuno del cuadro clínico de la mujer con morbilidad materna extrema.

En el año 2014 el proyecto **“SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA DE LA EMPRESA SOCIAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ AÑO 2014”** elaborado por YULY PAOLA RODAS TARQUINNO pasante de Enfermería, DORIS ESTER NAVARRETE P., Asesora por el Hospital Samaritana Bogotá, CARLOTA CASTRO QUINTANA, Asesora Interna y Responsable del proyecto. Este permitió identificar 72 gestantes que presentaron criterios de inclusión por lo cual pusieron en riesgo su vida, en este periodo se pudo identificar que no existe edad exenta de presentar criterios que ponen en riesgo la vida de la usuaria gestante. Este trabajo permitió detectar cuales las dificultades más específicas que han presentado las maternas resaltando que algunas de ellas ya habían sido identificadas en el trabajo anterior como lo son la geografía en el sentido del área de residencia de cada materna que le imposibilita o limita el acceso a los centros de salud, y de tal manera tener los controles prenatales oportunos y necesarios para el seguimiento de la misma. Otro fue la educación, la falta de compromiso y de oportunidad que se le da a la planificación siendo falla para que mujeres que no

desean quedar embarazadas. En conclusión, la investigación permitió estructurar un plan de mejoramiento para la atención a la gestante de alto riesgo a nivel institucional, con énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del evento, en especial las crisis hipertensivas, hemorragias obstétricas y procesos infecciosos, con el fin de disminuir su ingreso a la UCI. Dentro de este plan de mejoramiento se recalcó la importancia de la capacitación al personal de salud que debe atender a las mujeres gestantes, la coordinación del trabajo intersectorial e interinstitucional para mejorar la referencia y la contra referencia de los casos de morbilidad materna extrema y lograr un seguimiento a la mujer, así como institucionalizar la ruta de atención interdisciplinaria de la gestante de alto riesgo obstétrico que ingresa al Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá.

En el año 2015, el proyecto “**BARRERAS PRESENTADAS EN LA RUTA RECORRIDA POR MADRES CON COMPLICACIONES MATERNAS SEVERAS REMITIDAS AL HUS DURANTE EL AÑO 2015 FASE I**” elaborado por YEYMY LILIANA GOMEZ TORRES pasante de Enfermería, DORIS ESTER NAVARRETE P., Asesora del Hospital Samaritana Bogotá, CARLOTA CASTRO QUINTANA, asesora interna y responsable del proyecto. Se identificaron 78 gestantes que presentaron criterios de inclusión por lo cual pusieron en riesgo su vida, durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015. A diferencia de los trabajos anteriores pero en cierta manera identificando las mismas dificultades de la materna este trabajo se centró siendo la primera fase en relacionar cuales fueron las barreras principales que tiene la materna relacionándolos con la ruta de atención que a esta se le presta pero destacando el momento que desencadeno el estado patológico de la materna y de tal manera de ello tomarlo y generar los momentos de atención el que la ruta fuera aplicada a la materna en riesgo desde antes de empezar su vida sexual ya que como lo refleja las investigaciones no existía edad constante para la notificación de ello se concluye que de acuerdo a las evidencias obtenidas en el proceso que se ha llevado a cabo por parte de la Universidad de Cundinamarca, se recomienda continuar con el seguimiento y control para evidenciar los casos existentes y trabajar en conjunto con las IPS que más notifican casos para mejorar la atención en el primer nivel y realizar un seguimiento a la evolución del evento y a la anticoncepción, continuar con la búsqueda activa de los casos de morbilidad materna extrema para identificar al 100% la notificación buscando día a día el mejoramiento en la oportunidad de captación, seguimiento y de trabajo interdisciplinario para retroalimentar los procesos de atención.

En el año 2016, el proyecto “**BARRERAS PRESENTADAS EN LA RUTA RECORRIDA POR MADRES CON COMPLICACIONES MATERNAS SEVERAS REMITIDAS AL HUS DURANTE EL AÑO 2016 FASE II**” elaborado por HÉCTOR FABIAN MIRANDA GUTIERREZ, pasante de Enfermería, DORIS ESTER NAVARRETE P., asesora del Hospital Samaritana Bogotá, CARLOTA CASTRO QUINTANA, asesora interna y responsable del proyecto. Éste permitió identificar 120 maternas con criterios de severidad, encontrándose con gran variedad en las



edades, las barreras que más se resaltan son las geográficas y las económicas, pudiendo analizar que podrían ser causales de ausencias a los controles prenatales. Adicional a ello, se concluyó que hubo un aumento en los casos con respecto a los años anteriores por la actualización del protocolo de morbilidad materna extrema del Instituto Nacional de Salud, ya que en este se aumentaron los criterios de inclusión. Los seguimientos a la materna son de vital importancia para evitar complicaciones luego del egreso. Por último, se insiste en la capacitación del personal de los protocolos de atención a la materna, así como los resultados de dicha investigación para identificar demoras en los procesos de atención.

En el año 2017 el proyecto “**BARRERAS PRESENTADAS EN LA RUTA RECORRIDA POR MADRES CON COMPLICACIONES MATERNAS SEVERAS REMITIDAS AL HUS DURANTE EL AÑO 2017**” elaborado por NORA PAOLA JIMENEZ TARAZONA, pasante de Enfermería, DORIS ESTHER NAVARRETE P, asesora del Hospital Universitario de la Samaritana, CARLOTA CASTRO QUINTANA, asesora interna y responsable del proyecto. Esta intervención permitió identificar 120 maternas que cumplían al menos con un criterio de severidad, se encontraron varios aspectos de relevancia como la escasez de controles prenatales en las gestantes, la edad, patologías de relevancia que pueden agudizar el cuadro clínico de la materna; durante la realización de las entrevistas a las sobrevivientes de MME otra de las principales barreras que se presenta en esta población, es la ubicación geográfica que en muchas oportunidades imposibilita a la paciente a recurrir a un sitio de atención cercano.

## 6. MARCOS DE REFERENCIA

### 6.1 MARCO TEÓRICO

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, la familia, las comunidades, se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma posibilidad o riesgo de padecer un daño determinado, ya que dicha probabilidad en algunos es mayor que en otros.

Factor de riesgo potencial: figuran fundamentalmente los preconceptionales (clase social, estado civil, nivel académico, paridad, edad materna). Requieren fundamentalmente atención prenatal y neonatal durante el parto. El objetivo fundamental en este grupo es controlar la evolución del proceso para evitar que el riesgo se convierta en real.

Factor de riesgo real (alto riesgo obstétrico – ARO): la patología o anomalía ya se encuentra establecida (toxemia, diabetes, hemorragia, anemia), da origen a su vez a la constitución de dos grupos: uno con aquellos casos cuyo problema puede ser abordado eficazmente en el centro donde son captados (anemia por déficit de hierro) y otros que requieren derivación a centros de mayor complejidad en el momento oportuno del embarazo o para la atención del parto (enfermedad hemolítica fetal).

La utilización del enfoque de riesgo en la atención de los problemas de salud se basa en el principio de dar cuidado diferenciado y en la posibilidad de seleccionar individuos o grupos según grados de riesgo.<sup>14</sup>

Hay tres diferentes definiciones compatibles de morbilidad materna aguda severa:

1. Una complicación obstétrica severa que amenaza la vida y requiere una intervención médica urgente con el fin de prevenir la probable muerte materna.

2. O cualquier mujer embarazada o con parto reciente cuya supervivencia inmediata se ve amenazada y que sobrevive por azar o por la atención hospitalaria que recibió.

3. O una mujer muy enferma que habría muerto si no hubiera sido que la suerte, y la buena atención estaban de su lado<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> HERNÁNDEZ PÉREZ, Róger Rafael, et al. Cumplimiento de llenado de las hojas de Historia Clínica Perinatal (HCP) de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I Semestre 2012 y 2013. 2015. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

<sup>15</sup> JURADO OCAMPO, Nathalie, et al. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. 2015. p21.

Principales pasos en un estudio de riesgo:

- ❖ Revisión sistemática de la información disponible
- ❖ La investigación epidemiológica (estrategia).
- ❖ Revisión de la estructura y funcionamiento del sistema de salud.
- ❖ Desarrollo y prueba de la nueva estrategia.
- ❖ Evaluación de la nueva estrategia.

Los factores de riesgo pueden ser tanto un indicador de riesgo, como causas de daño, ello depende del criterio que se establezca, sobre si la característica es una causa de daño o simplemente un indicador.

## **6.2 MARCO CONCEPTUAL**

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA:** La morbilidad materna extrema ha sido considerada como un complemento a la investigación de las muertes maternas para la evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y de tal forma hacer seguimiento, buscar las barreras que la materna tuvo durante gestación, parto, puerperio y control pos evento como lo reglamenta la normatividad vigente y así establecer los objetivos que plantea el proyecto dirigido a la población atendida por el Hospital Universitario de la Samaritana en Bogotá; lo cual lleva a la investigación un paso adelante para el seguimiento y obtención de datos que eviten y mejoren la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes y de las futuras gestantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como “una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.”<sup>16</sup>

## **6.3 MARCO GEOGRÁFICO**

La propuesta de Reorganización y modernización de la Red pública departamental, por parte del Ministerio de Salud en octubre del 2013, mediante el cual se pretende mejorar la accesibilidad, oportunidad, suficiencia, pertinencia, continuidad e

---

<sup>16</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Protocolo de vigilancia en salud pública Morbilidad Materna Extrema. 2017 pág., 4.

integralidad en la atención; su sostenibilidad financiera, su funcionalidad operativa y su repercusión en la calidad de vida de los Cundinamarqueses.

La propuesta de clasificación de las instituciones prestadoras de servicios de salud de Cundinamarca; resaltando que los cambios frente a lo actual consisten en: Hospital Universitario de Samaritana pasa de III a IV nivel de atención; Hospitales: Mario Gaitán Yanguas de Soacha, Zipaquirá y San Rafael de Facatativá pasan a ser de III nivel de atención; Hospital San Martín de Porres de Chocontá; Santa Matilde de Madrid y Hospital Salazar de Villeta pasan de I a II nivel. El Hospital de Ubaté y de Fusagasugá, aunque siguen siendo de II nivel aumentan un grado de complejidad. El Hospital de Funza se proyecta como una institución independiente, en la actualidad depende administrativamente del Hospital de Madrid.<sup>17</sup>

**6.3.1 Población.** Cundinamarca territorialmente está conformada por 116 municipios de los cuales, 43 cuentan con población inferior a 8.000 habitantes representan el 37% del total departamental. 48 cuentan con población entre 8.001 y 20.000 habitantes representan el 41% del total departamental. 15 cuentan con una población entre 20.001 y 50.000 habitantes, estos representan el 13% del total departamental. 4 cuentan con una población entre 20.001 y 50.000 habitantes, estos representan el 3% del total departamental. 6 cuentan con una población entre 20.001 y 50.000 habitantes, estos representan el 6% del total departamental.

Hay que resaltar que el número de habitantes en el municipio de Soacha se ha incrementado sustancialmente debido al proyecto de viviendas con una ampliación en 227.254 que representó un aumento poblacional cerca de 909.018 habitantes, hecho que pudo repercutir sobre la demanda de prestación de servicios de salud.<sup>18</sup>

## **6.4 MARCO INSTITUCIONAL**

El Hospital Universitario de la Samaritana fue fundado por el profesor Jorge Enrique Cavelier Jiménez durante la gobernación del Dr. Liborio Cuellar Durán. El comienzo de la institución se oficializa mediante la Ordenanza 24 de abril 28 de 1932, expedida por la Asamblea de Cundinamarca y por Decreto No. 847 de octubre 5 de 1933.

A lo largo de su historia, el Hospital Universitario de la Samaritana ha pasado por cuatro etapas, todas distintas e importantes. La primera se inicia con su fundación como Seccional del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca, especializándose en el tratamiento y control de las enfermedades de transmisión sexual, las cuales

---

<sup>17</sup> GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Propuesta de reorganización, rediseño y modernización de la red departamental de servicios de salud de Cundinamarca, Bogotá 2013

<sup>18</sup> *Ibíd.* pág, 23.

representaban un importante problema de salud pública en la ciudad de Bogotá y en el Departamento, dada su alta incidencia, secuelas, tiempo prolongado de tratamientos y mortalidad.

Ante la necesidad de brindar servicios de hospitalización a los pacientes con estas enfermedades, el Dr. Cavelier coordina e impulsa la construcción del Hospital en 1933, pero sólo hasta 1937, terminada la construcción de la segunda planta, se inicia el servicio de hospitalización con capacidad para 80 camas.

La segunda etapa se inicia en 1945, con la terminación de las obras de los cinco pisos, ampliándose así los servicios para el tratamiento de otras enfermedades, y de esta manera convirtiéndose en el Hospital General de la Samaritana a partir del 22 de marzo de 1945. Desde ese momento se vienen prestando servicios de Cardiología, Radiología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Sifilografía, Dermatología, Neurología, Psiquiatría, Medicina General, Cirugía Plástica, Ortopedia, Laboratorio, Otorrinolaringología, Oftalmología y Urología.

La tercera etapa comienza en 1955, cuando cambia su nombre a Hospital Universitario de la Samaritana. El profesor Jorge Cavelier viendo la importancia del desarrollo académico, según lo expresa en el informe de su gestión de 1944: "... la creciente necesidad de nuevos campos de vastos de estudios e investigación... crea el ineludible deber de hacer de los centros hospitalarios instituciones docentes...", sentó las bases para un desarrollo académico - asistencial formal, consolidándose a lo largo de los años como un hospital de alta complejidad, única institución de referencia para el Departamento de Cundinamarca, con carácter científico y docente altamente calificado, participando en el desarrollo de la medicina en Colombia, consolidando los servicios ya existentes y abriendo nuevos, como la Unidad Renal en 1977, la UCI en 1978 y la Unidad de Gastroenterología en 1979.

La cuarta etapa se desarrolló bajo la dirección del Doctor Mauricio Alberto Bustamante García, con el reto de superar la profunda crisis administrativa y financiera en la que se encontraba la institución a comienzos de 1995, cuando la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, crea las condiciones para transformar el Hospital en Empresa Social del Estado, hecho efectuado por Ordenanza 072 del 27 de diciembre de 1995 de la Asamblea de Cundinamarca. A partir de ese entonces, se van estableciendo nuevos retos para el Hospital Universitario de la Samaritana, el más importante comportarse como una Empresa prestadora de servicios de salud, autosuficiente, sin dejar de lado su permanente desarrollo académico, docente y científico, rasgos característicos desde su creación y logros que se gestaron durante la administración del Dr. Germán Augusto Guerrero Gómez, quien ocupó el cargo hasta inicios del año 2012.

La quinta etapa se desarrolló durante la administración del Doctor Oscar Alonso Dueñas Araque, impulsó la renovación tecnológica como una de las fortalezas que permitirán que la ESE Hospital Universitario de La Samaritana con más de 80 años de tradición académica y científica, siga consolidada como una entidad referente del manejo de procedimientos de alta complejidad.<sup>19</sup>

## **6.5 MARCO ÉTICO**

Teniendo en cuenta la ley 911 de 2004<sup>20</sup>, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, en el capítulo I, artículo 18 la información personal recolectada en esta investigación será confidencial y los resultados de ésta serán expuestos de manera general. En cuanto al capítulo IV, artículo 29, la participación en la investigación se realizará de forma voluntaria otorgando libremente su consentimiento.

En cuanto a la Resolución 8430 de 1993<sup>21</sup> del Ministerio de Salud que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en el artículo 5, se respetará la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar del sujeto de investigación. En cuanto al artículo 11, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se clasifica esta investigación, sin riesgo. Para artículo 13, se contará con el consentimiento verbal de cada sobreviviente para participar en la entrevista. Para la sistematización, tabulación de la información y el informe no revelarán la identificación de las mujeres que presentaron los eventos de morbilidad materna en el HUS 2018.

## **6.6 MARCO LEGAL**

Por medio del marco legal se describirán las normas que protegen y respaldan la atención para la mujer en edad procreativa, gestación, parto y puerperio. Es de considerar que la Morbilidad Materna se ha convertido en uno de los eventos principales de la salud pública, con el objetivo de analizar los casos y así lograr disminuir los índices de mortalidad materna.

---

<sup>19</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. Marco institucional Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2017.

<sup>20</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 911 (5 de Octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.

<sup>21</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de Octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C.

Las rutas de atención en promoción de la salud y la materno perinatal se encuentran enmarcados en la resolución número 003280 – 2 de agosto de 2018 pagina 2 de 348 *“Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materna perinatal y se establece las directrices para su operación, con el objetivo de realizar la caracterización de las Maternas en la ruta integral de la misma”*<sup>22</sup>

**6.6.1 Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema 29 De marzo del 2016.** “Realizar la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema que permita activación de mecanismos de respuesta inmediata, estimación de la magnitud y tendencia del evento y la orientación de acciones para mejorar la calidad de los servicios de atención obstétrica en busca de la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal en el territorio nacional”.

Por medio de la adherencia del protocolo se busca presentar información actualizada sobre las características demográficas clínicas y epidemiológicas de la morbilidad materna extrema en el territorio nacional, identificar las estrategias y el proceso de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Orientar las medidas individuales y colectivas de prevención y control ante los casos de morbilidad materna extrema, orientar la investigación epidemiológica del evento, orientar a los diferentes actores del sistema sobre las responsabilidades en la identificación, diagnóstico, manejo, prevención y control de la morbilidad materna extrema, establecer los indicadores de vigilancia en salud pública para la morbilidad materna extrema en el país.<sup>23</sup>

**6.6.2 Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años.** Este protocolo indica los criterios, pasos y acciones quedan respuesta a las necesidades y demandas específicas de esta etapa del ciclo vital y que deben seguir los profesionales de servicios de salud para garantizar una atención holística, oportuna y de calidad a la adolescente durante su proceso de gestación.

En lo que respecta el control prenatal para esta población, la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, especialmente en el primer trimestre (antes de las semanas 10 y 11). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado un porcentaje alto de las jóvenes que inician su control prenatal de forma tardía debido a diferentes circunstancias. Debe ser remitida a

---

<sup>22</sup> rutas de atención en promoción de la salud y la materno perinatal se encuentran enmarcados en la resolución número 003280 – 2 de agosto de 2018 pagina 2 de 348.

<sup>23</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 911 (5 de Octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.

obstetricia, desde el momento de la captación o identificación de la paciente, el control se realizará en conjunto con el obstetra, entre el obstetra cada cuatro semanas y el equipo interdisciplinario de I nivel (médico general y/o enfermera), también cada cuatro semanas, intercalando la atención cada dos semanas. Según criterio, la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34.<sup>24</sup>

La anticoncepción postparto de la adolescente menor de 15 años debe ser orientado a escoger el método que más se ajuste a ella y, en todos los casos, debe ser el de su elección. Del 17% al 35% de las adolescentes vuelven a quedar embarazadas en el primer año postparto (Reine, Schücking y Wenzlaff, 2008; Ford, 1983).

### **6.6.3 Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013.**

Desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbilidad materno-perinatal asociada a los siguientes aspectos: 1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. 2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. 3. Infecciones del embarazo y el puerperio (ruptura prematura de membranas y toxoplasmosis). 4. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. 5. Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, y hemorragia posparto).<sup>25</sup>

### **6.6.4 Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad materna: acciones para superar las demoras I y II año 2014.**

El proceso de educación comunitaria para salud se ha realizado históricamente de múltiples formas y uno de los temas más tratados, ha sido la prevención de las complicaciones de la gestación, del parto y el puerperio y por supuesto, del recién nacido. Este documento contiene el proceso metodológico y los resultados de la investigación socio antropológico, que recoge y analiza la formación de conceptos erróneos sobre la valoración de signos y síntomas de alarma en la gestación.

Por esta razón, se propuso abordar esta situación de una manera diferente que incluyera en primera instancia, una investigación y análisis a fondo sobre los determinantes sociales y culturales de las Demoras I y II y el diseño participativo de

---

<sup>24</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Bogotá. ISBN: 9789588735702.

<sup>25</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLCIENCIAS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: Alianza CINETS; 2013. ISBN: 9789588838076.



estrategias que se consolidan en un plan de fortalecimiento social y comunitario, que permita superar los contenidos adversos y dar paso a la acción eficiente que corresponde a las mujeres, sus familias y comunidades como estrategia para la reducción de la morbilidad materna y perinatal.<sup>26</sup>

**6.6.5 Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema: evaluación de la Implementación.** En las últimas décadas, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido diversas normas e implementado múltiples estrategias tendientes a la reducción de la mortalidad materna en el país, entre estas se encuentra el Modelo de Vigilancia de la Morbilidad materna extrema, definido este evento como: “una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”. Este Modelo se implementó primero en forma de piloto entre 2007 y 2008 con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y en 2012 se introdujo el evento de morbilidad materna extrema en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. El Modelo fue concebido como un complemento a la vigilancia de la mortalidad materna que se llevaba a cabo en el país, de tal forma que se puede documentar y auditar este evento severo que es de mayor frecuencia que la mortalidad, identificado mediante criterios clínicos en hospitales de mediana y alta complejidad y evaluando las posibles fallas en el proceso de la atención de la gestante, impactando así la Mortalidad Materna. El reto de disminuir la Mortalidad Materna en Colombia es grande y se han dado pasos en la dirección correcta. Evaluar lo que se ha hecho es necesario y orienta sobre lo que hay que hacer para lograr de manera más efectiva los resultados esperados.<sup>27</sup>

Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Es una herramienta que permite evaluar la respuesta institucional de baja, mediana y alta complejidad frente a las emergencias obstétricas, encontrar las causas de las fallas en el proceso de atención a partir de los casos evaluados y construir un plan de mejoramiento que posibilite disminuir la probabilidad de ocurrencia de la morbilidad y la mortalidad.

Se fundamenta en, evaluación de la respuesta institucional para la atención de la emergencia obstétrica, análisis de caso individual de Morbilidad materna, Plan de mejoramiento para la seguridad de atención en la emergencia obstétrica contiene una caja de herramientas entre las cuales se encuentra los Diagramas de flujo para la atención obstétrica, Kits para el manejo de la Emergencia Obstétrica, Indicadores

---

<sup>26</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas: acciones para superar las demoras I y II. Bogotá, 2014.

<sup>27</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema: Evaluación de la Implementación. Bogotá, 2014. ISBN: 9789588735696

para el monitoreo de la seguridad en la Emergencia Obstétrica, de resultados y de severidad.<sup>28</sup>

**6.6.6 Plan decenal de salud pública (2012 – 2021).** El diseño del plan decenal va encaminado a la participación del cubrimiento de la población en salud con equidad, uno de sus enfoques dentro de sus objetivos estratégicos, es cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables; el cual a pesar del cubrimiento preventivo en los últimos 20 años con programas de promoción y prevención, no se ha logrado eliminar al 100% de los casos existentes prevenibles, así existan los servicios de salud y tecnología implementada para el proceso de atención, la cual genero fallas.

El Plan Decenal De Salud Pública crea unos lineamientos para que las personas que tiene contacto con el sistema de salud brinden una atención con eficiencia y Calidad. Incorporando el enfoque de riesgo en todos sus procesos de atención, para lograr este objetivo.<sup>29</sup>

Lo anterior se articula con la necesidad de disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad Materna, por medio de los lineamientos creados por el PDSP, lo cual contribuye a brindar una maternidad segura.

**6.6.6.1 Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.** En base a la política nacional de salud sexual y reproductiva, (SSR) quien direcciona los derechos y deberes de una sexualidad segura y todo lo relacionado con su entorno, muestra un panorama de alcance que permite tener una maternidad segura; los lineamientos estandarizados de la política, buscan generar aspectos saludables, que brinden confort en esta etapa de la vida y poder recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo.<sup>30</sup>

**6.6.7 Protocolo de mortalidad materna.** Realizar la vigilancia en salud pública de toda muerte de mujer durante el embarazo, parto y primer año postparto, que incluya las muertes de causa incidental y las violentas (homicidios y suicidios), dentro del territorio colombiano, para la caracterización e identificación de sus factores determinantes que oriente a la toma de decisiones, diseño de políticas públicas o

---

<sup>28</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Bogotá, 2014. ISBN: 9789588735665

<sup>29</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Grupo de Comunicaciones, Imprenta Nacional de Colombia, 2013

<sup>30</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá, 2014.

diseño de intervenciones que favorezcan la equidad y la eliminación de barreras de los servicios, las acciones intersectorial e institucional, hacia una maternidad segura y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.<sup>31</sup>

Este protocolo permite identificar la mujer gestante en riesgo y con evento inminente de desarrollar una complicación y morir por esta causa tanto la madre como el producto de su gestación, priorizar y activar protocolos de atención que minimicen el riesgo de morir y los efectos sobre su calidad de vida futura y la del bebe. Además de ayudar a plantear acciones de mejora en el proceso de atención y acompañamiento a la mujer en gestación de parte de las instituciones de salud en los diferentes niveles de atención a partir de la identificación de las demoras en la atención y el cumplimiento de la ruta de atención materno perinatal a la que tiene derecho la mujer y su familia en gestación.

El Hospital Universitario de la Samaritana a partir del protocolo de Morbilidad Materna Extrema del INS, código 549, realizo la adopción del mismo legalizándolo por la oficina de Calidad del Hospital, el cual ha tenido los ajustes acorde a los cambios que realiza el Instituto Nacional de Salud.<sup>32</sup>

**6.6.8 Mortalidad materna y embarazo en adolescentes.** El riesgo de muerte materna es el doble cuando se trata de partos en adolescentes, en comparación con mujeres adultas. Una de cada cinco mujeres menores de 19 años (19,5%) ha estado embarazada. Se hace necesario fortalecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de educación sexual para adolescentes, para que puedan tomar decisiones informadas, y hacer uso de métodos anticonceptivos seguros, así como recibir atención integral en caso de violencia sexual. Adicionalmente, garantizar atención en salud de calidad para las adolescentes embarazadas que les permita tener partos seguros, y evitar embarazos siguientes, en caso de no desearlos.

En el 2012, hubo más de 6500 nacimientos de hijos de madres entre 10 y 14 años, considerados por la ley colombiana como resultado de violencia sexual, circunstancia amparada en la sentencia 355 del 2006 como causal de interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, las adolescentes desconocen este derecho y/o las instituciones de salud no ofrecen el servicio oportunamente.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá, 2014.

<sup>32</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, MINSALUD. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Morbilidad Materna Extrema. Código 549. 2017 versión 03. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Morbilidad%20materna%20extrema.pdf> . 25- julio-2019

<sup>33</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Título: en Colombia mueren cerca de 500 mujeres embarazadas cada año, por causas evitables. [Boletín de prensa web].

El fortalecimiento en la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno perinatal para adolescentes y jóvenes favorece el acceso a la información de los derechos sexuales y reproductivos e incrementan el acceso a métodos anticonceptivos efectivos, siendo estas las acciones que pueden ayudar en la reducción de los embarazos en adolescentes y en prevenir el embarazo no planeado en las mujeres en cualquier momento de su vida reproductiva.

Este trabajo preventivo sin duda es de carácter intersectorial liderado por la comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos quienes deben garantizar el cumplimiento de la política pública del estado apoyado por la organización de las naciones unidas que se fortaleció con el Conpes 147 del 2012 y la estrategia para la atención integral de niños, niñas y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia 2015-2025.

**6.6.9 Protocolo mortalidad perinatal y neonatal tardía.** Realizar la vigilancia epidemiológica en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el territorio nacional, que permita generar información oportuna, valida y confiable que oriente la puesta en marcha de estrategias para mejorar los procesos de atención integral desde la pre concepción, gestación, parto, post parto y del recién nacido encaminados a disminuir los factores de riesgo para presentar mortalidad perinatal y neonatal tardía.

Los objetivos principales son determinar las medidas de frecuencia y distribución del comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, identificar las características socio demográficas de la población afectada por la mortalidad perinatal y neonatal tardía, brindar herramientas de análisis confiables a los programas de maternidad segura con el fin de orientar acciones intersectoriales que permitan el control de factores de riesgo para presentar mortalidad perinatal y neonatal tardía, en todo el territorio nacional, determinar los cambios epidemiológicos en el comportamiento de la Mortalidad perinatal y neonatal tardía generar elementos que permitan orientar acciones claras para intervención de la mortalidad perinatal y neonatal tardía desde el análisis agrupado de los periodos perinatales de riesgo.<sup>34</sup>

**6.6.10 Política de atención integral en salud (país).** El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la

---

<sup>34</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo Mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2015.

promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias, y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto requiere la adopción de los instrumentos y la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales.<sup>35</sup>

**6.6.11 Rutas integrales de atención en salud (RIAS).** El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Las RIAS están constituidas por tres tramos: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores. 2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para —evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento. 3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.<sup>36</sup>

**6.6.12 Ruta Integral de Atención para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca.** La secretaria de Salud de Cundinamarca en

---

<sup>35</sup> MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, Política de Atención integral en salud, Colombia. 2016. Pág 30.

<sup>36</sup> MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, Rutas Integrales de Atención en salud, Colombia. 2016. Pág 4.

el año 2017 realiza la adopción y adaptación de la ruta materno perinatal denominándola “Ruta Integral de Atención para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca” la cual incluye una serie de atenciones ordenadas e intencionadas que garanticen:<sup>37</sup>

- ❖ Valorar integralmente la salud materno-perinatal de los y las cundinamarquesas.
- ❖ Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan a la mujer gestante transitar por el suceso vital de la maternidad de forma segura, saludable y feliz.
- ❖ Gestionar temprana, oportuna e integralmente los riesgos en salud a los que se enfrentan, y que incluyen reducir la susceptibilidad al daño, teniendo en cuenta tanto los riesgos aculados como los que emergen durante este suceso vital
- ❖ Afectar entornos para que sean protectores y potenciadores de una maternidad segura, tanto para la mujer gestante como para el recién nacido (familiar, educativo y espacio público)
- ❖ Articular acciones del sector salud con otros sectores orientados a lograr realizaciones en sus derechos, reducir brechas en equidad y afectar los determinantes sociales en salud.

Esta ruta presenta los flujogramas para la gestión del riesgo individual en salud, representando la Ruta de la Maternidad Segura, Saludable y Feliz y el de Promoción de la Salud,<sup>38</sup> además del documento técnico para el Lineamiento del Proceso de Atención a la Mujer, el Hombre y su Familia desde la Intención por la Gestación, Gestación, Parto y Posparto sin exclusión a causa de la seguridad social con énfasis en la población en edad reproductiva.

---

<sup>37</sup> Ruta integral de atención para la Maternidad Segura, saludable y Feliz de Cundinamarca. Fundamentos Conceptuales, Técnicos y Operativos. Secretaria de salud de Cundinamarca. Hospital Universitario de la Samaritana. 2017. Pag 208. 10-05-2019

<sup>38</sup> Ibid. Pág. 256

## 7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

**Tabla 1. Operacionalización de las variables**

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Valor Final
Morbilidad materna extrema: una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida, pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos. <sup>39</sup>	Enfermedad específica	Diagnóstico	Cualitativo nominal	Si – No
	Falla orgánica	Diagnóstico	Cualitativo nominal	Si – No
	Manejo específico	Diagnóstico	Cualitativo nominal	Si – No
<b>VARIABLES INDEPENDIENTE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALOR FINAL</b>
Características sociodemográficas: conjunto de características biológicas y sociales que están presentes en la población sujeta al estudio y que pueden ser medibles.	Características personales	Edad	Cuantitativo continuo	Referido en años
		Procedencia	Cualitativo nominal	Referido en lugar
		Condición de vulnerabilidad	Cualitativo nominal	Habitante de la calle Población adolescente Personas con discapacidad Desmovilizados Desplazados Población en centros psiquiátricos Población migratoria Población en centros carcelarios

<sup>39</sup> Ibid. Pág 21.

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Valor Final
		Estado civil	Cualitativo nominal	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja No está casada y lleva menos de un año viviendo con su pareja Está separada / divorciada Esta viuda Esta soltera Está casada
		Escolaridad	Cualitativo nominal	Preescolar Básica primaria Básica secundaria Media académica Media técnica Normalista Técnica profesional Especialización Maestría Doctorado Ninguno
		Ocupación	Cualitativo nominal	Referido en oficio
		Aseguramiento en salud	Cualitativo nominal	Contributivo Subsidiado Excepción Especial No afiliada
		Cabeza de familia	Cualitativo nominal	Si – No
		Medicina no tradicional	Cualitativo nominal	Si – No
	Características familiares	Toma de decisiones familiares	Cualitativo nominal	La mujer El conyugue La mujer y su conyugue Los padres de la mujer



Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Valor Final	
				Los padres del conyugue Otros	
		Víctima de algún tipo de violencia	Cualitativo nominal	Violencia física Maltrato verbal Violencia sexual Abandono Otra Ninguna	
		Embarazo producto de violación	Cualitativo nominal	Si – No	
		Ingreso mensual familiar	Cuantitativo ordinal	Referido en pesos	
		Personas dependientes del ingreso	Cualitativo ordinal	Referido en números	
	Características comunitarias	Accesibilidad centro de salud	Cualitativo nominal	Referido en minutos	
		Necesidad de redes de apoyo	Cualitativo nominal	Si – No	
		Acceso a medios de comunicación	Cualitativo nominal	Si tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna Si tuvo acceso y no obtuvo respuesta Si tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna No tuvo acceso	
	Antecedentes: Datos de interés relacionado con los eventos pasados de importancia médica, que poseen los sujetos participantes en el estudio.	Antecedente Preconcepcional	Fórmula obstétrica	Cualitativo nominal	G_P_C_A_V_M
			Antecedentes patológicos	Cualitativo nominal	Si – No
Consulta preconcepcional			Cualitativo nominal	Si – No	
Complicaciones en el último embarazo			Cualitativo nominal	Si – No	

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Valor Final
		Riesgo relacionado con la última complicación	Cualitativo nominal	Si - No
		Planificación	Cualitativo nominal	Si – No
		Método	Cualitativo nominal	Hormonal oral Hormonal inyectable Hormonal transdérmico Implante DIU medicado DIU no medicado Ligadura de trompas Barrera Métodos naturales No aplica
		Razón	Cualitativo nominal	Por creencias religiosas Oposición del compañero u otro familiar No quería porque estaba buscando la gestación No lo consideraba importante No tuvo acceso Otro No aplica
		Pensó en la Interrupción voluntaria del embarazo	Cualitativo nominal	Si pensó en interrumpir su embarazo y solicitó el procedimiento Si pensó en interrumpir su embarazo, pero no solicitó el procedimiento

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Valor Final
				No pensó en interrumpir su embarazo No aplica
Complicación actual: Relacionado con las patologías actuales que derivan en la complicación de los sujetos de investigación.	Información gestacional	Deseo de la gestación	Cualitativo nominal	Quería embarazarse en ese tiempo Quería esperar un poco más para embarazarse No quería embarazarse No sabe
		Control prenatal	Cualitativo nominal	Si – No
		Institución control prenatal	Cualitativo nominal	Nombre de la institución
		Atención del control prenatal	Cualitativo nominal	Médico general Médico especialista Enfermera Promotor de salud Partera empírica Enfermera obstetra Otro, especifique No sabe
		Número de controles prenatales	Cuantitativo ordinal	Referido en números
		Edad gestacional al inicio del control prenatal	Cuantitativo ordinal	Referido en semanas
		Necesidad de hospitalización	Cualitativo nominal	Si – No
		Institución de hospitalización	Cualitativo nominal	Nombre de la institución

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Valor Final
		Tiempo de inicio de la complicación y la búsqueda de ayuda	Cualitativo nominal	Referido en tiempo
		Gravedad del problema	Cualitativo nominal	Si – No
		Demoras	Cualitativo nominal	Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros Falta de confianza en el centro de salud Temor por haberse hecho un aborto Falta de dinero para transportarse Tener que pagar la atención Falta de medio de transporte en esos momentos Lejanía del centro de salud Problemas de orden público Oposición familiar Otra No aplica

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **8.1 ENFOQUE**

Esta investigación se aborda desde un enfoque cuantitativo, ya que se cuantifica la caracterización del conjunto de eventos de Morbilidad materna extrema presentados durante el año 2018, datos numéricos que son complementados con información que se obtiene a través las entrevistas y los estudios de casos utilizando la narrativa y la categorización que caracteriza el proceso de atención clínico y el recibido en los niveles de atención en el que fue identificado el caso en forma primaria.

### **8.2 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de tipo observacional, al pretender medir y analizar la variable sin intervenir en ella. El alcance es de tipo descriptivo ya que la investigación busca describir, las complicaciones severas presentadas por las mujeres en gestación que son remitidas al Hospital Universitario de la Samaritana. El estudio es retrospectivo, dado que se toman los registros de los casos presentados en un periodo epidemiológico pasado, los datos son recolectados a través de la Historia clínica de cada paciente y a través del seguimiento telefónico que se realiza a la misma para verificar su estado de salud actual asociado a la condición presentada durante la gestación, parto y puerperio hasta un año después del evento. Según el periodo y secuencia del estudio, es de tipo transversal ya que la variable será medida en una sola ocasión.

### **8.3 UNIVERSO**

Mujeres hospitalizadas en el hospital Universitario de la Samaritana, en el servicio de ginecoobstetricia, durante el año 2018, correspondiente 830<sup>40</sup>.

### **8.4 POBLACIÓN**

Mujeres gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Universitario de la Samaritana, con un total de 774<sup>41</sup> en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2018.

---

<sup>40</sup> Oficina de estadística, Hospital Universitario de la Samaritana, consultada en febrero de 2019.

<sup>41</sup> *Ibíd.* Pág. 42.

## 8.5 MUESTRA

Todas las gestantes y puérperas hasta los 42 días después del parto que cumplan por lo menos con un criterio de inclusión para morbilidad materna extrema, atendidas en el Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, en el periodo comprendido de 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018, con un total de 76 casos de MME reportados al SIVIGILA.

## 8.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

**Relacionada con la enfermedad específica:** Eclampsia, sepsis o infección sistémica severa, hemorragia obstétrica severa, preclamsia severa, ruptura uterina, aborto séptico/hemorrágico, enfermedad molar, embarazo ectópico roto, enfermedad autoinmune, enfermedad hematológica, enfermedad oncológica, enfermedad endocrino metabólica, enfermedad renal, enfermedad gastrointestinal, eventos trombo embólicos, eventos cardio cerebro vasculares.

**Relacionada con la disfunción orgánica:** cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria, coagulación.

**Relacionada con el manejo:** necesidad de transfusión, necesidad de UCI, necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia.

**Lesiones de causa externa:** accidente, intoxicación accidental, intento de suicidio, víctima de violencia física.

**Otros eventos de interés de salud pública:** Todo evento de interés en salud pública que origine una condición crítica de salud materna-perinatal, durante la gestación, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación.

## 8.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen a las gestantes y puérperas que no hayan cursado por una complicación severa y no cumplen con ningún criterio relacionado con la enfermedad específica, la disfunción orgánica, el manejo, una lesión de causa externa u otros eventos de interés en salud pública. Y aquellas mujeres en gestación, parto y puerperio que vivan o procedan de una ciudad fuera de Cundinamarca.

## 9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 9.1 TÉCNICAS

**Reporte del evento:** sistematización, información obtenida en la sede Bogotá, en aplicativos SIVIGILA y en base de datos Excel para la entrevista desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2018.

**Observación:** recolección rutinaria y búsqueda activa de Madres con situación de complicaciones maternas severas que cumplan con los criterios de la ficha de tamizaje morbilidad materna extrema y diligenciamiento de los formatos protocolo morbilidad materna extrema, del Instituto Nacional de Salud.

**Revisión documental:** revisión de historias clínicas de madres con situación de complicaciones maternas severas, sistematización de la información obtenida.

**Entrevistas:** se realiza una vez la paciente se encuentre en condiciones estables de salud, ya sea durante la hospitalización o el egreso. 1. La entrevista a la sobreviviente, del Instituto Nacional de Salud se compone de 50 preguntas agrupadas en 6 partes mujer, familia, comunidad, antecedentes preconceptionales y prenatales, datos de la gestación y datos de la morbilidad. 2. La entrevista a la sobreviviente acerca de las barreras en la ruta materna, se compone de 18 partes, cada una referente a un momento de la atención. Estas entrevistas se complementan una a la otra.

**Análisis de casos:** Se analizan cuatro casos mensualmente en compañía del Subdirector del área de Ginecoobstetricia y la enfermera líder del programa de SIVIGILA, teniendo como base la historia clínica. En este se analizan las demoras en la atención en salud.

### 9.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados son los definidos por el Instituto Nacional de Salud en el protocolo de Morbilidad materna extrema, los cuales son de obligatorio uso para el reporte y seguimiento al evento:

**Ficha de notificación:** Morbilidad materna extrema (549), la cual orienta y define criterios de inclusión relacionados con enfermedad específica, disfunción orgánica y el manejo específico. Se hace a través de la revisión de la historia clínica lo que permite ampliar los datos requeridos en la ficha de notificación (ver en anexo 1).

**Entrevista a la sobreviviente:** se realiza directamente a la madre sobreviviente siguiendo el instrumento del Instituto Nacional de Salud. Los datos son confrontados a través de la observación de la comunicación no verbal de la mujer que presentó el evento de Morbilidad materna extrema y la historia clínica (ver anexo 2).

**Lista de chequeo:** permite identificar los posibles riesgos y el grado de peligrosidad que se tiene frente a una persona, grupo o comunidad, con el fin de eliminar o reducir el peligro. Para este se utilizó los momentos de la ruta materna y se creó la lista de chequeo para la materna (ver anexo 3).

**Formato de unidad de análisis individual:** este instrumento del Instituto Nacional de Salud, se diligencia durante el análisis individual de cada caso de morbilidad materna extrema. Adicionalmente se clasifica en las 4 demoras en la atención en salud (ver anexo 4).



## **10. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Aspectos éticos a considerar: Para garantizar la confidencialidad de la información del caso revisaran las historias clínicas personas autorizadas y que hayan suscrito compromiso de confidencialidad de la información, en las bases de datos y en material que se analice grupal, no se registraran los nombres ni documento de identificación de la madre ni su bebe.

El proceso de recolección rutinaria y búsqueda activa de madres con situación de complicaciones maternas severas, que cumplan con los criterios de la ficha de tamizaje de Morbilidad materna extrema del Instituto Nacional de Salud y diligenciamiento de los formatos correspondientes a dicho protocolo, así como la sistematización de la información se realizó diariamente desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2018.

La información se registró en los aplicativos SIVIGILA y en la base de datos Excel, esta fue revisada y retroalimentada durante la evolución de cada paciente.

Los análisis de casos realizados fueron revisados junto al equipo interdisciplinario, dicha información se categorizo según las 4 demoras de la metodología del Instituto Nacional de Salud: “La ruta de la vida - camino a la supervivencia”

Se realizan llamadas a las Maternas que fueron captadas y notificadas al SIVIGILA por presentar un evento de Morbilidad Materna Extrema haciendo un seguimiento y realizando la entrevista, para así tener una base de datos completa de la Materna.

## 11. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los eventos de Morbilidad Materna extrema registrados en el periodo de enero a diciembre de 2018 en el Hospital universitario de la Samaritana, permite caracterizar socio demográficamente, caracterizar el evento mórbido, analizar las demoras en los estudios de caso, tipo I: reconocer que se necesita ayuda y/o atención medica ante un problema de salud; tipo II: tomar la decisión de pedir ayuda y/o atención medica ante un problema de salud; tipo III: tomar la decisión de pedir ayuda y/o atención medica ante un problema de salud Y la demora tipo IV: recibir atención oportuna, cálida y de calidad ante un problema de salud.<sup>42</sup>

El Hospital Universitario de la Samaritana siendo una institución de cuarto nivel, líder de la red hospitalaria en el departamento de Cundinamarca, da el ingreso a pacientes de todo el departamento de las zonas urbanas y rurales. Por tal motivo, en la institución se lleva a cabo la identificación de los casos de morbilidad materna extrema desde el área de SIVIGILA, según los criterios de inclusión del protocolo de dicho evento.

El siguiente análisis se realiza con 74 casos notificados del 1 enero hasta el 31 de Diciembre del 2018, el mayor porcentaje se notificó en los meses de enero y marzo.

**Tabla 2. Número de casos de morbilidad materna extrema notificados durante el año 2018.**

Mes	Casos reportados
Enero	10
Febrero	4
Marzo	4
Abril	11
Mayo	10
Junio	6
Julio	3
Agosto	4
Septiembre	2
Octubre	8
Noviembre	5
Diciembre	9

<sup>42</sup> Cita Ruta integral de atención para la Maternidad Segura, saludable y Feliz de Cundinamarca. Fundamentos Conceptuales, Técnicos y Operativos. Secretaria de salud de Cundinamarca. Hospital Universitario de la Samaritana. 2017. Pág. 150

Mes	Casos reportados
Total	76

Fuente: Base de datos Morbilidad materna extrema del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2018.

Para el registro anual de casos se ha tenido en cuenta los aspectos y criterios de inclusión que el protocolo de morbilidad materna extrema indica para la notificación del evento. En este caso haciendo referencia al Hospital Universitario de la Samaritana hubo un incremento del 17% durante el año 2016, con respecto a los años anteriores, ya que se ha visto intervenida por la misma actualización del protocolo y el aumento de criterios de inclusión<sup>43</sup>. Para este año, se han reducido en 75% número de casos en relación al 2016.

Para el 2013<sup>44</sup> con un total de 190 casos notificados, el Hospital Universitario de la Samaritana atendió el 12,63% (24 casos), para el 2014<sup>45</sup> de los 610 casos notificados, la institución atendió el 11,98% (72 casos), para el 2015<sup>46</sup> hubo un aumento con 870 reportes el que el Hospital hizo su notificación con el 8.96% (78 casos), en el año 2016<sup>47</sup> de los 517 casos notificados, la institución atendió el 22,21% (120 casos) (ver Gráfica 1). En el año 2018 hubo una disminución de los eventos notificados con un 36.7%

---

<sup>43</sup> Ibíd, pág 8.

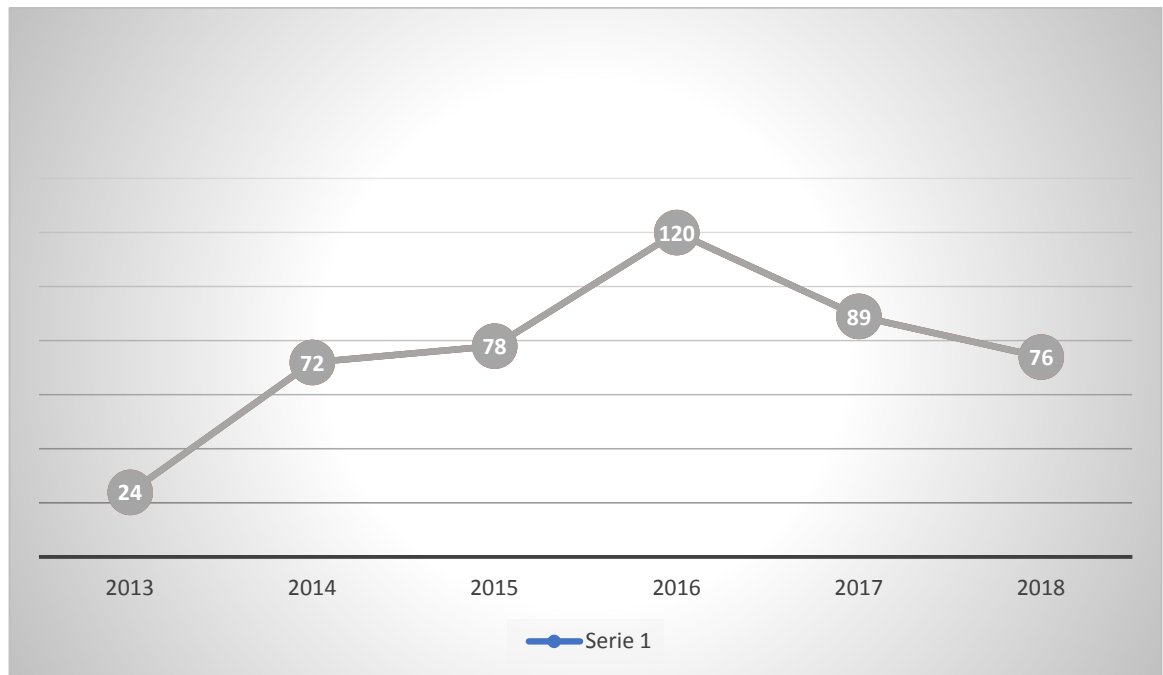
<sup>44</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2013.

<sup>45</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2014.

<sup>46</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2015.

<sup>47</sup> Ibíd, pág. 52

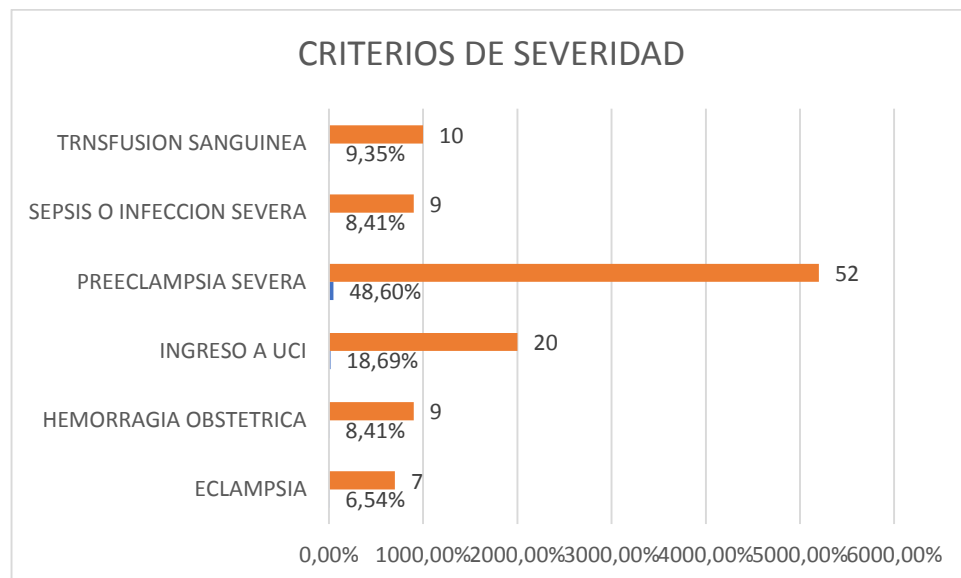
**Gráfica 1. Balance anual de casos de morbilidad materna extrema**



Fuente: Base de datos Morbilidad materna extrema del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2018.

En relación con los criterios de inclusión, el número de criterios que tuvo cada una de las pacientes nos puede dar un indicador de la severidad del evento obstétrico por el que cursó la paciente, el 42,11% presentaron uno o dos criterios de inclusión y el 68,42% presentó tres o más criterios, indicando que fueron pacientes gravemente enfermas con un riesgo mucho mayor de muerte frente a las pacientes con uno o dos criterios de inclusión. En el grupo de los criterios relacionados con el manejo específico tiene el mayor peso el criterio de ingreso a unidad de cuidado intensivo, notificado en 20 pacientes correspondientes al 52.63%. En el grupo de criterios por falla orgánica el mayor peso lo tiene la falla vascular presentándose en 45 casos correspondientes al 45.65%, seguido en menor proporción por la falla metabólica con 8 casos correspondientes al 8.12%. Finalmente, de los criterios de inclusión relacionados con enfermedad específica en casos correspondiente a 48.60% se reportó preeclampsia severa, en 9 casos correspondientes al 8.41 % se reportó hemorragia obstétrica severa y en 7 casos correspondiente al 6.54% se reportó eclampsia (ver Gráfica 2).

**Gráfica 2. Morbilidad materna extrema según criterios de inclusión.**



Fuente: Base de datos Morbilidad materna extrema del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2018.

De las gestantes con morbilidad materna extrema que recibieron atención en el Hospital Universitario de la Samaritana, el 100% son procedentes de 3 municipios a nivel nacional (Cundinamarca, Bogotá, Casanare y Tolima). El departamento con más casos reportados fue Cundinamarca, siendo Bogotá el de mayor reporte con 12 casos, representando el 15%, seguido de Soacha con 9 casos (11%). el departamento de Casanare se reportan 13 casos (14.3%), Tolima 1 caso (1.3%) (Ver Gráfica 3).



Fuente: Base de datos Morbilidad materna extrema del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2018.

## 12. INDICADORES MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

### 12.1 ENERO-2018

Nacidos vivos (NV)	90
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	10
Total criterios de inclusión casos de MMEG	33
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	5
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	111,1
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	3,3
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	50,0%

### 12.2 FEBRERO- 2018

Nacidos vivos (NV)	60
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	4
Total criterios de inclusión casos de MMEG	12
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	3
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	66,7
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	3,0
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	75,0%

### 12.3 MARZO -2018

Nacidos vivos (NV)	70
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	4
Total criterios de inclusión casos de MMEG	13
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	2
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	57,1



Indice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	3,3
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	50,0%

#### 12.4 ABRIL -2018

Nacidos vivos (NV)	78
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	11
Total criterios de inclusión casos de MMEG	46
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	8
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	141,0
Indice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	4,2
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	72,7%

#### 12.5 MAYO -2018

Nacidos vivos (NV)	67
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	10
Total criterios de inclusión casos de MMEG	23
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	3
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	149,3
Indice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	2,3
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	30,0%

#### 12.6 JUNIO-2018

Nacidos vivos (NV)	65
Muertes maternas (MM)	1
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	6

Total criterios de inclusión casos de MMEG	18
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	4
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	1538,5
Razón de MMEG (x1.000 NV)	92,3
Índice de mortalidad	14,3%
Relación MMEG / MM	6,0
Relación Criterios / Caso	3,0
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	66,7%

### 12.7 JULIO -20108

Nacidos vivos (NV)	74
Muertes maternas (MM)	1
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	5
Total criterios de inclusión casos de MMEG	11
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	1
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	1351,4
Razón de MMEG (x1.000 NV)	67,6
Índice de mortalidad	16,7%
Relación MMEG / MM	5,0
Relación Criterios / Caso	2,2
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	20,0%

### 12.8 AGOSTO- 2018

Nacidos vivos (NV)	62
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	3
Total criterios de inclusión casos de MMEG	8
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	1
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	48,4
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	2,7
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	33,3%

### 12.9 SEPTIEMBRE 2018

Nacidos vivos (NV)	59
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	2
Total criterios de inclusión casos de MMEG	7
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	2
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	33,9
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	3,5
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	100,0%

### 12.10 OCTUBRE DE 2018

Nacidos vivos (NV)	49
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	8
Total criterios de inclusión casos de MMEG	14
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	2
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	163,3
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	1,8
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	25,0%

### 12.11 NOVIEMBRE 2018

Nacidos vivos (NV)	47
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	5
Total criterios de inclusión casos de MMEG	14
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	3
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	106,4
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	2,8

% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	60,0%
---	-------

### 12.12 DICIEMBRE -2018

Nacidos vivos (NV)	54
Muertes maternas (MM)	0
Morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	9
Total criterios de inclusión casos de MMEG	23
Casos MMEG con 3 o más criterios de inclusión	4
Razón de mortalidad materna (x100.000 NV)	0,0
Razón de MMEG (x1.000 NV)	166,7
Índice de mortalidad	0,0%
Relación MMEG / MM	0,0
Relación Criterios / Caso	2,6
% de casos de MMEG con 3 o más criterios de inclusión	44,4%

### 13. DISCUSIÓN

La morbilidad materna extrema, ha sido utilizada como indicador de la calidad en la prestación de servicios de salud y se ha convertido en una estrategia para la disminución de las muertes maternas haciendo un análisis de los casos e implementando a través de los años planes de mejoramiento y ajustes en la ruta de atención. La ruta de atención materna se implementa con el fin garantizar la atención integral en salud a las gestantes, su familia y su comunidad a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud.

Conociendo que los eventos de morbilidad materna son en su mayoría prevenibles, se buscó identificar las barreras en la ruta de atención materna, que pueden aumentar el riesgo de complicaciones severas en las gestantes.

Dentro de los resultados sociodemográficos, se encontró que el grupo de edad más representativo fue el de 20 a 24 años con un 30% de las gestantes, seguido del grupo de 25 a 29 años para un 22%. Se reportó un 75% de población adolescente y joven, evidenciando un aumento con relación a los datos obtenidos en la investigación durante el año 2016, donde este era del 68%.

El 82% de los casos notificados se encuentran en el régimen subsidiado. En el país las personas que se encuentran afiliadas a este régimen son de bajos recursos que no tienen la capacidad de pago, lo cual indica que puede ser implícitas a condiciones de pobreza y bajos niveles de educación lo que aumenta el riesgo en la gestación. Esta información concuerda con estudios similares como el realizado por Lindquist y colaboradores en el 2013, donde muestran que hay un aumento en la incidencia de morbilidad materna en las pacientes que se encuentran en estratos socioeconómicos bajos.<sup>48</sup> El 6% no se encontraba asegurado, este es un fenómeno que está presentando el país por la migración de población en su mayoría venezolana, y que está representando un problema tanto social, como de salud.

Esta dificultad para acceder a los servicios de salud podría explicar también la disminución en controles prenatales, donde se puede identificar que el 12% de las maternas, no asistieron a ningún control prenatal y el 24% lo iniciaron tardíamente. Esto nos puede indicar una falla desde los entes territoriales en la búsqueda activa de las gestantes en su población.

---

<sup>48</sup> LINDQUIST, Anthea; KNIGHT, Marian; KURINCZUK, Jennifer J. Variation in severe maternal morbidity according to socioeconomic position: a UK national case-control study. *BMJ open*, 2013, vol. 3, no 6, p. e002742.

Dentro de las causas principales de morbilidad materna, las más frecuentes fueron la preclamsia severa (67%), hemorragia obstétrica severa (13%) y la eclampsia (9%). Según el informe del evento del Instituto Nacional de salud, *“los trastornos hipertensivos se encuentran íntimamente ligados con debilidades en la atención pre-concepcional y prenatal, y el débil proceso de identificación e intervención de riesgos en las mujeres, y en este sentido son las mismas causas las que se encuentran como causa principal de la mortalidad materna en el país”*.<sup>49</sup>

En relación a las barreras en la ruta materna más importantes, encontramos la consulta preconcepcional, donde ninguna de las maternas entrevistadas tenía conocimiento de esta consulta, esto es una alerta en cuanto al empoderamiento de los derechos sexuales y procreativos de las mismas pacientes, ya que no consultaron para verificar su estado de salud antes de quedar embarazadas, por lo menos con medicina general. La falta de identificación adecuada de los signos de alarma por parte de las gestantes, ya que el 52% no consideraron que su estado de salud fuera grave, retrasando la búsqueda de ayuda. Esto posiblemente se debe a la falta de orientación durante la consulta preconcepcional, donde el médico, la enfermera o auxiliar de enfermería, dependiendo del recurso en la institución de salud no le brinda la información y educación que requiere según la condición de salud, momento del embarazo, riesgos generados entre otros aspectos que están determinados en la guía.

Una de las fortalezas del presente estudio, es el apoyo del Hospital Universitario de la Samaritana, al permitir el acceso a la información por parte de la Universidad de Cundinamarca. Como limitaciones se encuentra la falta de recurso humano, limitando el reporte de los casos ya que en ausencia de los enfermeros en formación de la profundización de salud sexual y procreativa del programa de la universidad de Cundinamarca los reportes bajan por falta de seguimiento y acompañamiento a los casos presentados.

Es importante dar a conocer los resultados del presente estudio tanto a los entes territoriales de Cundinamarca, como al Hospital Universitario de la Samaritana, para fortalecer la atención de las maternas en todos los niveles.

---

<sup>49</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2016. p, 29.

## 14. CONCLUSIONES

- ❖ En el año 2018 la primera causa de MME fue preeclampsia severa con un porcentaje de 68,42.
- ❖ En los criterios de inclusión el mayor porcentaje lo obtuvo 3 a más criterios con un porcentaje de 57,89 y de 1 a 2 criterios tuvo un porcentaje de 42,11.
- ❖ En las edades en que mayor se presentó en evento de MME fue entre 19 a 29 años de edad presentando un porcentaje del 50 % de las gestantes notificadas.

## 15. RECONOCIMIENTO

- ❖ La demora que mayor se presenta es la primera, puesto que la gestante no acude al servicio de salud a tiempo debido a la falta de reconocimiento de su problema de salud, esto se debe a que falta educación y seguimiento de los casos por parte de la salud local y de los promotores de las IPS primarias, retroalimentar a los primeros niveles para que haya una mejoría en el seguimiento de los casos.
- ❖ Caracterizar los eventos de los últimos 5 años de los eventos mórbidos, por parte de la docente Carlota Castro Quintana y el estudiante de prácticas del año 2019
- ❖ realización de una directriz institucional para que los médicos cumplan con el compromiso de llenar la ficha de notificación de MME ya que se ha evidenciado que cuando no se encuentra el estudiante de la universidad de Cundinamarca hay un decremento de la captación y notificación de los casos.



## BIBLIOGRAFÍA

CASTRO QUINTANA, Carlota y otros. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá enero 2008 a diciembre 2011. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2011.

CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Barreras presentadas en la ruta recorrida por madres con complicaciones maternas severas remitidas al HUS durante el año 2016. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad Materna. 2016. 3,11p. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20materna.pdf>

TUNÇALP, Ö., et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2012, vol. 119, no 6, p. 653-661. Disponible en línea: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x/full>

CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Garantizar la implementación y seguimiento del protocolo de control y vigilancia de morbilidad materna extrema en la empresa social del estado Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá en el I periodo 2014. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2014

CASTRO QUINTANA, Carlota y NAVARRETE PEÑUELA, Doris y otros. Barreras presentadas en la ruta recorrida por madres con complicaciones maternas severas remitidas al HUS durante el año 2017. Bogotá: Universidad de Cundinamarca. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Enfermería. 2017.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Objetivos de desarrollo del Milenio - Informe 2015. Colombia: Nuevas ediciones S.A, 2015. 33p. ISBN 978-958-8902-91-3 Disponible en línea: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinformedoc-2015.pdf>

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia Herramientas de aproximación al

contexto local. Colombia. 80p. ISBN 978-958-8902-92-0 Disponible en línea: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWS-2016.pdf>

MONROY, Aura Meliza Mejía; BECERRIL, Gerardo Efraín Téllez; VARGAS, A. G. Morbilidad materna extrema (near miss) muertes maternas. *Arch Inv Mat Inf*, 2012, vol. 4, no 3, p. 146-53. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123e.pdf>

JIMÉNEZ, Julia Matilde Pupo. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos/Critical ill maternal patient according to causes of admission to the intensive care unit. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 2017, vol. 16, no 3. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie173h.pdf>

MARIÑO MARTÍNEZ, Carlos Andrés, et al. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Instituto Materno Infantil–Hospital la Victoria/Characterization of extreme morbidity disease in the Instituto Materno Infantil–Hospital la Victoria. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en línea: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2519/>

HERNÁNDEZ PÉREZ, Róger Rafael, et al. Cumplimiento de llenado de las hojas de Historia Clínica Perinatal (HCP) de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I Semestre 2012 y 2013. 2015. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Disponible en línea: <http://repositorio.unan.edu.ni/1354/>

JURADO OCAMPO, Nathalie, et al. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. 2015. p21. Disponible en línea: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8686/24338460-2014.pdf?sequence=1>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Protocolo de vigilancia en salud pública Morbilidad Materna Extrema. 2017 pág, 4. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Propuesta de reorganización, rediseño y modernización de la red departamental de servicios de salud de Cundinamarca, Bogotá 2013

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. Marco institucional Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá 2017. Disponible en línea: [www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 911 (5 de Octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C. Disponible en línea: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de Octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C. Disponible en línea: [http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion\\_008430\\_1993/](http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/)

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Normas de atención y guías de atención en salud y enfermedades de interés en salud pública. Resolución 0412 /2000. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Bogotá. ISBN: 9789588735702. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLCIENCIAS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: Alianza CINETS; 2013. ISBN: 9789588838076. Disponible en línea: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_embarazo/gpc\\_embarazo.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/gpc_embarazo.aspx)

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas: acciones para superar las demoras I y II. Bogotá, 2014. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema: Evaluación de la Implementación. Bogotá, 2014. ISBN: 9789588735696. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Bogotá, 2014. ISBN: 9789588735665. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Modelo-Seguridad-Emerg-Obst.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Grupo de Comunicaciones, Imprenta Nacional de Colombia, 2013. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá, 2014. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Título: en Colombia mueren cerca de 500 mujeres embarazadas cada año, por causas evitables. [Boletín de prensa web]. Colombia, 2015. Disponible en línea: <http://nacionesunidas.org.co/blog/2015/05/08/en-colombia-mueren-cerca-de-500-mujeres-embarazadas-cada-ano-por-causas-evitables/>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo Mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2015. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, Política de Atención integral en salud, Colombia. Disponible en línea: 2016. Pág 30. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, Rutas Integrales de Atención en salud, Colombia. 2016. Pág 4. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2013. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202013.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2014. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202014.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2016. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202015.pdf>

BELLO-ÁLVAREZ, Laura Margarita, et al. Indicadores de morbilidad materna extrema en una clínica universitaria de tercer nivel de complejidad. Cartagena, Colombia. Una evaluación retrospectiva. *Revista Ciencias Biomédicas*, 2012, vol. 3, no 2. Disponible en línea: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1113>

LINDQUIST, Anthea; KNIGHT, Marian; KURINCZUK, Jennifer J. Variation in severe maternal morbidity according to socioeconomic position: a UK national case-control study. *BMJ open*, 2013, vol. 3, no 6, p. e002742. Disponible en línea: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/6/e002742.short>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento morbilidad materna extrema. Colombia, 2016. p, 29. Disponible en línea: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202016.pdf>

# ANEXO A. FICHA DE NOTIFICACIÓN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: 549



## SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Ficha de notificación Subsistema de información SIVIGILA



### Morbilidad materna extrema código INS: 549

Evento de notificación inmediata

**RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS** FOR-R02.0000-049 V:02 AÑO 2016

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. Número de identificación</b>
*RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTIDAD   CC: CÉDULA CIUDADANÍA   CE: CÉDULA EXTRANJERÍA   PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID		

#### 5. SISTEMA DE REFERENCIA

5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra institución? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 Institución de referencia 1	5.3 Institución de referencia 2	5.4 Tiempo del trámite de remisión <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Horas
---	---------------------------------	---------------------------------	---

#### 6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

6.1 Número de gestaciones <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.2 Partos vaginales <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.3 Cesáreas <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.4 Abortos <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.5 Molas <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.6 Ectópicos <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.7 Muertos <input style="width: 20px;" type="text"/>	
6.8 Vivos <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.9 Fecha de terminación de la última gestación (dd/mm/aaaa) <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.10 Regulación de la fecundidad <input type="radio"/> 1. No usó método por desconocimiento <input type="radio"/> 2. No usó método por problemas administrativos <input type="radio"/> 3. No usó método por que no deseaba <input type="radio"/> 4. Natural				<input type="radio"/> 5. Dispositivo intrauterino <input type="radio"/> 6. Hormonal <input type="radio"/> 7. Barrera <input type="radio"/> 8. Quirúrgico <input type="radio"/> 9. Otro	

#### Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores

6.11. Número de controles prenatales <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.12 Semanas al inicio CPN <input style="width: 20px;" type="text"/>	6.13 Terminación de la gestación <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 2. Parto <input type="radio"/> 3. Parto instrumentado <input type="radio"/> 4. Cesárea <input type="radio"/> 5. Continúa embarazada				
6.14 Edad de gestación al momento de ocurrencia <input style="width: 20px;" type="text"/> Semanas	6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación <input type="radio"/> 1. Antes <input type="radio"/> 2. Durante <input type="radio"/> 3. Después	6.16 Estado del recién nacido <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto	6.17 Multiplicidad <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.18 Peso del recién nacido <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Peso RN si hay más de dos productos</small>		

#### 7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

<b>7.1. Enfermedad específica</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td>7.1.1. Eclampsia</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.9. Hematológica</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.2. Sepsis o infección sistémica severa</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.10. Oncológica</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.3. Hemorragia obstétrica severa</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.11. Endocrino / metabólicas</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.4. Preeclampsia</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.12. Renales</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.5. Ruptura uterina</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.13. Gastrointestinales</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.6. Aborto séptico</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.14. Eventos tromboembólicos</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.7. Embarazo ectópico</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.15. Cardiocerebrovasculares</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.1.8. Autoinmune</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.1.16. Otras</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> </table>								7.1.1. Eclampsia	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.9. Hematológica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.2. Sepsis o infección sistémica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.10. Oncológica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.3. Hemorragia obstétrica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.11. Endocrino / metabólicas	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.4. Preeclampsia	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.12. Renales	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.5. Ruptura uterina	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.13. Gastrointestinales	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.6. Aborto séptico	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.14. Eventos tromboembólicos	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.7. Embarazo ectópico	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.15. Cardiocerebrovasculares	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.8. Autoinmune	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.16. Otras	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>TOTAL DE CRITERIOS</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
7.1.1. Eclampsia	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.9. Hematológica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.2. Sepsis o infección sistémica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.10. Oncológica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.3. Hemorragia obstétrica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.11. Endocrino / metabólicas	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.4. Preeclampsia	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.12. Renales	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.5. Ruptura uterina	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.13. Gastrointestinales	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.6. Aborto séptico	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.14. Eventos tromboembólicos	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.7. Embarazo ectópico	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.15. Cardiocerebrovasculares	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.1.8. Autoinmune	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.16. Otras	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
<b>7.2. Falla orgánica</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td>7.2.1. Cardíaca</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.2.5. Metabólica</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.2.2. Vascular</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.2.6. Cerebral</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.2.3. Renal</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.2.7. Respiratoria</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> <tr> <td>7.2.4. Hepática</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> <td>7.2.8. Coagulación</td><td><input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No</td> </tr> </table>								7.2.1. Cardíaca	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.5. Metabólica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.2. Vascular	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.6. Cerebral	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.3. Renal	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.7. Respiratoria	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.4. Hepática	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.8. Coagulación	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																	
7.2.1. Cardíaca	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.5. Metabólica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.2.2. Vascular	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.6. Cerebral	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.2.3. Renal	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.7. Respiratoria	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
7.2.4. Hepática	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.8. Coagulación	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																					
<b>7.3. Manejo específico</b> 7.3.1. Ingreso a UCI <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.3.2. Cirugía adicional <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.3.3. Transfusión <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		<b>7.4. Lesiones de causa externa</b> 7.4.1. Accidente <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.4.2. Intoxicación accidental <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.4.3. Intento suicida <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.4.4. Víctima de violencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																												
7.5. Otros eventos de interés en salud pública <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No																																								

¿Cuál?

## ANEXO B. ENTREVISTA A LA SOBREVIVIENTE DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD**

**VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA  
PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**



PROCESO DE VIGILANCIA DE RIESGO EN SALUD PÚBLICA - DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE RIESGO

### Anexo 5. Entrevista a la sobreviviente de morbilidad materna extrema

ENTREVISTA A LA SOBREVIVIENTE DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	
DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	
Fecha de realización de la entrevista: ____ / ____ / ____      Fecha de egreso hospitalario: ____ / ____ / ____	
1	Institución de salud:
2	Departamento de realización:
	Departamento de residencia:
3	Municipio de realización:
	Municipio de residencia:
	Dirección:
	Área de residencia      1. Cabecera municipal ____ 2. Centro poblado ____ 3. Rural disperso ____
4	Teléfono fijo:
	Teléfono celular:
MUJER	
5	Nombres y apellidos:
6	Tipo de identificación
7	Número de identificación
8	Mujer en condición de vulnerabilidad
9	Estado civil



10	Años de escolaridad que ha aprobado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pre-escolar</li> <li>2. Básica primaria</li> <li>3. Básica secundaria</li> <li>4. Media académica o clásica</li> <li>5. Media técnica</li> <li>6. Normalista</li> <li>7. Técnica profesional</li> <li>8. Tecnológica</li> <li>9. Profesional</li> <li>10. Especialización</li> <li>11. Maestría</li> <li>12. Doctorado</li> <li>13. Ninguno</li> </ol> Número de años de estudios aprobados: (____)
11	¿Sabe leer y escribir?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> <li>3. Solo leer</li> <li>4. Solo escribir</li> </ol>
12	¿Qué ocupación u oficio ha tenido en los últimos 6 meses?	
13	Tipo de aseguramiento al sistema de salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contributivo</li> <li>2. Subsidiado</li> <li>3. Excepción</li> <li>4. Especial</li> <li>5. No afiliada</li> </ol>
14	Nombre de la aseguradora (EPS)	
15	¿Tenía conocimiento de que podía consultar a los servicios de salud y recibir atención médica por su estado de embarazo, parto o puerperio?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
16	¿Es cabeza de familia?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
17	¿Durante el embarazo, parto o puerperio realizó alguna práctica diferente a la medicina tradicional?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> ¿Cuál? _____
<b>FAMILIA</b>		
18	Las decisiones tomadas en la familia dependen de:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La mujer.</li> <li>2. El cónyuge o compañero permanente</li> <li>3. La mujer y su cónyuge.</li> <li>4. Los padres de la mujer.</li> <li>5. Los padres del cónyuge</li> <li>6. Otros.</li> </ol> Quien: _____
19	¿Fue víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, parto o puerperio?, especifíquela:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Violencia física</li> <li>2. Maltrato verbal</li> <li>3. Violencia sexual</li> <li>4. Abandono</li> <li>5. Otra: _____</li> <li>6. Ninguna</li> </ol>
20	El embarazo fue producto de una violación:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>





21	¿Cuál es el ingreso mensual promedio del núcleo familiar?	
22	¿Cuántas personas dependen de este ingreso?	
<b>COMUNIDAD</b>		
23	¿Cuánto tiempo calcula que se demora para llegar al servicio de salud más cercano y que medio de transporte utiliza?	
	Tiempo	Medio de transporte
24	¿Durante su embarazo, parto o puerperio necesitó ayuda de una red de apoyo (Comités de salud comunitarios, asociación de mujeres, juntas de acción comunal, etc) y pudo acceder a ella?	1. Si 2. No 3. No existen redes sociales de apoyo No necesitó ayuda 4. No sabe 5. ¿Cuál? _____
25	Durante la complicación tuvo acceso a medios de comunicación (telefonía celular, radio teléfono, entre otros) para pedir ayuda (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros).	1. Si tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna. 2. Si tuvo acceso y no obtuvo respuesta. 3. Si tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna. 4. No tuvo acceso a ningún medio de comunicación
<b>ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES</b>		
26	G ____ A ____ P ____ C ____ V ____ M ____	
27	¿Tenía algún problema de salud antes de quedar embarazada?	1. Si 2. No 3. No sabe ¿Cuál? _____
28	¿Recibió información del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud?	1. Si 2. No 3. No aplica
29	¿Realizó consulta pre concepcional?	1. Si 2. No
30	¿Tuvo algún problema de salud en alguno de los embarazos anteriores al relacionado con la complicación (último)?	1. Si 2. No ¿Cual? _____
31	¿Recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema durante el embarazo anterior al relacionado con la complicación (último)?	1. Si 2. No 3. No aplica
32	¿Estaba planificando para no quedar embarazada?	1. Si 2. No



FOR-R02.0000-059 Versión 001 01/06/2014

33	¿Con qué estaba planificando?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hormonal oral</li> <li>2. Hormonal inyectable</li> <li>3. Hormonal transdérmico</li> <li>4. Implante</li> <li>5. DIU medicado</li> <li>6. DIU no medicado</li> <li>7. Ligadura de trompas</li> <li>8. Barrera</li> <li>9. Métodos naturales</li> <li>10. No aplica</li> </ol>
34	¿Por qué no estaba planificando?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por creencias religiosas</li> <li>2. Oposición del compañero u otro familiar</li> <li>3. No quería, porque estaba buscando la gestación</li> <li>4. No lo consideraba importante</li> <li>5. No tuvo acceso</li> <li>6. Otra, ¿Cuál? _____</li> <li>7. No aplica</li> </ol>
35	En algún momento pensó en interrumpir su embarazo por violación, malformación congénita o riesgo para su vida o su salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si pensó en interrumpir su embarazo y solicito el procedimiento.</li> <li>2. Si pensó en interrumpir su embarazo pero no solicito el procedimiento.</li> <li>3. No pensó en interrumpir su embarazo</li> <li>4. No aplica</li> </ol>
<b>DATOS DE LA GESTACIÓN RELACIONADA CON LA COMPLICACIÓN (ULTIMA)</b>		
36	Cuándo quedó embarazada:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quería embarazarse en ese tiempo</li> <li>2. Quería esperar un poco más para embarazarse</li> <li>3. No quería embarazarse</li> <li>4. No sabe</li> </ol>
37	¿Hizo control prenatal?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
38	Nombre de la(s) institución(es) y municipio(s) donde realizó el control prenatal	
	Nombre de la institución	Municipio
39	¿Quiénes la atendieron durante el control prenatal?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Médico general</li> <li>2. Médico especialista</li> <li>3. Enfermera</li> <li>4. Promotor de salud</li> <li>5. Partera empírica</li> <li>6. Enfermera Obstetra</li> <li>7. Otro, especifique</li> <li>8. No sabe</li> </ol>
40	¿A cuántos controles prenatales asistió?	
41	Edad gestacional de inicio de control prenatal	



**Anexo 8. Formato de unidades de análisis agrupadas de MME**

ANÁLISIS AGRUPADO DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA						
DATOS GENERALES						
Periodo epidemiológico analizado/año						
Departamento						
Municipio						
Nombre de la institución						
Nivel de complejidad						
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS						
Grupo de edad	Menor de 15 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 a 39 años	40 y más años	Total
Número de casos de MME						
Número de nacimientos						
Razón de MME						
Pertenencia étnica	Indígena	ROM	Racial	Palenq	Afrocolomb	Otro
Régimen de seguridad social	Subsidiado	Contributivo	No asegurado	Especial	Excepción	
Controles prenatales	Sin control prenatal	Entre 1 y 3 CPN	4 o más CPN	Sin información		
ANÁLISIS POR CATEGORÍAS						
MUJER						
Características	Casos en los que se presenta	Casos en los que no se presenta	Casos sin información			
Mujeres en condición de vulnerabilidad						
Desconocimiento en derechos en salud						
Uso de prácticas no seguras						
Baja autonomía para toma de decisiones						
FAMILIA						
Características	Casos en los que se presenta	Casos en los que no se presenta	Casos sin información			
Ingreso familiar bajo						
Violencia intrafamiliar						
No reconocimiento para la toma de decisiones						
COMUNIDAD						
Características	Casos en los que se presenta	Casos en los que no se presenta	Casos sin información			
Barreras geográficas que limitan el acceso a servicios de salud						

## ANEXO C. ANÁLISIS INDIVIDUAL DE LOS CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD**

**VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA  
PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**



PRO-R02.052

Versión 01

2015 – May – 19

Página 57 de 60

Barreras económicas que limitan el acceso a servicios de salud					
Barreras por orden público que limitan el acceso a servicios de salud					
Barreras por culturales que limitan el acceso a servicios de salud					
SISTEMA DE SALUD					
Características	Casos en los que se presenta	Casos en los que no se presenta	Casos sin información		
Servicios de promoción y prevención que no satisfacen las necesidades de la mujer					
Barreras administrativas que limitaron la accesibilidad y/o oportunidad en la atención					
Análisis por causas	Número de casos de MME	Número de casos de MM	Índice de letalidad		
Trastorno hipertensivo					
Complicación hemorrágica					
Complicación del aborto					
Sepsis de origen obstétrico					
Sepsis de origen no obstétrico					
Sepsis de origen pulmonar					
Enfermedad preexistente que se complica					
Otra causa					
Trastornos hipertensivos					
¿Se realizaron las siguientes acciones?	SI	No	NA	Sin Inf.	Total
Búsqueda de antecedentes de riesgo de preeclampsia					
Detección de preeclampsia en CPN					
Monitorización adecuada					
Remisión oportuna					
Remisión adecuada					
Atención en nivel adecuado para la complicación					
Clasificación de la severidad de la preeclampsia					
Manejo adecuado de fluido terapia					
Valoración completa de laboratorio					
Adecuado seguimiento clínico y de laboratorio					
Empiezo oportuno de sulfato					
Uso adecuado de sulfato					
Monitorización de sulfato					
Uso de antihipertensivos de emergencia					
Empiezo adecuado de antihipertensivos					
Decisión oportuna de terminar la gestación					
Selección adecuada de la vía del parto					



Traído a UCI estando indicado					
Manejo de complicaciones secundarias					
Vigilancia de puerperio					
Evidencia de trabajo en equipo					
<b>Complicaciones hemorrágicas</b>					
¿Se realizaron las siguientes acciones?	SI	No	N/A	Sin inf.	Total
Búsqueda de anemia					
Tratamiento adecuadamente la anemia					
Seguimiento activo del puerperio					
Detección de parto distócico					
Tratamiento adecuado de parto distócico					
Manejo activo del alumbramiento					
Atención en el nivel adecuado					
Medidas preventivas en cesáreas previas					
Medidas preventivas en abrupto					
Uso adecuado de oxitócica					
Uso adecuado de misoprostol					
Procedimientos quirúrgicos adecuados					
Diagnóstico oportuno de hemorragia					
Activación de código rojo					
Clasificación del grado de choque					
Administración de líquidos de acuerdo al choque					
Trasfusión oportuna					
Secuencia adecuada de uso de medicamentos					
Remisión indicada					
Condiciones de remisión adecuadas					
Cuidado adecuado post animación					
Evidencia de trabajo en equipo					
<b>Sepsis de origen ginecoobstétrico o no</b>					
¿Se realizaron las siguientes acciones?	SI	No	N/A	Sin inf.	Total
Solicitud de cultivo en el CPM					
Adecuado tratamiento de infección urinaria					
Diagnóstico oportuno del origen de la infección					
Remisión oportuna					
Remisión en condiciones adecuadas					
Atención en nivel acorde a la condición					
Identificación oportuna del síndrome					
Monitorización clínica adecuada					
Valoración completa de laboratorio					
Inicio de antibiótico en las dos primeras horas					



después del diagnóstico					
Selección del cubrimiento antibiótico adecuado					
Manejo adecuado de fluido terapia					
Control de foco en las 12 primeras horas, estando indicado					
Inicio oportuno de soporte vasopresor					
Vigilancia adecuada de la función respiratoria					
Adecuado manejo de oxígeno terapia					
Inicio oportuno ventilación mecánica invasiva					
Decisión oportuna de terminar la gestación estando indicado					
Detección de complicaciones en UCI					
Duración adecuada de tratamiento					
Decisión apropiada de tratamiento quirúrgico					
Manejo adecuado de las complicaciones					
Evidencia de trabajo en equipo					
<b>Otras causas</b>					
¿Se realizaron las siguientes acciones?	Si	No	N/A	Sin Inf.	Total
Tratamiento adecuado de enfermedades preexistentes					
En caso de estar indicado se ofreció la IVE					
Solicitud y toma oportuna de los exámenes indicados					
Diagnóstico oportuno					
Tratamiento adecuado					
Tratamiento oportuno					
Decisión apropiada de tratamiento quirúrgico					
Decisión oportuna de tratamiento quirúrgico					
Terminación oportuna de la gestación					
Atención en niveles acorde a la gravedad					
Identificación oportuna de complicaciones					
Evidencia de trabajo en equipo					
<b>PLAN DE ACCIÓN</b>					
¿Se planteó plan de acción institucional?	Si		No		
¿Se ejecutó en el periodo anterior el plan de acción institucional?	Si		No		
<b>Responsables del análisis</b>					
Nombre	Cargo				