



**INFORME DEPARTAMENTAL DE  
MATERNIDAD SEGURA**

**HUILA**

**2017**



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

## **INFORME DEL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE MATERNIDAD SEGURA – PERIODO EPIDEMIOLOGICO 13 DE 2017**

**GLORIA ESPERANZA ARAUJO CORONADO**  
Secretaria de Salud Departamental

**LUZ ELCY MANRIQUE GONZALEZ**  
Líder Coordinador de Salud Pública

**YANETH SANCHEZ CHANTRI**  
Líder Salud Sexual y Reproductiva

**RESPONSABLE DEL INFORME:  
LINA MARIA MOLINA SANCHEZ**

Profesional de Apoyo a los eventos de vigilancia epidemiológica:  
Maternidad Segura y Mortalidad por EISP.

Tel. 3125425196

e-mail: mortalidad.eevv@gmail.com



## Contenido

1. INTRODUCCION.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGIA.....	7
4. HALLAZGOS.....	8
4.1 Comportamiento de la notificación.....	8
4.2 Concordancia con estadísticas vitales.....	8
4.3 Comportamiento de los eventos.....	11
4.3.1 Mujer.....	9
4.3.2 Familia.....	15
4.3.3 Comunidad.....	16
4.3.4 Sistemas de salud.....	21
4.4 Tendencias del evento.....	27
4.4.1 Tendencias del evento de mortalidad materna.....	27
4.4.2 Tendencias del evento de morbilidad materna extrema .....	27
4.4.3 Tendencias del evento de mortalidad perinatal y neonatal tardia .....	28
4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento.....	28
4.5.1 Indicadores de vigilancia de mortalidad materna.....	28
4.5.2 Indicadores de vigilancia de morbilidad materna extrema.....	30
4.5.3 Indicadores de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardia.....	31
5. CONCLUSIONES.....	33
6. RECOMENDACIONES.....	34



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

## MATERNIDAD SEGURA

### 1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas en su mayoría son evitables y la han considerado como la máxima expresión de injusticia social, dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas; siendo las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por el embarazo, parto y puerperio.

En Colombia la mortalidad materna, según el segundo informe del Observatorio Nacional de Salud para el periodo 1998 - 2011 ha presentado una disminución en durante las últimas décadas, de acuerdo al DANE, la razón de mortalidad materna (RMM) promedio en el periodo de 1998 a 2011 fue de 78,2 por 100000 Nacidos Vivos. Para el año 2012 la razón de mortalidad materna nacional fue de 55,5 por 100000 nacidos vivos, no logrando la meta planteada en los objetivos del milenio, y ocupando un promedio superior al de otros países de la región. El departamento del Huila presento una reducción en la RMM de 5,5%, considerado como algo muy positivo.

A pesar de lograr avances en la salud materna, las complicaciones relacionadas con la gestación siguen siendo un importante problema de salud pública en el mundo. Cada año mueren 585000 mujeres durante la gestación, el parto o el puerperio. Se presentan cerca de cincuenta millones de problemas en salud materna anualmente y aproximadamente trescientos millones de mujeres sufren a corto y largo plazo, de enfermedades y lesiones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

En 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social inicio la estructuración de un Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, el cual se consolido en el año 2010 con la publicación del documento conceptual con el primer análisis agregado de casos y la descripción de la caracterización de evento en el país. En el año 2011 se obtuvo el primer protocolo de la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema por el INS y se realizó prueba piloto en varias entidades territoriales, entre las que estaba el departamento del Huila, posteriormente en el año 2012 se inició la vigilancia epidemiológica para todo el país.

La mortalidad perinatal y neonatal tardía son indicadores ligados a la reproducción y son muy importantes al permitir tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive.

La tasa de mortalidad perinatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal y neonatal tardía, tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres.

El 98% de las muertes perinatales ocurren en los países en vías de desarrollo. En Colombia, la tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 en el 2000 a 17 por mil embarazos en el 2005 y a 14 por mil en el 2010. La mortalidad perinatal es también relativamente alta en Huila (22 por mil), Vaupés (21 por mil), Cesar, Santander y Córdoba (20 por mil) (4). Cifras muy similares a las obtenidas al calcular la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía desagregada según datos de estadísticas vitales del DANE, donde para el año 2012 Colombia presentó 16,4 muertes perinatales y neonatales tardías por 1000 nacidos vivos.

## 2. OBJETIVOS

### General:

- Caracterizar el comportamiento de los eventos de Maternidad Segura en el departamento del Huila durante el año 2017.

### Específicos:

- Orientar la toma de decisiones y el monitoreo del comportamiento de los eventos que inciden en la evaluación de la Maternidad segura en el departamento del Huila.
- Describir los determinantes sociales que influyen en las gestantes que presentan eventos de Maternidad Segura en nuestra región.
- Enumerar las instituciones prestadoras de servicios de salud que más presentan eventos en el departamento, según su nivel de complejidad.
- Determinar el comportamiento clínico de las mujeres que presentaron eventos, según su aseguradora, institución prestadora de servicios de salud y municipio de procedencia.
- Hacer seguimiento a la tendencia de los indicadores a través de los últimos 10 años, según los sistemas de información de Sivigila y Estadísticas vitales.
- Realizar un diagnóstico en salud sexual y reproductiva del departamento del Huila, orientado a la gestión del conocimiento en los mismos temas.



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

### 3. METODOLOGÍA

Para la realización y presentación del presente informe departamental de Maternidad Segura de la vigencia 2017, se llevó a cabo revisión de las fuentes de información: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Estadísticas Vitales, Medicina Legal, Actas de unidad de análisis. La mayoría de estos datos son generados mediante archivos planos por el aplicativo SIVIGILA, según la notificación de los eventos de interés: Morbilidad Materna Extrema (Código 549), Mortalidad Materna (Código 550) y Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Código 560). También se obtiene información del aplicativo de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basado en la Web (SVEMMBW), el cual es exclusivo para Mortalidad Materna. Igualmente se toma como fuente el DANE con sus archivos planos de Estadísticas Vitales – RUAF, donde se revisan los datos de nacidos vivos y defunciones, en el periodo de tiempo a evaluar, información imprescindible para el cálculo de indicadores. Otro insumo importante fueron los hallazgos de las unidades de análisis de los eventos de Maternidad Segura realizadas en el departamento en el transcurso del año 2017.

El periodo a evaluar está comprendido desde la semana epidemiológica 1 hasta la semana epidemiológica 52, es decir desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2017, según lineamientos del Instituto Nacional de Salud.

Para el análisis de los datos, se realizan tablas dinámicas en Excel, y se utilizan las fórmulas de indicadores establecidos por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.



## 4. HALLAZGOS

### 4.1 Comportamiento de la notificación:

**Tabla 4.1. Cumplimiento en la oportunidad de la notificación de casos de muerte materna por municipio de notificación, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

HUILA	Casos MM notificados en la misma SE de ocurrencia del caso. A.	Casos MM notificados en PE a evaluar. B.	% ( Cumplimiento en la notificación; A/B)
AIPE	0	1	0
GIGANTE	1	1	100
IQUIRA	1	1	100
LA PLATA	2	2	100
NEIVA	1	1	100
PITALITO	1	2	50
RIVERA	1	1	100
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>54</b>

Fuente: SIVIGILA - Estadísticas Vitales

El cumplimiento en la oportunidad de la notificación de mortalidad materna fue deficiente, por la no adherencia al protocolo por parte de algunas instituciones en relación a la definición operativa de caso de mortalidad materna tardía, se observa aun confusión en estos casos.

### 4.2 Concordancia con estadísticas vitales:

**Tabla 4.2. Concordancia de información de muertes maternas entre sivigila/RUAF por municipio de notificación, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

HUILA	Casos MM notificados al Sivigila. A.	Casos MM certificados por estadísticas vitales en el Ruaf. B.	% ( Concordancia Sivigila/RUAF; A/B)
AIPE	1	1	100
CAMPOALEGRE	1	1	100
GIGANTE	1	1	100
IQUIRA	1	1	100
LA PLATA	2	2	100
NEIVA	3	3	100
PITALITO	2	2	100
RIVERA	1	1	100
SANTA MARÍA	1	1	100
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA - Estadísticas Vitales

Durante el año 2017 se logró cumplir con la concordancia entre Sivigila y Estadísticas vitales para el evento de mortalidad materna, que incluyo la identificación y registro de casos de muerte materna temprana, tardía y por lesiones de causa externa.



**Tabla 4.3. Concordancia de información de muertes maternas entre RUAF/sivigila por municipio de notificación, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

HUILA	Casos MM notificados con certificado defunción RUAF. A.	Casos MM notificados al Sivigila. B.	% ( Concordancia Sivigila/RUAF; A/B)
AIPE	1	1	100
CAMPOALEGRE	1	1	100
GIGANTE	1	1	100
IQUIRA	1	1	100
LA PLATA	2	2	100
NEIVA	3	3	100
PITALITO	2	2	100
RIVERA	1	1	100
SANTA MARÍA	1	1	100
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA - Estadísticas Vitales

En relación con la tabla anterior se presenta adecuada concordancia entre los casos certificados al Ruaf y los casos notificados al Sivigila, esto se debe en gran medida al seguimiento a la notificación realizado por las UPGD mediante el aplicativo SVEMMBW.

**Tabla 4.4. Concordancia sivigila/estadísticas vitales (RUAF) de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

La concordancia entre Sivigila y Ruaf en el evento de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía es regular para el nivel departamental, aunque el 73% de los municipios presentan un nivel de concordancia del 100%. Ver tabla a continuación:



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

Municipio	Casos Sivigila	Casos Ruaf	Casos sin notificar en Sivigila que aparecen en RUAF	Casos sin RUAF que notificaron en Sivigila	Casos concordantes	% de concordancia Casos concordantes / Casos RUAF
ACEVEDO	5	5			5	100
AGRADO	2			2	0	0
AIPE	4	2		2	2	100
ALGECIRAS	11	9		2	9	100
BARAYA	3	3			3	100
CAMPOALEGRE	5	5			5	100
COLOMBIA	1	1			1	100
GARZON	17	18	1		16	89
GIGANTE	4	4			4	100
GUADALUPE	2	1	1	1	0	0
HOBO	4	4			4	100
IQUIRA	3	3			3	100
ISNOS	7	7			7	100
LA ARGENTINA	5	6	1		4	67
LA PLATA	16	16			16	100
NATAGA	1	1			1	100
NEIVA	70	78	2		68	87
OPORAPA	3	3			3	100
PAICOL	2	2			2	100
PALERMO	5	7	2		3	43
PALESTINA	3	1		2	1	100
PITAL	5	3	1	2	2	67
PITALITO	42	42			42	100
SALADOBLANCO	3	2		1	2	100
SAN AGUSTIN	5	2		3	2	100
SANTA MARIA	1	6	1		0	0
SUAZA	5	5			5	100
TARQUI	2	3	1		1	33
TELLO	2	1		1	1	100
TERUEL	4	3		1	3	100
TESALIA	2	2			2	100
TIMANA	2			2	0	0
VILLAVIEJA	2	2			2	100
YAGUARA	1	1			1	100
<b>Total general</b>	<b>249</b>	<b>248</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>220</b>	<b>89</b>

Fuente: SIVIGILA - Estadísticas Vitales



### 4.3 Comportamiento de los eventos

#### 4.3.1 Mujer

##### ❖ Edad:

**Tabla 4.5. Mortalidad materna y morbilidad materna extrema por grupos de edad, Huila años 2016 y 2017.**

Grupos de edad	Mortalidad materna temprana				Morbilidad materna extrema			
	2016	Razón	2017	Razón	2016	Razón	2017	Razón
Menor de 15 años	0	0,0	0	0,0	6	0	11	1
15 a 19 años	1	5,2	0	0,0	270	14	214	11
20 a 34 años	3	15,6	2	10,2	599	31	571	29
35 a 39 años	1	5,2	2	10,2	107	6	110	6
40 y más años	0	0,0	0	0,0	51	3	41	2
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>25,9</b>	<b>4</b>	<b>20,4</b>	<b>1033</b>	<b>54</b>	<b>947</b>	<b>48</b>

Fuente: SIVIGILA

Aunque el 60% de los casos tanto de mortalidad materna temprana como de morbilidad materna extrema, se presentan en mujeres entre los 20 y 34 años, en MME el 5 % de los casos se presentaron mujeres de grupos de edades de riesgo, que son las gestantes adolescentes y en edades tardías.

**Tabla 4.6. Mortalidad materna relacionada con el embarazo (lesiones de causa externa) por grupos de edad, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

GRUPOS DE EDAD	Suicidio		Homicidio		Accidentes de tránsito		Otras lesiones	
	2017	Razón	2017	Razón	2017	Razón	2017	Razón
Menor de 15 años	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19 años	1	5,1	0	0	0	0	0	0
20 a 34 años	0	0	1	5,1	1	5	0	0
35 y más años	0	0	1	5,1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5,1</b>	<b>2</b>	<b>10,2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: SIVIGILA - Estadísticas Vitales - Medicina Legal

Se presentaron dos casos de mortalidad materna por lesiones de causa externa – homicidios, uno de ellos en contexto de un feminicidio. En el año 2016 se presentaron cuatro casos de mortalidad materna por suicidio, para el año 2017 se presentó un caso de suicidio en una gestante adolescente del área rural dispersa del municipio de La Plata.



**Tabla 4.7. Mortalidad perinatal y neonatal tardía por grupos de edad, Huila 2016 y 2017.**

GRUPOS DE EDAD	Mortalidad perinatal				Morbilidad neonatal tardía			
	2016	Razón	2017	Razón	2016	Razón	2017	Razón
< 15 años	5	0,3	3	0,2	1	0,1	4	0,2
15 a 19 años	58	3,0	32	1,6	2	0,1	25	1,3
20 a 34 años	128	6,6	79	4,0	21	1,1	66	3,4
35 y más años	38	2,0	32	1,6	2	0,1	16	0,8
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>11,9</b>	<b>146</b>	<b>7,5</b>	<b>26</b>	<b>1,3</b>	<b>111</b>	<b>5,7</b>

Fuente: SIVIGILA

En relación con la mortalidad perinatal y neonatal la mayoría de los casos ocurren en mujeres entre los 20 y 34 años, pero también se presentan casos en los grupos etareos de riesgo, aunque durante el año 2017 disminuyeron los casos en gestantes tardías. Llama la atención el notable incremento para el año 2017 de los casos de mortalidad neonatal temprana y tardía para el departamento del Huila.

**Tabla 4.8. Morbilidad materna extrema según grupos de edad y criterios de inclusión, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

GRUPOS DE EDAD	1 a 2 criterios		3 a 6 criterios		7 y más criterios	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 15 años	3	0,3	8	0,8	0	0
15 a 19 años	99	10,5	114	12,0	1	0,1
20 a 34 años	286	30,2	277	29,3	8	0,8
35 a 39	53	5,6	54	5,7	3	0,3
40 y más años	17	1,8	24	2,5	0	0,0
<b>Total</b>	<b>458</b>	<b>48,4</b>	<b>477</b>	<b>50,4</b>	<b>12</b>	<b>1,3</b>

Fuente: SIVIGILA

La distribución por criterios de inclusión es homogénea entre los grupos de 1 a 2 criterios y de 3 a 6 criterios, y se presentan en el grupo etario de 20 a 34 años, el 1.3% de los casos presento más de 7 criterios de inclusión. Llama la atención que el 48% de los casos solo presentaban entre 1 y 2 criterios de inclusión, podría estar relacionado con la el menor grado de severidad de las complicaciones en este grupo de gestantes.



❖ Ocupación:

Tabla 4.9. Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía según Ocupación, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.

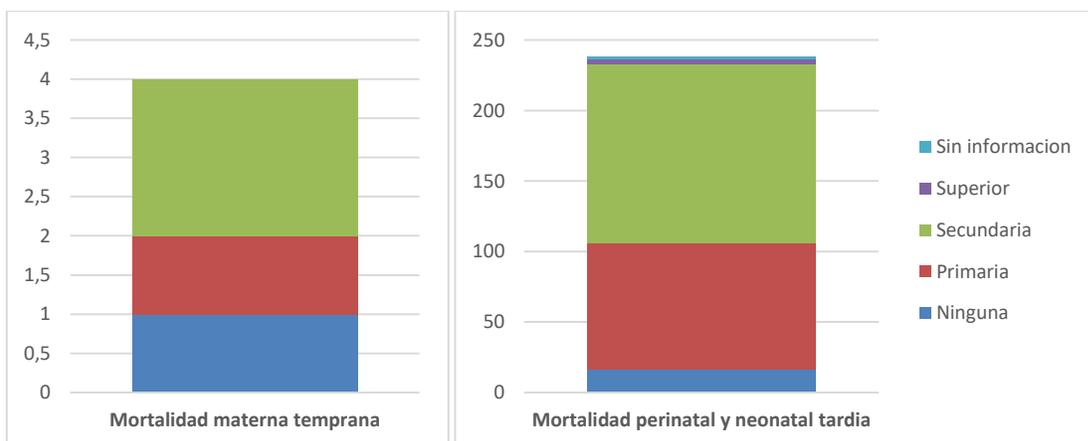
Ocupación	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Hogar	2	10,2	855	43,7	223	11,4
Trabajador sexual		0,0	8	0,4	3	0,2
Auxiliar administrativo		0,0	9	0,5		0,0
No aplica		0,0	19	1,0	21	1,1
Agentes comerciales		0,0	15	0,8	5	0,3
Auxiliares en salud		0,0	10	0,5		0,0
Agricultores		0,0	2	0,1		0,0
Estilista	1	5,1	2	0,1		0,0
Profesionales salud		0,0	2	0,1		0,0
Otros	1	5,1	20	1,0	5	0,3
Servicio domestico		0,0	5	0,3		0,0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>20,4</b>	<b>947</b>	<b>48,4</b>	<b>257</b>	<b>13,1</b>

Fuente: SIVIGILA

El 90 % de las mujeres que presentaron eventos de morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal son amas de casa, según el diligenciamiento de la notificación, pero en los casos de mortalidad materna esta relación fue del 50%, según las investigaciones de campo. Es importante para la vigilancia en salud pública la calidad en el diligenciamiento del dato.

❖ Nivel educativo:

Figura 4.1. Mortalidad materna temprana y mortalidad perinatal y neonatal tardía según nivel educativo, Huila - 2017.



❖ **Pertenencia étnica:**

**Tabla 4.10. Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía según pertenencia étnica, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Pertenencia étnica	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Indígena	1	5,1	8	0,4	1	0,1
Afrodescendiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ROM	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Otras	3	15,3	938	47,9	256	13,1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>20,4</b>	<b>947</b>	<b>48,4</b>	<b>257</b>	<b>13,1</b>

Fuente: SIVIGILA

El año 2017 se presentó un caso de mortalidad materna temprana en una comunidad indígena, específicamente de la comunidad Nasa, aportando una razón de 5,1 por cien mil nacidos vivos, para los otros dos eventos la proporción es muy baja, menor a 1 por 1000 nacidos vivos.

❖ **Regulación de la fecundidad:**

**Tabla 4.11. Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía y motivos de no uso de métodos de regulación de la fecundidad, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Motivos de no uso	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
No uso por desconocimiento	0	0	105	28,0	22	16,7
No uso por acceso	0	0	8	2,1	2	1,5
No uso porque no deseaba	1	100	262	69,9	108	81,8
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA

El 100% de las mujeres que presentaron mortalidad materna temprana no utilizaban métodos de regulación de la fecundidad, el 50% porque deseaban lograr la concepción, esto se estableció en la investigación de campo. Para los otros dos eventos esta relación estuvo entre el 70 y 80%, pero es complejo individualizar la razón del no uso. Es importante la proporción de mujeres que no utilizaron ningún método de regulación de la fecundidad por desconocimiento de los mismos. El porcentaje de mujeres que no planificaban en el año 2016 fue del 40%.



**Tabla 4.12. Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía según método de regulación de la fecundidad. Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Métodos	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Naturales	2	66,7	478	83,6	75	69,4
Dispositivo Intrauterino			2	0,3	1	0,9
Quirúrgico			1	0,2	2	0,0
Hormonales	1	33,3	49	8,6	19	17,6
Barrera			5	0,9	7	6,5
Otro			37	6,5	4	0,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>572</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>94,4</b>

Fuente: SIVIGILA

De la pequeña proporción de gestantes que dijeron utilizar algún método de planificación familiar, alrededor del 73% utilizaron métodos naturales, seguido de un 20% que utilizan un método hormonal. Dentro del grupo de gestantes que presentaron algún evento, se observó una mínima incidencia de utilización de métodos de barrera y dispositivo intrauterino.

#### 4.3.2 Familia

##### ❖ Tipo de convivencia:

**Tabla 4.13. Mortalidad materna temprana y mortalidad perinatal y neonatal tardía según tipo de convivencia, Huila - 2017.**

Tipo de convivencia	Mortalidad materna temprana		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%
Cónyuge	3	75	154	64,7
Familia	1	25	74	31,1
Sola			8	3,4
Otro			2	0,8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

Fuente: SIVIGILA

Tres de los cuatro casos de mortalidad materna conformaban una familia nuclear, esta relación fue del 65% para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía.



❖ Hijos huérfanos:

Tabla 4.14. Hijos huérfanos resultantes de los casos de muerte materna, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.

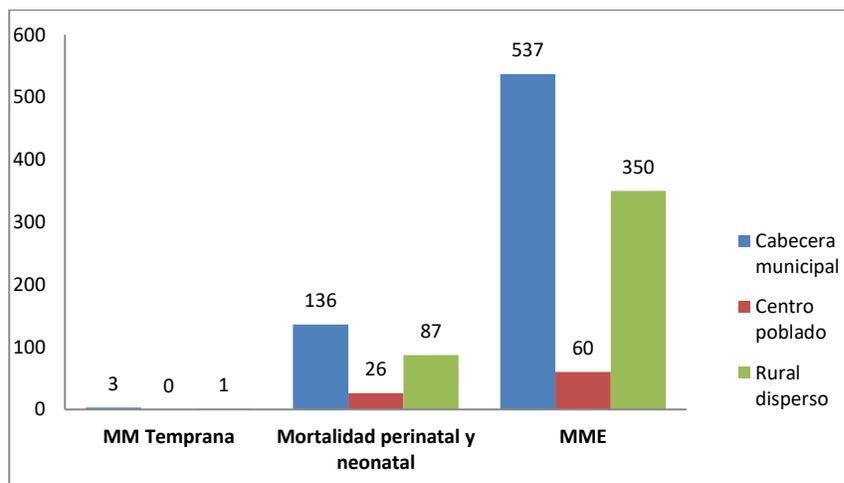
Paridad	Mortalidad materna temprana		Mortalidad materna tardía		Lesiones causa externa	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Primigestantes	0	0,0	2	0,0	1	8,3
2 a 4 gestaciones	3	25,0	2	16,7	3	25,0
5 y más gestaciones	1	0	0	0,0	0	0,0
Total	4	25,0	4	16,7	4	33,3

En los casos de mortalidad materna temprana y tardía, el total de los casos se presentaron en mujeres que tenían entre 2 a 4 gestaciones previas, un comportamiento similar se presentó en el año 2016, lo que representa un grave problema de orden familiar y social.

4.3.3 Comunidad

❖ Área de residencia:

Figura 4.2. Mortalidad materna temprana, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal, y neonatal tardía, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.



Fuente: SIVIGILA

En relación al área de residencia de los casos, para los tres eventos de Maternidad Segura la mayoría provienen de la cabecera municipal, le siguen los casos residentes del área rural dispersa. En el año 2016, en mayor medida los casos provenían del área rural dispersa.



## ❖ Municipio de residencia:

**Tabla 4.15. Mortalidad materna temprana, según área y municipio de residencia, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Municipio de residencia	Urbano		Rural	
	Casos	Razón	Casos	Razón
La Plata	1	5,1	0	0,0
Iquira	0	0,0	1	5,1
Pitalito	1	5,1	0	0,0
Gigante	1	5,1	0	0,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>15,3</b>	<b>1</b>	<b>5,1</b>

Fuente: SIVIGILA

La razón de mortalidad materna temprana para el área urbana es de 15 por cien mil nacidos vivos, mientras que para el área rural es de 5; para el año 2016 fue inversa esta relación.

**Tabla 4.16. Morbilidad materna extrema según área y municipio de residencia, Huila Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Municipio de residencia	Urbano		Rural	
	Casos	Razón	Casos	Razón
ACEVEDO	8	0,41	35	1,79
AGRADO	3	0,15	2	0,10
AIPE	0	0,00	4	0,20
ALGECIRAS	5	0,26	9	0,46
ALTAMIRA	1	0,05	1	0,05
BARAYA	1	0,05	1	0,05
CAMPOALEGRE	9	0,46	6	0,31
COLOMBIA	0	0,00	3	0,15
ELIAS	1	0,05	0	0,00
GARZON	34	1,74	25	1,28
GIGANTE	9	0,46	8	0,41
GUADALUPE	4	0,20	9	0,46
HOBO	3	0,15	1	0,05
IQUIRA	1	0,05	2	0,10
ISNOS	8	0,41	23	1,18
LA ARGENTINA	4	0,20	7	0,36
LA PLATA	17	0,87	32	1,64
NATAGA	1	0,05	0	0,00
NEIVA	232	11,86	12	0,61
OPORAPA	3	0,15	11	0,56
PAICOL	1	0,05	2	0,10



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

PALERMO	5	0,26	4	0,20
PALESTINA	5	0,26	20	1,02
PITAL	12	0,61	5	0,26
PITALITO	115	5,88	76	3,88
RIVERA	6	0,31	9	0,46
SALADOBLANCO	7	0,36	17	0,87
SAN AGUSTIN	11	0,56	28	1,43
SANTA MARIA	0	0,00	6	0,31
SUAZA	3	0,15	9	0,46
TARQUI	4	0,20	15	0,77
TELLO	1	0,05	2	0,10
TERUEL	2	0,10	4	0,20
TESALIA	3	0,15	1	0,05
TIMANA	15	0,77	17	0,87
VILLAVIEJA	1	0,05	4	0,20
YAGUARA	2	0,10	0	0,00
<b>HUILA</b>	<b>537</b>	<b>27,44</b>	<b>410</b>	<b>20,95</b>

Fuente: SIVIGILA

Se han notificado más casos de morbilidad materna extrema en la zona urbana que en la zona rural, esto guarda relación con lo que se ha presentado con el evento de mortalidad materna.

**Tabla 4.17 Mortalidad perinatal y neonatal tardía según área y municipio de residencia, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Municipio de residencia	Urbano		Rural	
	Casos	Razón	Casos	Razón
ACEVEDO	1	0,05	4	0,20
AGRADO	1	0,05	1	0,05
AIPE	2	0,10	2	0,10
ALGECIRAS	6	0,31	5	0,26
BARAYA	2	0,10	1	0,05
CAMPOALEGRE	4	0,20	1	0,05
COLOMBIA	1	0,05		0,00
GARZON	8	0,41	9	0,46
GIGANTE	1	0,05	3	0,15
GUADALUPE		0,00	2	0,10
HOBO	3	0,15	1	0,05
IQUIRA		0,00	3	0,15
ISNOS	1	0,05	6	0,31
LA ARGENTINA	1	0,05	4	0,20
LA PLATA	3	0,15	13	0,66
NATAGA		0,00	1	0,05
NEIVA	65	3,32	5	0,26
OPORAPA	1	0,05	2	0,10
PAICOL	1	0,05	1	0,05
PALERMO	1	0,05	4	0,20
PALESTINA	1	0,05	2	0,10
PITAL	3	0,15	2	0,10
PITALITO	22	1,12	20	1,02



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

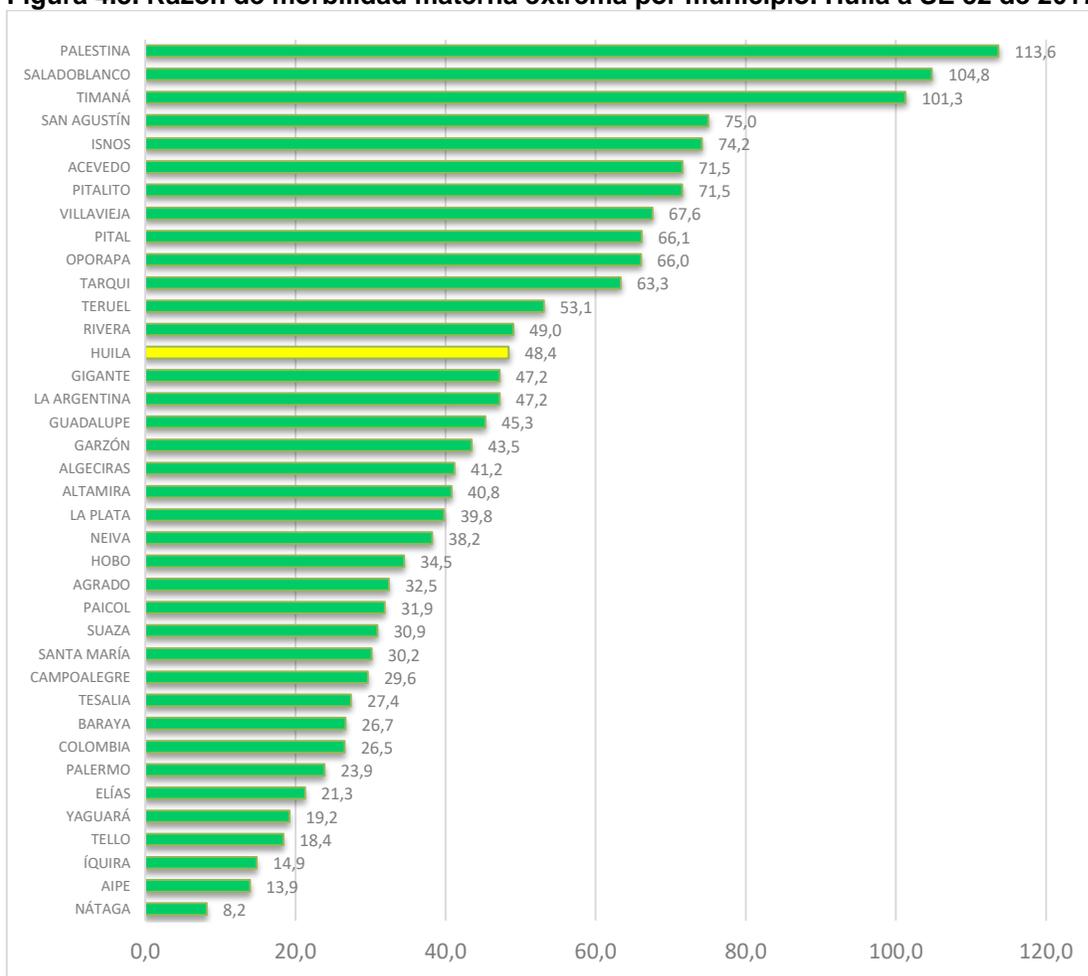
SALADOBLANCO	1	0,05	2	0,10
SAN AGUSTIN	1	0,05	4	0,20
SANTA MARIA		0,00	1	0,05
SUAZA		0,00	5	0,26
TARQUI	1	0,05	1	0,05
TELLO		0,00	2	0,10
TERUEL	3	0,15	1	0,05
TESALIA	1	0,05	1	0,05
TIMANA		0,00	2	0,10
VILLAVIEJA		0,00	2	0,10
YAGUARA	1	0,05		0,00
<b>HUILA</b>	<b>136</b>	<b>6,95</b>	<b>113</b>	<b>5,78</b>

Fuente: SIVIGILA

La mortalidad perinatal y neonatal tardía ha presentado mas casos en el area rural, pero la diferencia es minima.

❖ Mapas de frecuencia:

Figura 4.3. Razón de morbilidad materna extrema por municipio. Huila a SE 52 de 2017.

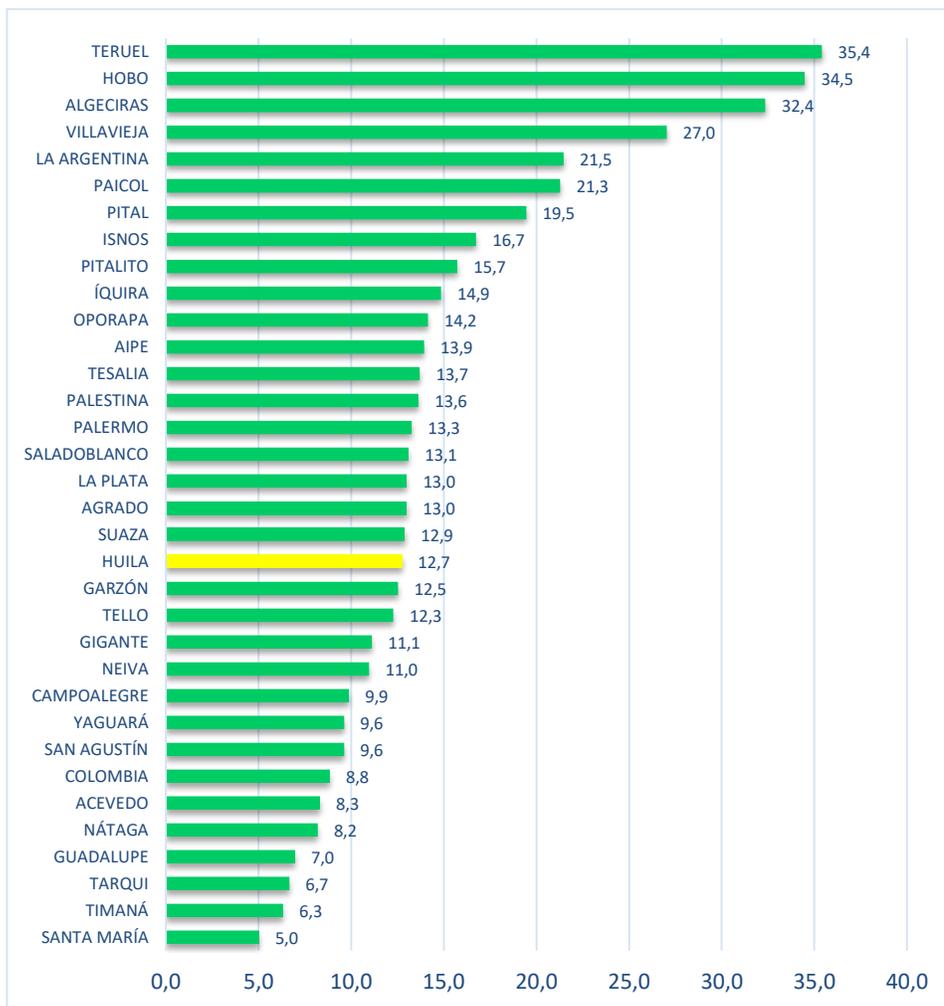


Fuente: SIVIGILA



En el Huila ocurrieron 19567 nacimientos durante el año 2017, constituyendo así una razón de Morbilidad Materna Extrema (MME) de 48,4 casos por 1000 nacidos vivos (gráfico 4.3). Nuestro departamento se ubicó como el séptimo lugar con mayor razón de MME, aportando el 4,8% de los casos a nivel nacional, la razón de MME para Colombia es de 46,9 casos por 1000 nacidos vivos. Tres municipios presentaron una razón elevada por encima de 100, se han analizado algunos casos, donde se determinó que se deben optimizar los programas de planificación familiar y control prenatal.

**Figura 4.4. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipios, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**



Fuente: SIVIGILA

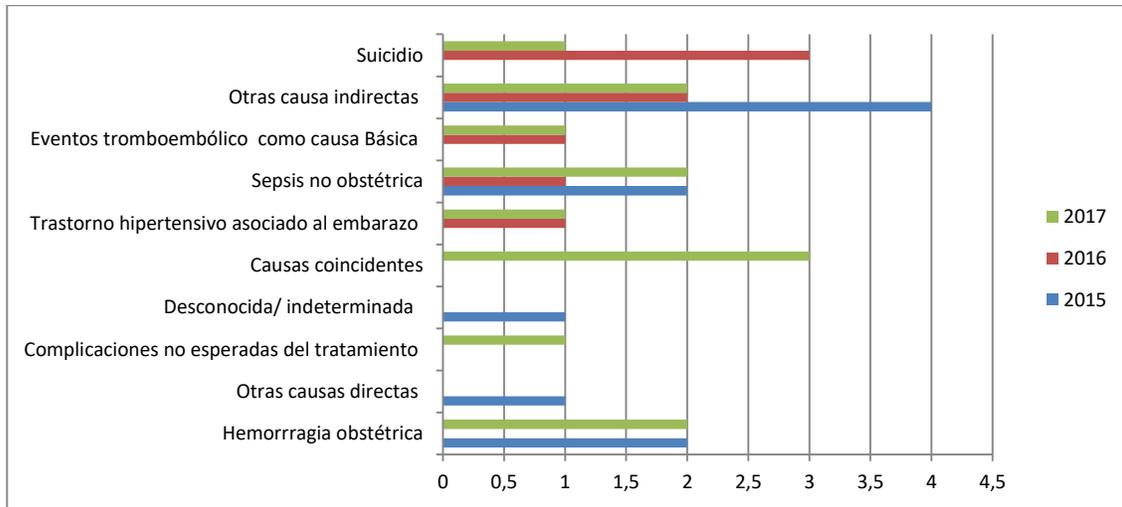
El departamento del Huila presenta una tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía de 12,7 casos por 1000 nacidos vivos. A nivel Nacional la tasa de mortalidad perinatal es de 14,4 casos por mil nacidos vivos, sin embargo el 51% de los municipios presentaron tasas más elevadas que el promedio departamental y nacional. Durante el del año 2017, los municipios de Altamira, Elías y Rivera no presentaron casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía.



### 4.3.4 Sistemas de salud

#### ❖ Causas agrupadas:

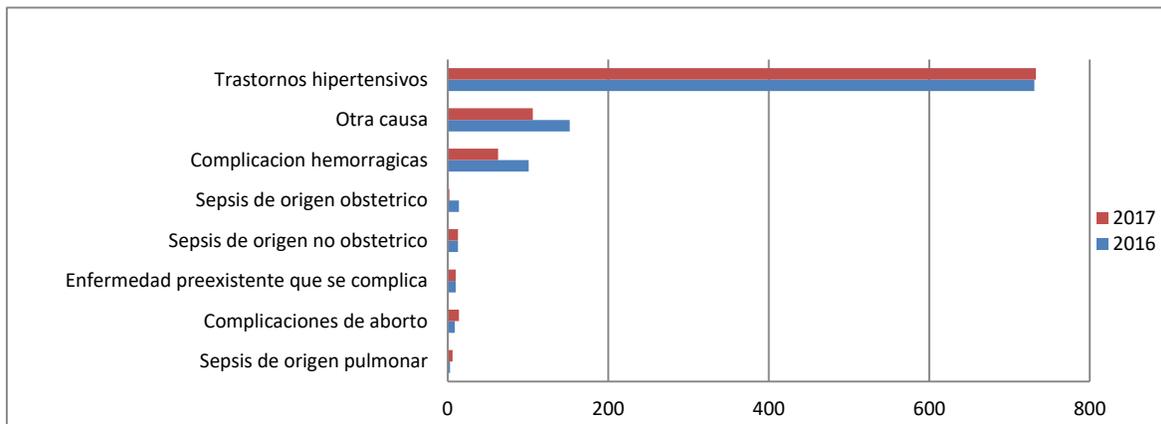
Figura 4.5. Mortalidad materna según causa básica agrupada, Huila 2015 a 2017.



Fuente: SIVIGILA

Durante el 2017 se presentaron en mayor proporción muertes maternas coincidentes (por accidentes de tránsito y homicidio), seguidos de causas indirectas y hemorragia obstétrica. Para el año 2016 se presentó una alta razón de mortalidad materna por suicidio, en el transcurso del 2017 se presentó un caso por esta causa básica. Desafortunadamente se eleva nuevamente la razón de mortalidad por hemorragia obstétrica, evento que no se presentaba desde el año 2015.

Figura 4.6. Morbilidad materna extrema según causa agrupada, Huila 2015 a 2017.



Fuente: SIVIGILA

La principal causa agrupada para Morbilidad Materna Extrema han sido los trastornos hipertensivos durante los últimos dos años, igual relación se presenta a nivel nacional. Se evidencia una disminución de los casos por complicaciones hemorrágicas.



**Tabla 4.18. Morbilidad Materna Extrema por criterios de inclusión, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

		Número de casos	Porcentaje	
<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Enfermedad específica</b>	Eclampsia	30	3,2
		Preeclampsia severa	760	80,3
		Sepsis o Infección Sistémica severa	20	2,1
		Hemorragia obstétrica severa	75	7,9
		Ruptura uterina	5	0,5
	<b>Falla orgánica</b>	Cardíaca	65	6,9
		Vascular	477	50,4
		Renal	44	4,6
		Hepática	111	11,7
		Metabólica	21	2,2
		Cerebral	22	2,3
		Respiratoria	24	2,5
		Coagulación	55	5,8
	<b>Manejo específico</b>	Ingreso a UCI	419	44,2
		Cirugía adicional	59	6,2
Transfusión		77	8,1	
<b>Total de casos notificados</b>		<b>947</b>		

Fuente: SIVIGILA

En general la notificación se da por criterios de inclusión de enfermedad específica, específicamente preeclampsia severa, seguido en un 50% de disfunción orgánica vascular, y el ingreso a unidad de cuidado intensivo en un 44%.

**Tabla 4.19. Morbilidad Materna Extrema según Eventos de Interés en Salud Pública y falla orgánica, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

<b>FALLA ORGÁNICA SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>EISP / Falla orgánica</b>	Cardíaca	Vascular	Renal	Hepática	Metabólica	Cerebral	Respiratoria	Coagulación	Total
		BAJO PESO AL NACER	3	0	0	1	0	0	0	0
DENGUE	0	7	2	3	0	1	1	0	14	
DENGUE GRAVE	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
INTENTO DE SUICIDIO + INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	0	2	0	0	0	0	0	0	2	
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MALARIA	0	0	1	0	0	0	0	1	2	
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	0	1	0	1	0	0	0	0	2	
SIFILIS CONGENITA + SIFILIS GESTACIONAL	0	2	0	0	0	0	0	0	2	

Fuente: SIVIGILA



De todos los casos notificados como MME durante el 2017, tan solo el 3% se asociaron a eventos de interés en salud pública, el que genero mayor morbilidad materna extrema fue el dengue generando falla vascular, hepática y renal; seguido de bajo peso al nacer.

Se notificaron dos casos de MME por lesión de causa externa, dentro de ellos un intento de suicidio que presento 3 criterios de disfunción orgánica (renal, respiratoria y metabólica) y el otro caso fue por mujer víctima de violencia, el cual presento un criterio de disfunción orgánica (coagulación).

❖ **Análisis por causas agrupadas de muerte materna:**

**Tabla 4.20. Indicadores de vigilancia de la mortalidad materna según causa principal agrupada, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Causas	# Casos	%	Casos de MM tempranas	Casos de MM tardías	RMM (# muertes maternas tempranas / RN vivos por municipio) * 100000
Trastornos hipertensivos	1	8,3	1	0	5,1
Complicaciones hemorrágicas	2	16,7	2	0	22,0
Complicaciones del aborto	0	0,0	0	0	0,0
Sepsis de origen obstétrico	0	0,0	0	0	0,0
Sepsis de origen no obstétrico	1	8,3	0	1	0,0
Sepsis de origen pulmonar	0	0,0	0	0	0,0
Enf preexistente que se complica	2	16,7	1	1	11,0
Otra causa	1	8,3	0	1	0,0
Sin dato	1	8,3	0	1	0,0

Fuente: SIVIGILA

De los ocho casos notificados de mortalidad materna en el departamento, las principales causas fueron complicaciones hemorrágicas (en muerte materna temprana) y enfermedad preexistente que se complica (una muerte materna temprana y otra tardía). El caso de sepsis se presentó en una muerte materna tardía.

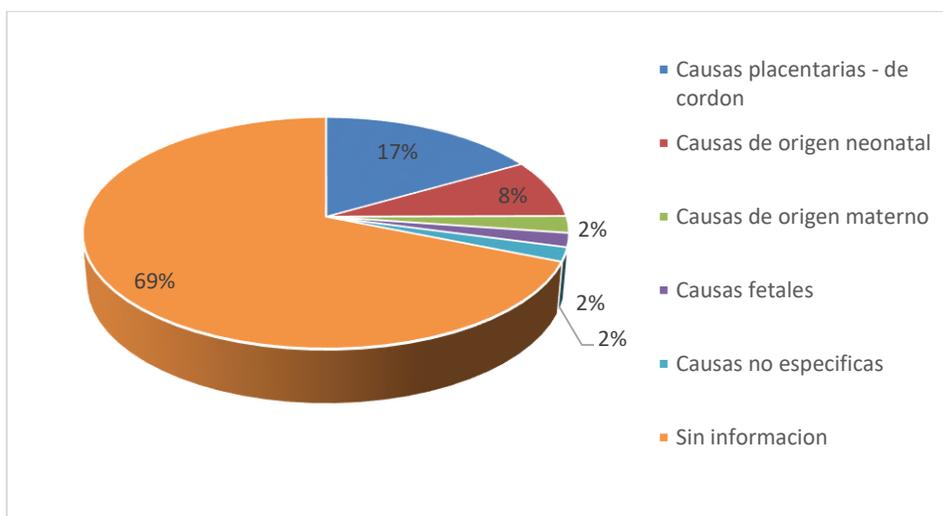
**Tabla 4.21. Indicadores de vigilancia de la morbilidad materna extrema según causa principal agrupada, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Causas	Número de muertes maternas tempranas	Casos de MME	Índice de mortalidad por causa (MM / MM + MME) * 100	Relación MME / MM
Trastornos hipertensivos	1	733	0,1	0
Complicaciones hemorrágicas	2	63	3,1	31,5
Complicaciones del aborto	0	14	0,0	0
Sepsis de origen obstétrico	0	2	0,0	0
Sepsis de origen no obstétrico	0	13	0,0	0
Sepsis de origen pulmonar	0	6	0,0	0
Enf preexistente que se complica	1	10	9,1	10
Otra causa	0	106	0,0	0
Sin dato	0	947	0,0	0

Fuente: SIVIGILA

El índice de mortalidad para los casos de enfermedades preexistentes que se complican es el más alto, seguido de las complicaciones hemorrágicas en una tercera parte. El año anterior el índice de mortalidad fue más elevado para sepsis.

**Figura 4.7. Mortalidad perinatal y neonatal tardía según causa de muerte, Huila - 2017.**



La causa de muerte no se ve reflejada en la notificación en un 69% de los casos presentados en el año 2017, lo cual supone una dificultad para la caracterización epidemiológica de este evento, y refleja baja sensibilidad ante este evento de interés en salud pública.

❖ **Aseguramiento:**

**Tabla 4.22. Casos de Maternidad Segura según tipo de aseguramiento, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Tipo de aseguramiento	Mortalidad materna temprana		Morbilidad materna extrema		Mortalidad perinatal y neonatal tardía	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Subsidiado	2	50	694	73,3	187	73,9
Contributivo	2	50	218	23,0	54	21,3
Especial	0		14	1,5	4	1,6
Excepción	0		13	1,4	3	1,2
Sin afiliación	0		8	0,8	5	2,0

Fuente: SIVIGILA

En Morbilidad materna extrema y Mortalidad perinata y neonatal tardia, el 73% de las gestantes son de regimen subsidiado, mientras que esta relacion fue del 50% en mortalidad materna temprana.



❖ Institución prestadora de servicios de salud (IPS):

Tabla 4.23. Morbilidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía según IPS de ocurrencia, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.

Institución prestadora de servicios de salud (IPS)		N° de nacidos vivos	N° de casos de MM temprana		N° de casos MME		N° de casos MPNT y neonatal tardía	
			Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Nivel complementario	HOSPITAL DEPTAL SAN ANTONIO	4855	1	20,6	275	56,6	38	7,8
	CLINICA MEDILASER	2750		0,0	77	28,0	34	12,4
	HOSPITAL UNIVERSITARIO HMP	2508		0,0	226	90,1	58	23,1
	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	2400		0,0	111	46,3	28	11,7
	CLINICA UROS	1794		0,0	68	37,9	48	26,8
	CLINICA ESIMED	1708	1	58,5	52	30,4	18	10,5
	HOSP DEPTAL SAN ANTONIO PADUA	1474		0,0	48	32,6	13	8,8
	CLINICA EMCOSALUD	407		0,0	7	17,2	3	7,4
Nivel básico	E.S.E. M° AUXILIADORA DE GARZON	127		0,0	1	7,9	1	7,9
	HOSPITAL NUESTRA SRA GUADALUPE	115		0,0		0,0	1	8,7
	HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS	75		0,0	4	53,3	3	40,0
	HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER	49		0,0	5	102,0		0,0
	HOSPITAL SAN ANTONIO DE AGRADO	46		0,0		0,0	1	21,7
	ESE SAN SEBASTIAN	42		0,0		0,0	2	47,6
	CENTRO DE SALUD SALADOBLANCO	35		0,0	12	342,9		0,0
	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARQUI	32		0,0	2	62,5	2	62,5
	HOSPITAL ARSENIO REPISO VANEGAS	31		0,0	4	129,0	1	32,3
	HOSPITAL LOCAL SANTA TERESA	31		0,0	1	32,3	1	32,3
	CENTRO DE SALUD SAN JOSE ISNOS	22		0,0	3	136,4		0,0
	HOSPITAL SAN ANTONIO DE TIMANA	17		0,0	13	764,7		0,0
	ESE CAMILO TRUJILLO SILVA	13		0,0	7	538,5		0,0
	MANUEL CASTRO TOVAR E.S.E.	8		0,0	9	1125,0		0,0
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	62		0,0	15	241,9		0,0	

Fuente: SIVIGILA – Estadísticas vitales

Para los tres eventos de Maternidad Segura la mayoría de los casos reciben atención en salud en instituciones de mediana y alta complejidad, lo que refleja un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia. Llama la atención que dos de los cuatro casos de mortalidad materna temprana ocurrieron en domicilio. Las instituciones de nivel básico que tienen casos de MME presentan una razón muy elevada, por el nivel inferior de partos que atienden.



❖ Matriz de periodos perinatales de riesgo

Tabla 4.24. Matriz de periodos perinatales de riesgo, Huila - 2017.

Periodos perinatales de riesgo-Matriz BABIES								
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES	TOTAL NACIDOS VIVOS	TOTAL NACIDOS VIVOS MUERTOS + VIVOS	TASA MPNT x 1000 NV
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL					
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS				
Menor de 1000	37	9	23	8	77	54	100	770,0
De 1000 a 1499	19	4	16	6	45	103	126	357,1
De 1500 a 2499	30	8	21	4	63	1156	1194	52,8
De 2500 a 3999	20	8	27	4	59	17739	17767	3,3
4000 y más	2			1	3	515	517	5,8
<b>Total general</b>	<b>108</b>	<b>29</b>	<b>87</b>	<b>23</b>	<b>247</b>	<b>19567</b>	<b>19704</b>	<b>12,5</b>

Fuente: SIVIGILA

Matriz para cálculo razones por periodos perinatales de riesgo				
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	1,9	0,5	1,2	0,4
De 1000 a 1499	1,0	0,2	0,8	0,3
De 1500 a 2499	1,5	0,4	1,1	0,2
De 2500 a 3999	1,0	0,4	1,4	0,2
4000 y más	0,1	0,0	0,0	0,1
<b>Total general</b>	<b>5,5</b>	<b>1,5</b>	<b>4,4</b>	<b>1,2</b>

6,2	Salud materna
2,6	Cuidados prenatales
0,8	Atención del parto
2,4	Atención del recién nacido
0,5	Atención del neonato AIEPI

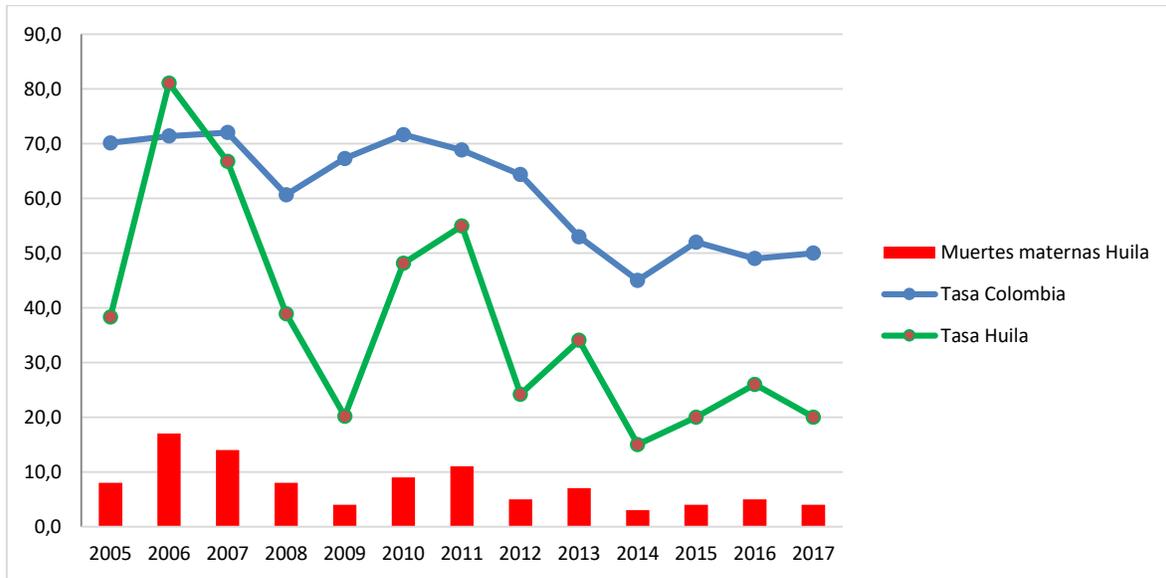
Observamos según el análisis de la matriz de riesgo, que la incidencia de fallas en salud materna es de 6,2 por 1000 nacidos vivos, siendo las más alta, seguida en 2,6 por cuidados prenatales, estos dos factores están asociados al control prenatal, planificación familiar y alto riesgo obstétrico; hallazgos semejantes que se encuentran en las unidades de análisis de los casos. También se encuentra una elevación en la alteraciones de atención al recién nacido, lo cual está relacionado con el incremento de muertes neonatales, con respecto al año anterior.



#### 4.4 Tendencia del evento

##### ❖ Tendencia del evento de mortalidad materna:

Figura 4.8. Tendencia de la Razón de mortalidad materna temprana, Huila 2005 a 2017.

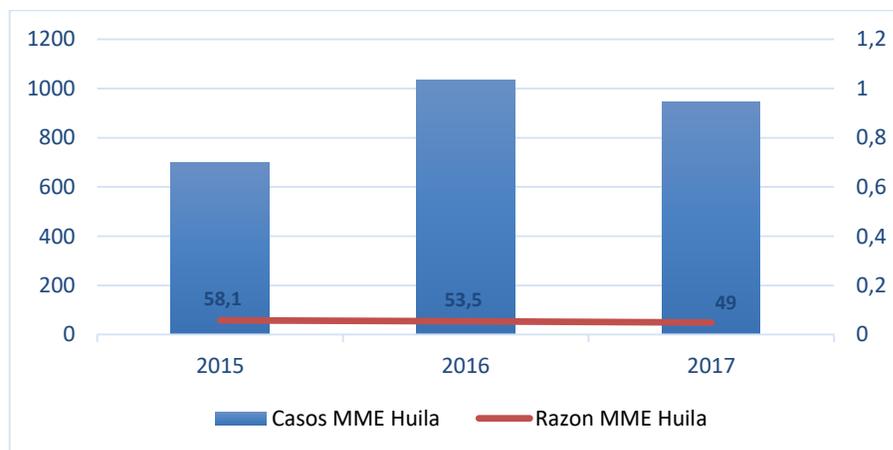


Fuente: SIVIGILA – Estadísticas vitales

La razón de mortalidad materna temprana para el departamento del Huila fue de 20 por cien mil nacidos vivos a 31 de diciembre del año 2017, la tendencia del evento se mantiene por debajo del promedio nacional, pero ha venido en aumento en los dos últimos años.

##### ❖ Tendencia del evento de morbilidad materna extrema:

Figura 4.9. Razón de morbilidad materna extrema, Huila 2015 a 2017.



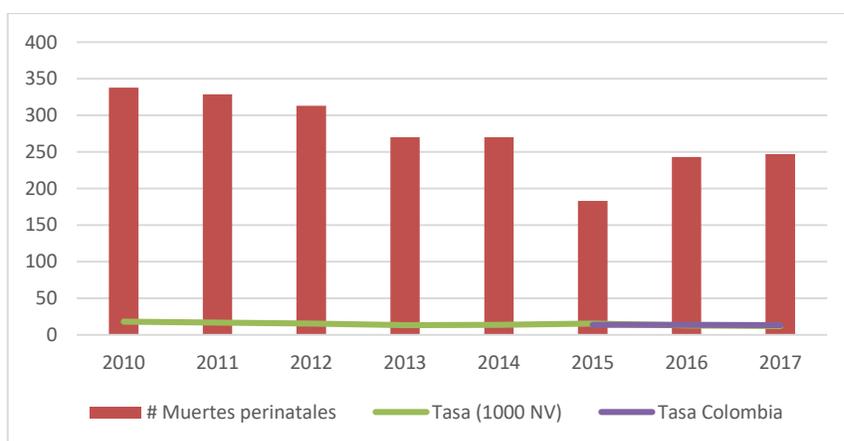
Fuente: SIVIGILA – Estadísticas vitales



Desde que se inició la vigilancia del evento de morbilidad materna extrema en el año 2012 en nuestro país, el departamento del Huila ha apropiado de manera positiva la notificación de casos y cada año viene en aumento la razón de MME gracias al conocimiento del protocolo y a la divulgación de la estrategia de reducción de la morbi-mortalidad materno perinatal entre los profesionales de salud de todos los niveles de complejidad. Para el año 2016 el volumen de casos fue el más alto de todos los años anteriores, lo que probablemente se explique por el incremento de criterios de inclusión para la definición operativa de caso. La razón de MME se mantiene por encima del promedio nacional.

❖ **Tendencia del evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía:**

**Figura 4.10. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Huila 2007 a 2017.**



Fuente: SIVIGILA – Estadísticas vitales

El departamento del Huila ha presentado un comportamiento lineal durante la última década, con un ligero descenso en los últimos 4 años. Sin embargo nos encontramos al mismo nivel de la tasa nacional, y algunos municipios presentan tasas de mortalidad perinatal y neonatal muy elevadas.

**4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento:**

**4.5.1 Indicadores de vigilancia de mortalidad materna:**

❖ **Proceso**

**Tabla 4.25. Casos notificados como dudosos a la fecha por la entidad territorial, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Huila	# MM notificadas al Sivigila con las actas de Unidades de Análisis que contengan información completa (Entrevista familiar, atención medica), Autopsia ( si se indicó), y plan de mejoramiento coherente con el caso, que fueron recepcionados en el INS en un plazo máximo de 45 días después de notificado el caso, por la Entidad Territorial. A.	# MM notificadas al Sivigila por departamento en el periodo de tiempo a evaluar, excepto MM por accidentes y homicidios. B.	% (MM que han completado el ciclo de vigilancia epidemiológica en el tiempo establecido; A/B)
Huila	4	4	100%

Fuente: SIVIGILA



Todos los casos notificados de mortalidad materna en el departamento fueron clasificados como confirmados, situación que se corroboró con las unidades de análisis, ninguno se encuentra en estudio.

❖ **Resultado:**

**Tabla 4.26. Indicadores de vigilancia de mortalidad materna por municipio, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Huila	# Casos	%	Numero de RN vivos	Numero de MM tempranas	Casos MM tardías	Razón de Mortalidad Materna
AIPE	1	13	287	0	1	0,0
GIGANTE	1	13	360	1	0	277,8
IQUIRA	1	13	202	1	0	495,0
LA PLATA	1	13	1231	1	0	81,2
NEIVA	1	13	6381	0	1	0,0
PITALITO	2	25	2670	1	1	37,5
RIVERA	1	13	306	0	1	0,0
<b>HUILA</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19567</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>20,4</b>

Fuente: SIVIGILA - Estadísticas Vitales

Aunque la razón de mortalidad materna departamental, presenta un nivel aceptable según el promedio nacional, los municipios que han presentado los eventos de mortalidad materna temprana tienen una razón muy elevada, como el municipio de Iquira. Los municipios de La Plata y Pitalito han presentado casos de mortalidad materna en los últimos 3 años.

**Tabla 4.27. Indicadores de vigilancia de mortalidad materna según causa principal agrupada, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Causas	# Casos	%	# de MM tempranas	# de MM tardías	Razón de Mortalidad Materna *100000
Trastornos hipertensivos	1	12,5	1	0	5,1
Complicaciones hemorrágicas	2	25	2	0	10,2
Sepsis de origen no obstétrico	1	12,5	0	1	0,0
Enf. Preexistente que se complica	2	25	0	2	0,0
Otra causa	2	25	1	1	5,1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>20,4</b>

Fuente: SIVIGILA - SVEMMBW

La razón de mortalidad materna fue muy alta para complicaciones hemorrágicas, las mortalidad causada por enfermedades preexistentes que se complican generaron la misma proporción de eventos, aunque esta afectó a mujeres durante y después de terminada la gestación.



#### 4.5.2 Indicadores de vigilancia de morbilidad materna extrema

❖ Resultado:

**Tabla 4.28. Indicadores de vigilancia de la morbilidad materna extrema por municipio, Huila a semana epidemiológica 52 de 2017.**

Municipio	Nacidos vivos	Casos MM*	Casos MME	Casos de Muerte perinatal en MME	Razón de MME	Índice de mortalidad MM : MM	Relación MME : MM	Porcentaje de gestantes con 3 o más criterios de inclusión ( MME >3 criterios / MME) * 100		Índice de mortalidad perinatal en MME
								Casos	Porcentaje	
ACEVEDO	601	0	43	1	71,5	0,0	0	13	30	2,3
AGRADO	154	0	5	1	32,5	0,0	0	4	80	16,7
AIPE	287	0	4	0	13,9	0,0	0	2	50	0,0
ALGECIRAS	340	0	14	1	41,2	0,0	0	6	43	6,7
ALTAMIRA	49	0	2	0	40,8	0,0	0	2	100	0,0
BARAYA	75	0	2	0	26,7	0,0	0	0	0	0,0
CAMPOALEGRE	506	0	15	0	29,6	0,0	0	7	47	0,0
COLOMBIA	113	0	3	0	26,5	0,0	0	2	67	0,0
ELÍAS	47	0	1	0	21,3	0,0	0	1	100	0,0
GARZÓN	1357	0	59	2	43,5	0,0	0	53	90	3,3
GIGANTE	360	1	17	0	47,2	5,6	17	16	94	0,0
GUADALUPE	287	0	13	0	45,3	0,0	0	10	77	0,0
HOBO	116	0	4	1	34,5	0,0	0	2	50	20,0
ÍQUIRA	202	1	3	0	14,9	25,0	3	1	33	0,0
ISNOS	418	0	31	1	74,2	0,0	0	8	26	3,1
LA ARGENTINA	233	0	11	0	47,2	0,0	0	3	27	0,0
LA PLATA	1231	1	49	0	39,8	2,0	49	22	45	0,0
NÁTAGA	122	0	1	0	8,2	0,0	0		0	0,0
NEIVA	6381	0	244	6	38,2	0,0	0	128	52	2,4
OPORAPA	212	0	14	1	66,0	0,0	0	6	43	6,7
PAICOL	94	0	3	0	31,9	0,0	0	3	100	0,0
PALERMO	377	0	9	0	23,9	0,0	0	5	56	0,0
PALESTINA	220	0	25	0	113,6	0,0	0	9	36	0,0
PITAL	257	0	17	1	66,1	0,0	0	13	76	5,6
PITALITO	2670	1	191	7	71,5	0,5	191	89	47	3,5
RIVERA	306	0	15	0	49,0	0,0	0	12	80	0,0
SALADOBLANCO	229	0	24	0	104,8	0,0	0	6	25	0,0
SAN AGUSTÍN	520	0	39	1	75,0	0,0	0	16	41	2,5
SANTA MARÍA	199	0	6	0	30,2	0,0	0	3	50	0,0
SUAZA	388	0	12	0	30,9	0,0	0	10	83	0,0
TARQUI	300	0	19	0	63,3	0,0	0	13	68	0,0
TELLO	163	0	3	0	18,4	0,0	0	3	100	0,0
TERUEL	113	0	6	0	53,1	0,0	0	3	50	0,0
TESALIA	146	0	4	0	27,4	0,0	0	3	75	0,0
TIMANÁ	316	0	32	0	101,3	0,0	0	9	28	0,0
VILLAVIEJA	74	0	5	0	67,6	0,0	0	3	60	0,0
YAGUARÁ	104	0	2	0	19,2	0,0	0	2	100	0,0

Fuente: SIVIGILA



En relación a los indicadores de vigilancia epidemiológica del evento de morbilidad materna extrema para todo el departamento, se encontró que el 52% de las gestantes notificadas presentaron más de 3 criterios de inclusión; algunos municipios presentan una razón de Morbilidad Materna Extrema muy elevada, mayor al promedio departamental y municipal, por encima de 100; el índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía ante un evento de MME, aunque la relación de mujeres que presentan un evento de MME y terminan en muerte materna es muy baja, de 236 casos de MME por cada muerte materna.

**Tabla 4.29. Indicadores de vigilancia de la morbilidad materna extrema según causa principal agrupada. Huila - 2017.**

Causas	Número de muertes maternas tempranas	Casos de MME	Índice de mortalidad por causa	Relación MME / MM
			(MM / MM + MME) *100	
Trastornos hipertensivos	1	728	0,1	728
Complicaciones hemorrágicas	2	63	3,1	31,5
Complicaciones del aborto	0	14	0,0	0
Sepsis de origen obstétrico	0	3	0,0	0
Sepsis de origen no obstétrico	0	13	0,0	0
Sepsis de origen pulmonar	0	6	0,0	0
Enf. Preexistente que se complica	0	11	0,0	0
Otra causa	1	109	0,9	109

Fuente: SIVIGILA - SVEMMBW

La principal causa agrupada que genera eventos de MME en el departamento son los trastornos hipertensivos, pero el índice de mortalidad es mucho más elevado para complicaciones hemorrágicas.

#### 4.6.3 Indicadores de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía

❖ **Resultado:**

La mortalidad perinatal y neonatal en el departamento del Huila mantiene un comportamiento estable, no supera el promedio departamental, y se presenta en mayor número mortalidad fetal, pero la razón de mortalidad neonatal temprana departamental es de 5,8 por mil nacidos vivos, este hallazgo es de gran interés y se deben investigar las causas de la misma. A continuación se presentan los indicadores en la siguiente tabla.



**Tabla 4.30. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por municipio, Huila a semana epidemiológica 24 de 2017.**

Municipio	Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía	Razón mortalidad fetal	Razón mortalidad neonatal temprana	Razón mortalidad neonatal tardía
ACEVEDO	8,3	8,3	0,0	0,0
AGRADO	13,0	6,5	0,0	6,5
AIPE	13,9	7,0	3,5	3,5
ALGECIRAS	32,4	23,5	8,8	0,0
BARAYA	40,0	13,3	26,7	0,0
CAMPOALEGRE	9,9	7,9	2,0	0,0
COLOMBIA	8,8	0,0	8,8	0,0
GARZON	12,5	9,6	2,9	0,0
GIGANTE	11,1	8,3	2,8	0,0
GUADALUPE	7,0	0,0	3,5	3,5
HOBO	34,5	25,9	8,6	0,0
IQUIRA	14,9	5,0	9,9	0,0
ISNOS	16,7	14,4	2,4	0,0
LA ARGENTINA	21,5	4,3	4,3	12,9
LA PLATA	13,0	9,7	2,4	0,8
NATAGA	8,2	8,2	0,0	0,0
NEIVA	10,8	5,5	4,1	1,3
OPORAPA	14,2	4,7	9,4	0,0
PAICOL	21,3	10,6	10,6	0,0
PALERMO	13,3	2,7	10,6	0,0
PALESTINA	13,6	4,5	9,1	0,0
PITAL	19,5	7,8	11,7	0,0
PITALITO	15,7	6,4	6,7	2,6
SALADOBLANCO	13,1	8,7	4,4	0,0
SAN AGUSTIN	9,6	7,7	1,9	0,0
SANTA MARIA	5,0	0,0	0,0	5,0
SUAZA	12,9	5,2	7,7	0,0
TARQUI	6,7	6,7	0,0	0,0
TELLO	6,1	6,1	0,0	0,0
TERUEL	35,4	17,7	17,7	0,0
TESALIA	13,7	13,7	0,0	0,0
TIMANA	6,3	3,2	3,2	0,0
VILLAVIEJA	27,0	13,5	13,5	0,0
YAGUARA	9,6	9,6	0,0	0,0

Fuente: SIVIGILA



GOBERNACIÓN DEL HUILA



SGN-C054-F04

## 5. CONCLUSIONES

En general los eventos de Maternidad Segura para el departamento del Huila presentan un nivel aceptable, si nos comparamos con el nivel nacional, donde para el evento de Mortalidad Materna que es el indicador más sensible en términos sociales y de desarrollo, el Huila cumple la meta establecida por el país, pero es preocupante que en los últimos años se observa un ligero incremento en esta razón de mortalidad materna, situación que debe prender las alarmas de todos los actores de los sistemas de salud. Además los otros dos eventos, Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad perinatal y neonatal tardía, se encuentran por encima del promedio nacional, con diferencias no muy significativas, pero que reflejan la necesidad de continuar y mejorar la intervención en la atención integral al componente materno perinatal.

Durante el 2017 se presentaron dos casos de mortalidad materna temprana por complicaciones hemorrágicas, aportando esta causa un razón de 10 por cien mil nacidos vivos, durante el 2016 no se presentaron eventos de mortalidad por esta causa, lo que refleja que el trabajo de preparación para la atención de la emergencia obstétrica debe ser constante.

Según la clasificación aportada por la matriz baby se concluye que se debe mejorar la educación en consulta preconcepcional y cuidados prenatales a las gestantes y sus familias, hacer seguimiento al cumplimiento de protocolos de atención de parto y de adaptación neonatal, así como el conocimiento y aplicación del AIEPI por parte de los profesionales de salud.

En Morbilidad Materna Extrema el 46% de los casos notificados presentan más de 3 criterios de inclusión, representa la complejidad de los casos que se notifican, y se compara con un índice de letalidad bajo, con lo cual se puede concluir, el adecuado nivel resolutivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento. El índice de letalidad para las enfermedades preexistentes que se complican es bastante alto, y refleja deficiencia por parte de los programas de planificación familiar, consulta preconcepcional y control de enfermedades crónicas.

La preeclampsia es el criterio de inclusión más frecuente para la definición de caso en el Huila, relacionado con esta enfermedad específica se encuentra la inclusión de criterios de falla orgánica de origen vascular y cerebral. El 15% de los casos presento ingreso a UCI. Sobre las dos clasificaciones nuevas en el protocolo (Lesiones de causa externa y otros eventos de interés en salud pública) la notificación es mínima, se hace necesario continuar con la retroalimentación a los profesionales de salud sobre la actualización del protocolo.

## 6. RECOMENDACIONES

La muerte materna es uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud, y también reflejan los determinantes sociales en el que se desarrolla del proceso de gestación; por lo tanto el indicador de mortalidad materna es una fotografía del desarrollo de nuestra sociedad. En el departamento del Huila es notable una mejoría en este indicador, demostrando el cumplimiento de metas y estrategias, pero es tan solo el primer paso para lograr una óptima Salud Materna.

Sin embargo con los hallazgos obtenidos de la vigilancia epidemiológica de los eventos de Maternidad Segura, se pueden plantear las siguientes recomendaciones:

- Se requiere un análisis más detallado de determinantes sociales en este grupo poblacional, que nos permita impactar de manera positiva en la atención integral individual y comunitaria.
- Es necesario hacer mayor intervención en los programas de maternidad segura encaminados a una óptima atención prenatal, identificación del alto riesgo obstétrico, planificación familiar y consulta preconcepcional.
- Garantizar que el personal asistencial esté listo para actuar ante la emergencia obstétrica.
- Mejorar la humanización de los servicios de salud.
- Garantizar manejo integral a la mujer en edad fértil, optimizando el manejo de patologías de causas no obstétricas.
- Establecer las causas de mortalidad perinatal y neonatal tardía, ya que esta se determinó solo para el 40% de los casos.
- Mejorar la sensibilidad de la inclusión de casos de morbilidad materna extrema.