



VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Distrito Capital 2017

Diana Gracia Meza
Grupo Salud Materno Infantil
Subdirección Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Año 2012 (Abril)

Vigilancia Centinela

UPGD seleccionadas para cada entidad territorial

Notificación al egreso - ficha de tamizaje de MME

Notificación rutinaria semanal + Envío a las EAPB y a la Unidad Notificadora Municipal casos críticos para seguimiento.

Relacionado con enfermedad específica	Relacionado con manejo	Relacionado con falla orgánica
Eclampsia Choque hipovolémico Choque séptico	Necesidad de transfusión Necesidad de UCI Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia	Disfunción cardiaca Disfunción vascular Disfunción Renal Disfunción Hepática Disfunción Metabólica Disfunción Cerebral Disfunción Respiratoria Disfunción de la coagulación



Análisis Institucional Mensual: 5 casos

Análisis Municipal Trimestral: 5 a 7 UPGD cinco casos

8 a 15 UPGD ocho casos



16 y mas UPGD 10 casos.

Análisis Distrital/Departamental Trimestral: 10 casos

metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia”

Entrevista a la Sobreviviente cargo de la UPGD

Entrevista a la Sobreviviente

 Entrevista a la Gestante sobreviviente MORBILIDAD MATERNA EXTREMA -Código INS 549 		
CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS		
A. Nombres y apellidos de la paciente		Nombre de UPQD que notifica
Tipo de Documento de Identidad		Municipio que notifica
Número de Documento de Identidad		Departamento que notifica
FACTORES SOCIOECONOMICOS		
Servicios públicos		Tipo de vivienda
<input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Alcantarado <input type="checkbox"/> Gas natural		<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada
<input type="checkbox"/> Energía eléctrica <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Recolección basuras		Ingreso del núcleo familiar
		<input type="checkbox"/> <1 SMLV <input type="checkbox"/> 1-2 SMLV <input type="checkbox"/> >2 SMLV
REDES DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR		
En que trabaja la gestante		
Con quien vive la gestante		Califique su relación con la familia
<input type="checkbox"/> Esposo/compañero <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
<input type="checkbox"/> Hijos/as <input type="checkbox"/> Hermanos/as <input type="checkbox"/> Sola		
Asiste/solicitada a control prenatal		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Con quien?		¿Cuál fue la primera reacción de su compañero al enterarse de este embarazo?
ANTECEDENTES PERSONALES		
Presentó alguna enfermedad antes de la gestación?		¿Qué método de planificación empleaba cuando se embarazó?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cua?		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anillo orales <input type="checkbox"/> Implante subdérmico <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Anillo inyectables <input type="checkbox"/> Diu <input type="checkbox"/> Ovs
Por qué no planificaba o porque cree que falló el método de planificación?		
Como se entero de su gestación?		Usted quería embarazarse?
<input type="checkbox"/> Síntomas típicos <input type="checkbox"/> Pío en laboratorio <input type="checkbox"/> Si, ahora <input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> Pío casera <input type="checkbox"/> Si, pero después <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Para CPN <input type="checkbox"/> Por enfermedad ¿Qué enfermedad tenía?
Cuantas semanas tenía cuando se entero de embarazo?		Cuántas semanas tenía cuando asistió a primer control?
<input type="checkbox"/> Semanas		<input type="checkbox"/> Semanas
CARACTERISTICAS DE CONTROL PRENATAL		
¿Quien le atiendo durante los controles prenatales?		¿Cada cuanto asistía al control?
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Promotor de salud <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal
¿Que transporte utiliza para acceder al servicio de salud?		
<input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Bici <input type="checkbox"/> Carro propio <input type="checkbox"/> Carro público <input type="checkbox"/> Lancha <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> Otro		
Cuantos días invierte en el traslado?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cuento dinero le cuesta cada asistencia (ida y vuelta)?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dejó de asistir a alguna cita de control? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porque?		
Le entregaron carne materna? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porque?		
Le ordenaron exámenes de control prenatal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porque?		
Se realizó los exámenes solicitados? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porque?		

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



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

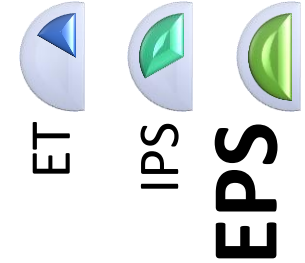
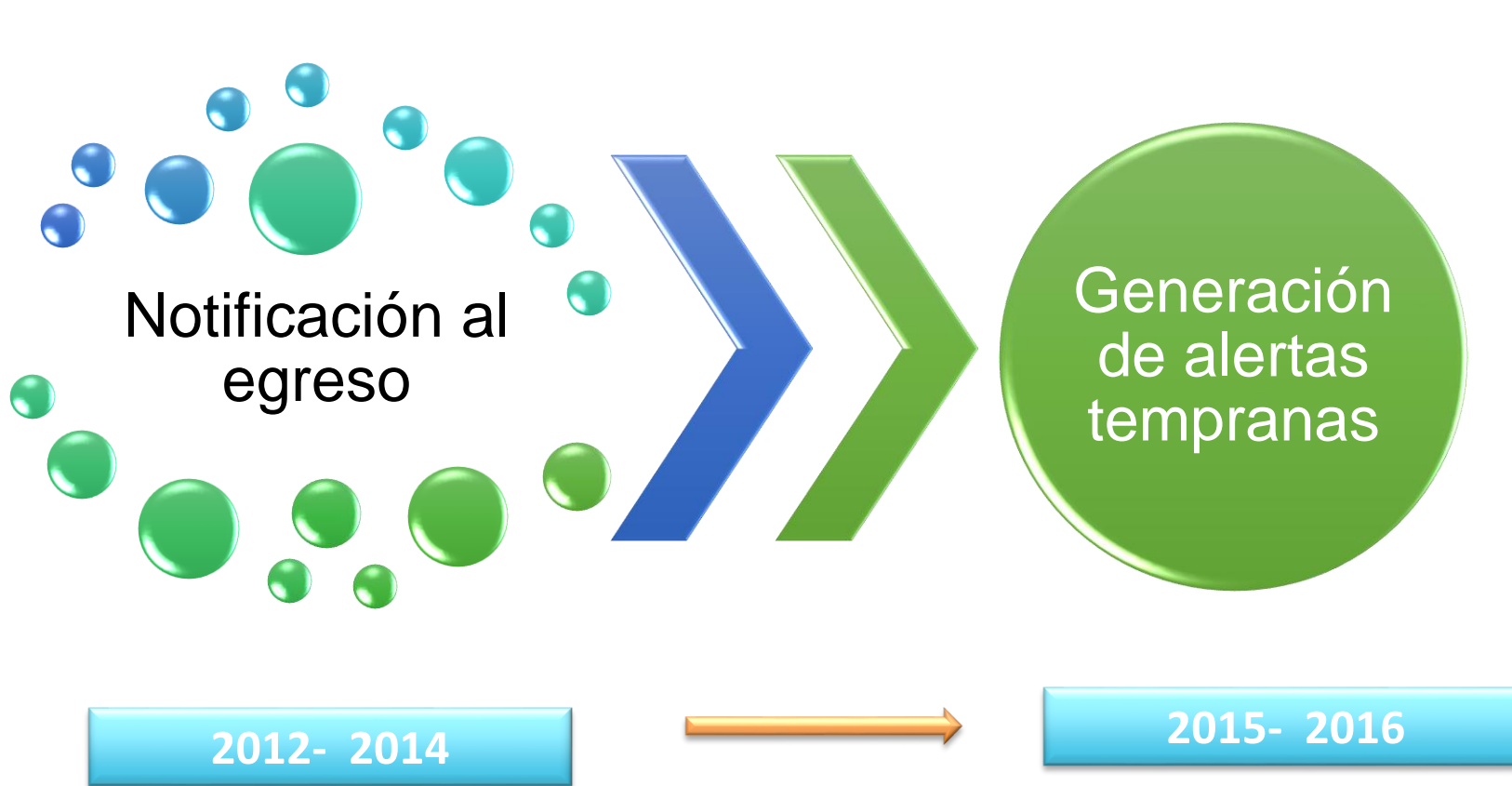
BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Ficha de Notificación

DATOS BÁSICOS			
1. INFORMACIÓN GENERAL REG-R02.003.0000-001 V:02 AÑO 2012			
1.1 Código de la UPGD		Razón social de la unidad primaria generadora del dato	
Departamento	Municipio	Código	Sub-Índice
1.2 Nombre del evento		Código del evento	1.3 Fecha de Notificación (dd/mm/aaaa)
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de Documento		2.2 Número de Identificación	
<input type="radio"/> Registro civil <input type="radio"/> Cédula de Extranjería <input type="radio"/> Menor sin identificación <input type="radio"/> Tarjeta de identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Adulto sin identificación <input type="radio"/> Cédula de ciudadanía		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.3 Primer Nombre		2.4 Segundo Nombre	
2.5 Primer Apellido		2.6 Segundo Apellido	
2.7 Teléfono	2.8 Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.9 Edad	2.10 Unidad de medida de la edad
			<input type="radio"/> 1 - Años <input type="radio"/> 2 - Meses <input type="radio"/> 3 - Días <input type="radio"/> 4 - Horas <input type="radio"/> 5 - Minutos <input type="radio"/> 0 - No aplica
2.11 Sexo	2.12 País de procedencia/ocurrencia	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	2.14 Área de ocurrencia del caso
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Código	Departamento	<input type="radio"/> 1. Cabeecera Municipal <input type="radio"/> 2. Centro Poblado <input type="radio"/> 3. Rural Disperso
2.15 Localidad de ocurrencia del caso	2.16 Barrio de ocurrencia del caso	2.17 Cabecera municipal/Centro poblado/Rural disperso	2.18 Vereda
2.19 Ocupación del paciente	2.20 Tipo de régimen en salud	2.21 Nombre de la administradora de servicios de salud	
	<input type="radio"/> 1. Contributivo <input type="radio"/> 2. Subsidado <input type="radio"/> 3. Excepción <input type="radio"/> 4. Especial <input type="radio"/> 5. No Afiliado	Código	
2.22 Pertenencia étnica		2.23 Grupo poblacional	
<input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. ROM, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato, afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro		<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. neo epidemiológico <input type="radio"/> 6. Desplazados <input type="radio"/> 7. Discapacitados <input type="radio"/> 8. Migrantes <input type="radio"/> 9. Gestantes <input type="radio"/> 10. Carcelarios	
3 NOTIFICACIÓN			
3.1 Departamento y municipio de residencia del paciente		3.2 Dirección de residencia	
3.3 Fecha de Consulta (dd/mm/aaaa)	3.4 Fecha de Inicio de síntomas(dd/mm/aaaa)	3.5 Clasificación inicial de caso	3.6 Hospitalizado
		<input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
3.7 Fecha de hospitalización dd/mm/aaaa	3.8 Condición final	3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 N° certificado de defunción
	<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto		
3.11 Causa básica de muerte CIE 10	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha		
	3.13 Teléfono		
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> No Aplica <input type="radio"/> 3- Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4- Conf. por clínica <input type="radio"/> 5- Conf. neo epidemiológico <input type="radio"/> 6- Descartado <input type="radio"/> 7- Otra Actualización <input type="radio"/> 8- Error de digitación		<input type="text"/> <input type="text"/>	

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

Transición MME



Criterios de Inclusión

Relacionada con enfermedad específica	Relacionada con disfunción orgánica	Relacionada con manejo	Lesiones de causa externa	Otros eventos de interés en salud pública
<p>Eclampsia</p> <p>Sepsis o infección sistémica severa</p> <p>Hemorragia obstétrica severa</p> <p>Preeclampsia severa</p> <p>Ruptura uterina</p> <p>Aborto séptico / hemorrágico</p> <p>Enfermedad molar</p> <p>Embarazo ectópico roto</p> <p>Enfermedad autoinmune</p> <p>Enfermedad hematológica</p> <p>Enfermedad oncológica</p> <p>Enfermedad endocrino / metabólicas</p> <p>Enfermedad renal</p> <p>Enfermedad gastrointestinal</p> <p>Eventos tromboembolicos</p> <p>Eventos cardiocerebro vasculares</p> <p>Otras</p>	<p>Cardiaca</p> <p>Vascular</p> <p>Renal</p> <p>Hepática</p> <p>Metabólica</p> <p>Cerebral</p> <p>Respiratoria</p> <p>Coagulación</p>	<p>Necesidad de transfusión</p> <p>Necesidad de UCI</p> <p>Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia</p>	<p>Accidente</p> <p>Intoxicación accidental</p> <p>Intento suicidio</p> <p>Víctima de violencia física</p>	<p>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</p>

- Ajuste a la **totalidad** de casos de morbilidad materna extrema una vez la paciente egrese de la institución.
- Entrevista a la sobreviviente es una actividad a cargo de la UPGD que da el alta hospitalaria.

Entrevista a la Sobreviviente 2016

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. Cabeecera municipal ___ 2. Centro poblado ___ 3. Rural disperso ___	
4	Teléfono fijo: Teléfono celular:
MUJER	
5	Nombres y apellidos:
6	Tipo de identificación: 1. Registro civil 2. Tarjeta de identidad 3. Cédula de ciudadanía 4. Cédula de extranjería 5. Pasaporte 6. Sin identificación
7	Número de identificación:
8	Mujer en condición de vulnerabilidad: 1. Habitante de la calle 2. Población adolescente 3. Personas con discapacidad 4. Desmovilizados 5. Desplazados 6. Población en centros psiquiátricos 7. Población migratoria 8. Población en centros carcelarios 9. No aplica Otro: _____
9	Estado civil: 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja 3. Está separada / divorcada 4. Está viuda 5. Está soltera 6. Está casada

10	Años de escolaridad que ha aprobado: 1. Pre-escolar 2. Básica primaria 3. Básica secundaria 4. Media académica o clásica 5. Media técnica 6. Normalista 7. Técnica profesional 8. Tecnológica 9. Profesional 10. Especialización 11. Maestría 12. Doctorado 13. Ninguno Número de años de estudios aprobados: (___)
11	¿Sabe leer y escribir? 1. Sí 2. No 3. Solo leer 4. Solo escribir
12	¿Qué ocupación u oficio ha tenido en los últimos 6 meses? 1. Contributivo 2. Subsidado 3. Excepción 4. Especial 5. No afiliada
13	Tipo de aseguramiento al sistema de salud: 1. Contributivo 2. Subsidado 3. Excepción 4. Especial 5. No afiliada
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? 1. Sí 2. No
16	¿Es cabeza de familia? 1. Sí 2. No
17	¿Durante el embarazo, parto o puerperio realizó alguna práctica diferente a la medicina tradicional? 1. Sí 2. No ¿Cuál? _____
FAMILIA	
18	Las decisiones tomadas en la familia dependen de: 1. La mujer. 2. El cónyuge o compañero permanente 3. La mujer y su cónyuge. 4. Los padres de la mujer. 5. Los padres del cónyuge 6. Otros. ¿Otros? _____
19	¿Fue víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, parto o puerperio?, especifique: 1. Violencia física 2. Maltrato verbal 3. Violencia sexual 4. Abandono 5. Otro _____ 6. Ninguna
20	El embarazo fue producto de una violación: 1. Sí 2. No

21	¿Cuál es el ingreso mensual promedio del núcleo familiar?
22	¿Cuántas personas dependen de este ingreso? COMUNIDAD ¿Cuánto tiempo calcula que se demora para llegar al servicio de salud más cercano y que medio de transporte utiliza? Tiempo Medio de transporte Precio
23	¿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. Sí 2. No 3. No existen redes sociales de apoyo 4. No necesité ayuda 5. No sé 6. ¿Cuál? _____
24	Durante la complicación tuvo acceso a medios de comunicación (teléfono celular, radio teléfono, entre otros) para pedir ayuda (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros). 1. Sí tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna 2. Sí tuvo acceso y no obtuvo respuesta 3. Sí tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna 4. No tuvo acceso a ningún medio de comunicación
ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES	
26	G ___ A ___ P ___ C ___ V ___ M ___
27	¿Tenía algún problema de salud antes de quedar embarazada? 1. Sí 2. No 3. No sabe 4. ¿Cuál? _____
28	¿Recibió información del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud? 1. Sí 2. No 3. No aplica
29	¿Realizó consulta pre concepcional? 1. Sí 2. No
30	¿Tuvo algún problema de salud en alguno de los embarazos anteriores al relacionado con la complicación (último)? 1. Sí 2. No 3. ¿Cuál? _____
31	¿Recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema durante el embarazo anterior al relacionado con la complicación (último)? 1. Sí 2. No 3. No aplica
32	¿Estaba planificando para no quedar embarazada? 1. Sí 2. No

33	¿Con qué estaba planificando? 1. Hormonal oral 2. Hormonal inyectable 3. Hormonal transdérmico 4. Implante 5. DIU medicado 6. DIU no medicado 7. Ligadura de trompas 8. Barrera 9. Métodos naturales 10. No aplica
34	¿Por qué no estaba planificando? 1. Por creencias religiosas 2. Oposición del compañero u otro familiar 3. No quería, porque estaba buscando la gestación 4. No lo consideraba importante 5. No tuvo acceso 6. Otra, ¿Cuál? _____ 7. No aplica
35	En algún momento pensó en interrumpir su embarazo por violación, malformación congénita o riesgo para su vida o su salud. 1. Sí pensó en interrumpir su embarazo y solicitó el procedimiento. 2. Sí pensó en interrumpir su embarazo pero no solicitó el procedimiento. 3. No pensó en interrumpir su embarazo 4. No aplica
DATOS DE LA GESTACIÓN RELACIONADA CON LA COMPLICACIÓN (ÚLTIMA)	
36	¿Cuándo quedó embarazada? 1. Quería embarazarse en ese tiempo 2. Quería esperar un poco más para embarazarse 3. No quería embarazarse 4. No sé
37	¿Hizo control prenatal? 1. Sí 2. No
Nombre de la(s) institución(es) y municipio(s) donde realizó el control prenatal: Nombre de la institución Municipio Departamento	
38	¿Recibió información del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud? 1. Sí 2. No 3. No aplica
39	¿Quiénes la atendieron durante el control prenatal? 1. Médico general 2. Médico especialista 3. Enfermera 4. Promotor de salud 5. Partera empírica 6. Enfermera Colectra 7. Otro, especifique 8. No sé
40	¿A cuántos controles prenatales asistió?
41	Edad gestacional de inicio de control prenatal:

42	¿Por qué no asistió al control prenatal o dejó de asistir a alguna cita? 1. Es lejano el sitio de atención 2. Porque no le dieron permiso en el trabajo 3. Por falta de recursos económicos 4. Por experiencias negativas con el servicio de salud 5. Porque no lo consideró importante 6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo 7. El servicio de salud está cerrado 8. Problemas de orden público 9. Otro, Especifique 10. No aplica
43	¿Recibió instrucciones o recomendaciones para el reconocimiento de señales de alerta y el cuidado de su embarazo? 1. Sí 2. No
44	¿Siguió estas instrucciones? 1. Sí 2. No 3. No aplica
45	¿Estuvo hospitalizada o requirió atención por urgencias durante el embarazo? 1. Sí 2. No
Nombre de la(s) institución(es) y municipio(s) donde recibió asistencia médica durante el embarazo, parto/cesarea o puerperio relacionado con la muerte (diferente al control prenatal): Nombre de la institución Municipio Departamento	
46	
47	¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzó el problema (o los síntomas iniciales), que provocaron la complicación hasta que consultó al servicio de salud? 1. Sí 2. No
48	¿Consideraba que su problema de salud era muy grave? 1. Sí 2. No
49	Si se presentaron demoras en la búsqueda de ayuda médica, ¿Cuáles fueron las razones? 1. Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros 2. Falta de confianza en el centro de salud/hospital 3. Temor por haberse hecho un aborto 4. Falta de dinero para transportarse 5. Tener que pagar la atención 6. Falta de medio de transporte en esos momentos de ayuda médica. 7. Lejanía del centro de salud/hospital 8. Problemas de orden público 9. Oposición familiar 10. Otra 11. No aplica
50	¿Considera que el manejo de su estado de salud en el embarazo fue: 1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Deficiente 5. Muy deficiente
DATOS DE CIERRE DE LA ENTREVISTA	
51	Observaciones adicionales:
52	Nombres y apellidos quien realiza Institución Cargo



Seguimiento a casos MME

A cargo de la aseguradora (EPS): Inmediato al 100% de las mujeres notificadas.

Seguimiento Posterior : Entre las **48 – 72** horas después del egreso.

A los **42 días** después del egreso.

A los **tres meses** después del egreso.

Seguimiento Domiciliario :

- Adolescentes menores de 15 años.
- 2) Adolescentes entre 15 y 19 años con dos o más gestaciones.
- 3) Adolescentes con histerectomía
- 4) Mujeres mayores de 35 años.
- 5) Mujeres con insuficiente control prenatal (tres o menos).
- 6) Mujeres con enfermedades preexistentes como cardiopatías, diabetes, hipertensión crónica, entre otras.
- 7) Mujeres con tres o más criterios de inclusión para morbilidad materna extrema.
- 8) Mujeres con secuelas o discapacidades secundarias al evento obstétrico.
- 9) Mujeres con pérdida perinatal

Unidades de Análisis

- UPGD cuatro casos por periodo epidemiológico
- Para el cálculo de las unidades de análisis a nivel departamental, distrital y municipal se tomaron en cuenta el número de casos notificados según residencia en el año 2015 .

Tabla N° 4. Porcentaje de unidades de análisis mensuales a realizar, Colombia, 2016.

Entidad Territorial	Grupo	Casos por residencia 2015	Número de casos a analizar por periodo
Bogotá	Mayor a 1 000 casos	3 577	6
Antioquia		1 166	
Valle del Cauca	500 a 999 casos	955	5
Cundinamarca		852	
Cartagena		798	
Huila		766	
Córdoba		523	
La Guajira		518	
Cesar		493	
Meta	100 a 499 casos	455	4
Barranquilla		413	
Atlántico		409	
Cauca		404	
Bolívar		370	
Tolima		368	
Nariño		350	
Santa Marta		331	
Santander		316	
Boyacá		305	
Norte de Santander		258	
Magdalena		240	
Sucre		210	
Caquetá		185	

Análisis basado en determinantes sociales

Anexo 9. Formato de unidades de análisis individual de casos morbilidad materna extrema

ANÁLISIS DE CASO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA				
Datos generales				
Fecha				
Departamento				
Municipio				
Nombres y niveles de atención de las instituciones de salud				
Aseguradora				
Criterios de inclusión al ingreso				
Criterios de inclusión al egreso				
Resumen y análisis de caso				
Resumen de atención clínica:				
Resultados entrevista a la sobreviviente:				
Avances en seguimiento del caso por parte de la aseguradora:				
Conclusiones:				
ANÁLISIS POR CATEGORÍAS				
MUJER				
Características	Se presenta SI / NO	Comentarios	Institución	
Mujeres en condición de vulnerabilidad				
Desconocimiento en derechos en salud				
Uso de prácticas no seguras				
Baja autonomía para toma de decisiones				
FAMILIA				
Características	Se presenta SI / NO	Comentarios	Institución	
Ingresos familiares bajos				
Violencia intrafamiliar				
No reconocimiento para la toma de decisiones				
COMUNIDAD				
Características	Se presenta SI / NO	Comentarios	Institución	
Barreras geográficas que limitan el acceso a servicios de salud				

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	Se presenta SI / NO	Comentarios	Institución	
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				
Trastornos hipertensivos (si aplica)				
¿Se realizaron las siguientes acciones?	Si	No	Comentarios	Institución
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				
Empleo oportuno de sulfato				
Uso adecuado de sulfato				
Monitorización de sulfato				
Uso de antihipertensivos de emergencia				
Empleo adecuado de antihipertensivos				
Decisión oportuna de terminar la gestación				
Selección adecuada de la vía del parto				
Traslado a UCI estando indicado				
Manejo de complicaciones secundarias				
Vigilancia de puerperio				
Evidencia de trabajo en equipo				
Complicaciones hemorrágicas (si aplica)				
¿Se realizaron las siguientes acciones?	Si	No	Comentarios	Institución
Búsqueda de anemia				
Tratamiento adecuado de la anemia				
Seguimiento activo del puerperio				
Detección de parto distócico				

Análisis basado en determinantes sociales

Tratamiento adecuado de parto distócico				
Manejo activo del alumbramiento				
Atención en el nivel adecuado				
Medidas preventivas en cesáreas previas				
Medidas preventivas en abrupcio				
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				
Transfusión oportuna				
Secuencia adecuada de uso de medicamentos				
Remisión indicada				
Condiciones de remisión adecuadas				
Cuidado adecuado post reanimación				
Evidencia de trabajo en equipo				
Sepsis de origen ginecoobstétrico o no (si aplica)				
¿Se realizaron las siguientes acciones?	Si	No	Comentarios	Institución
Solicitud de urocultivo en el CPN				
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				

PRO-R02.052	Versión 02	2016 – Mar – 29	Página 67	
Duración adecuada de tratamiento				
Decisión apropiada de tratamiento quirúrgico				
Manejo adecuado de las complicaciones				
Evidencia de trabajo en equipo				
Otras causas (si aplica)				
¿Se realizaron las siguientes acciones?	Si	No	Comentarios	Institución
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				
Otros hallazgos				
Hallazgo	Se presenta SI / NO	Comentarios	Institución	
Responsables del análisis				
Nombres	Cargo			



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Guía para el análisis de casos de MME y MM por Hemorragia

1. ¿Se buscó anemia en el control prenatal o al momento del parto?
2. ¿Se trató adecuadamente la anemia?
3. ¿Hubo vigilancia adecuada del T de P cada 30 minutos?
4. ¿Hubo vigilancia adecuada del puerperio cada 15 minutos?
5. ¿Se detectó trabajo de parto distócico?
6. ¿Se trató adecuadamente un trabajo de parto distócico?
7. ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento?
8. ¿Se atendió en el nivel adecuado para la condición de la paciente
9. En caso de parto por cesárea por placenta previa ¿se implementaron las medidas preventivas que estaban indicadas?
 - Características del manejo de la complicación 14. ¿El diagnóstico de hemorragia-choque fue oportuno?
 - 14. ¿El diagnóstico de hemorragia-choque fue oportuno?
 - 15. ¿Se activó el código rojo?
 - 16. ¿Se clasificó el grado del choque?
 - 25. ¿Hubo complicaciones intraoperatorias que contribuyeron a la muerte?
 - 26. ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?
 - 27 ¿Se evidencio trabajo en equipo?

Guía para análisis de casos de MME y MM por preeclampsia

- 1. ¿Se preguntaron antecedentes de la paciente de riesgo para preeclampsia?
- 2. Acciones
- 3. ¿Se detectó la aparición de la preeclampsia durante el control prenatal?
- 4. ¿Se monitorizó adecuadamente?
- 5. ¿Se remitió oportunamente?
- 6. ¿Las condiciones de la remisión fueron adecuadas?.....
- 12. ¿El empleo del sulfato fue oportuno?
- 13. ¿Se usó adecuadamente el sulfato de magnesio. (Dosis, tiempo antes y después de parto)?
- 20. ¿Hubo buen manejo de las complicaciones secundarias a la preeclampsia?
- 21. ¿Se vigiló por un tiempo prudencial el puerperio de estas pacientes?
- 22. ¿Se evidencio trabajo en equipo?

Análisis basado en determinantes sociales

- Guía para análisis de casos de MME y MM por sepsis
- 1. Se solicitó urocultivo en el control prenatal
- 2. Hubo adecuado tratamiento de la infección urinaria
- 3. Se hizo diagnóstico oportuno origen de la infección
- 4. Se remitió oportunamente:
- 5. Las condiciones de remisión fueron las adecuadas.....
- 10 Se iniciaron antibióticos en las primeras 2h después del diagnóstico de sepsis.
- 11. Se seleccionó el cubrimiento antibiótico adecuado:
- 13. Hubo control de foco en las primeras 12horas si estaba indicado
- 21. La decisión del tratamiento quirúrgico fue apropiada:
- 22. Se manejaron adecuadamente las complicaciones de la infección:
- 23. Se evidenció trabajo adecuado en equipo:

CARACTERISTICAS DE LA MME BOGOTA 2016

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
25 a 29 Años	1187	23,53%
20 a 24 Años	1171	23,21%
30 a 34 Años	1080	21,41%
35 y mas Años	993	19,68%
15 a 19 Años	589	11,67%
10 a 14 Años	25	0,50%
REGIMEN		
CONTRIBUTIVO	3813	75,58%
SUBSIDIADO	799	15,84%
NO ASEGURADO	192	3,81%
ESPECIAL	183	3,63%
EXCEPCION	46	0,91%
PENDIENTE	12	0,24%
CAUSA AGRUPADA		
Trastornos hipertensivos	3080	61,05%
Complicaciones hemorrágicas	802	15,90%
Otra causa	582	11,54%
Sepsis de origen no obstétrico	221	4,38%
Sepsis de origen obstétrico	185	3,67%
Enf. Preexistente que se complica	85	1,68%
Complicaciones de aborto	69	1,37%
Sepsis de origen pulmonar	21	0,42%
TOTAL CRITERIOS		
2 A 4	3236	64,14%
1 CRITERIO	1294	25,65%
5 Y MAS CRITERIOS	515	10,21%
TOTAL CASOS	5045	100,00%

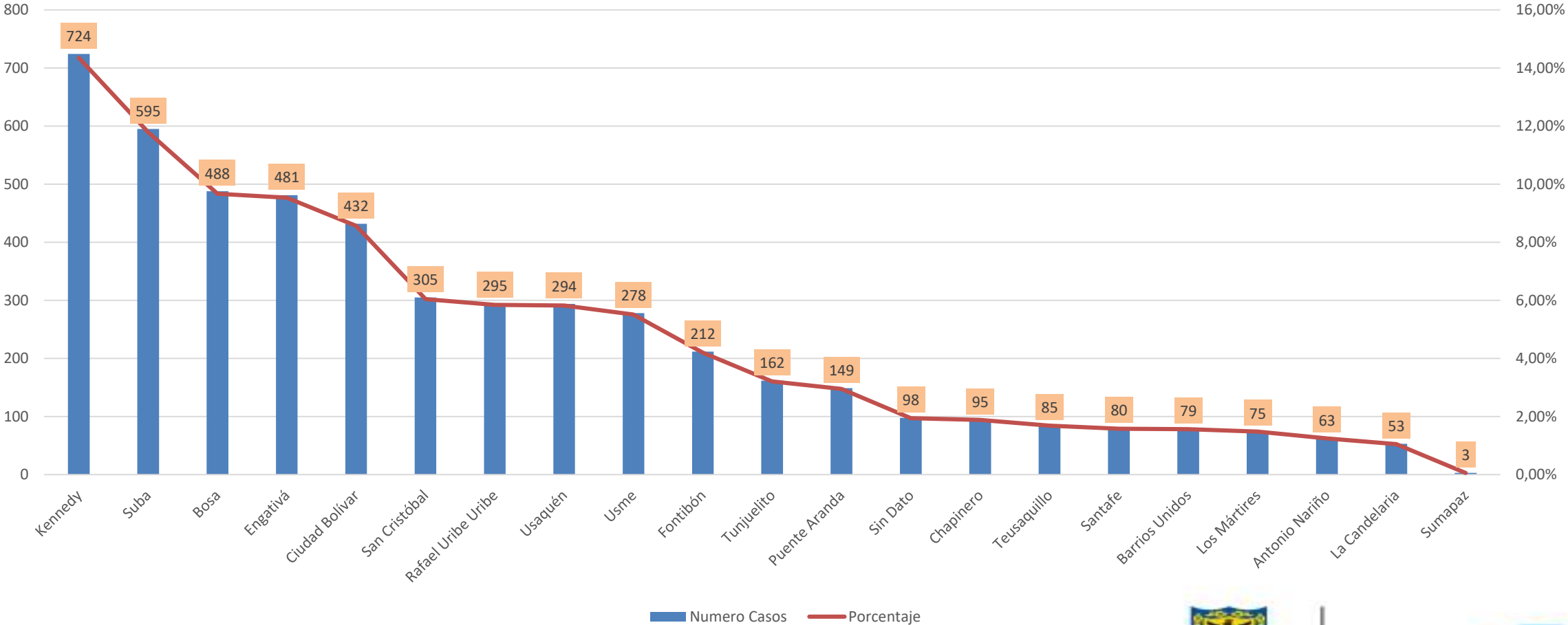
Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD

MME según Localidad de Residencia 2016 Bogotá



Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016



MME Según UPGD que notifica 2016, Bogotá

<i>UPGD</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	502	9,97%
CLINICA ESIMED MATERNO INFANTIL	421	8,36%
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	305	6,06%
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MEDERI	238	4,73%
ESE HOSPITAL EL TUNAL	228	4,53%
CLINICA DE LA MUJER	172	3,42%
CLINICA MATERNO INFANTIL COLSUBSIDIO - USAQUEN	171	3,40%
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA -	169	3,36%
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	168	3,34%
MEDICOS ASOCIADOS SA CLINICA FEDERMAN	167	3,32%
TOTAL	2541	50,49%

Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016



MME Según EAPB 2015 – 2016, Bogotá

<i>ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
2015		
COMPENSAR E.P.S.	557	15,3
FAMISANAR E.P.S. LTDA.	465	12,8
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S	391	10,7
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	356	9,8
SALUDCOOP E.P.S.	291	8,0
TOTAL	2060	56,6
2016		
CAPITAL	915	18,13%
CAFESALUD E.P.S. S.A.	695	13,77%
COMPENSAR E.P.S.	694	13,75%
FAMISANAR E.P.S. LTDA.	613	12,15%
TOTAL	2917	57,81%

Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 años 2015 - 2016





borivoj

GRACIAS!



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD