

 <p>DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 1 DE 15

INFORME FINAL DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA, AÑO 2014

Lusayda Sánchez Corrales
Enfermera Esp. Epidemiología, Esp. Neonatología
Isdrual Arengas Castilla, F.T., E., Epidemiólogo
Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Salud de Caldas

INTRODUCCIÓN

Los indicadores de salud materno-infantil son considerados un reflejo de toda la situación de salud de un país. La tasa de mortalidad perinatal es un indicador que muestra el riesgo de morir del feto y recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo. Contribuye además una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social.

A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa. Existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables. (1)

Para el año 2015 la mortalidad materna debe disminuir en 3/4 partes y la mortalidad en menores de cinco años disminuir 2/3 partes. Las metas del país frente a los Objetivos Del Milenio -ODM- son la reducción a 14 por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de un año y reducir a 16 por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de cinco años. (2)

Con el presente informe se pretende mostrar un panorama general sobre el patrón de ocurrencia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el departamento que sea base para la generación de acciones en salud pública.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 2 DE 15

ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que de los 130 millones de niños nacidos cada año en el mundo, la muerte perinatal se cobra 2,6 millones de víctimas anuales (unas 7000 muertes al día), ocurridas principalmente en el tercer trimestre y que se amplifica sobre todo en los países pobres, donde tienen lugar el 98% de los fallecimientos perinatales. De los 2,6 millones de muertes, 1,4 millones tienen lugar en el útero materno, y los otros 1,2 millones se producen por complicaciones durante el alumbramiento (sobre todo en el tercer mundo) (3, 4, 5).

Desde 1990, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido un 41% a nivel mundial; ocurren 14000 muertes infantiles menos por día. Aun así, 6,9 millones de niños menores de 5 años murieron en 2011, en la mayor parte de los casos por enfermedades prevenibles. En África subsahariana, 1 de cada 9 niños muere antes de cumplir los 5 años, más de 16 veces el promedio de muertes de niños en las regiones desarrolladas.

Una proporción cada vez mayor de niños muere en el momento del nacimiento o poco después, lo que es un dato claro de que los esfuerzos por la supervivencia infantil deben enfocarse en el precario primer mes de vida. En los últimos 20 años, la mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido un 2,5% anual, frente al sumamente lento índice del 1,8% anual de muertes neonatales durante el primer mes de vida. Como resultado, la proporción de muertes neonatales en la mortalidad de niños menores de 5 años en el mundo ha subido del 36% en 1990 al 43% en 2011.

América Latina y el Caribe, y Asia meridional tuvieron más de la mitad de las muertes de menores de 5 años. África subsahariana con el 38% de las muertes neonatales mundiales tiene la tasa más alta de mortalidad neonatal (34 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2010) y ha registrado, junto con Oceanía, los signos más leves de mejoras durante las últimas dos décadas. Es necesario ocuparse más eficientemente de la salud infantil durante el primer mes de vida si la mortalidad infantil general sigue progresando a ritmo rápido. (6)

En Colombia la notificación de muertes perinatales comenzó desde 1996, reportándose anualmente un promedio de 6.000 defunciones, a partir del año 2012 se comienza a notificar los casos de mortalidad neonatal tardía.

La tasa de mortalidad perinatal para el 2008 fue de 27,4 por mil nacidos vivos, para el 2009 la tasa fue de 25 por mil nacidos vivos, para el 2010 la tasa de mortalidad perinatal fue de 14 muertes por mil embarazos de siete o más meses de gestación,

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 3 DE 15

con un número de muertes neonatales tempranas mayores que el número de mortinatos. La tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 por mil en el 2000 a 17 por mil en el 2005 y a 14 por mil en el 2010.

A nivel de regiones, los menores niveles de mortalidad se observan en la central. En las otras regiones, la mortalidad perinatal varía entre 13 (Orinoquía-Amazonía) y 16 por mil (Bogotá). Los departamentos con las mayores tasas de mortalidad perinatal son Chocó (39 por mil), San Andrés y Providencia (25 por mil). La mortalidad perinatal es también relativamente alta en Huila (22 por mil), Vaupés (21 por mil), Cesar (20 por mil), Santander (20 por mil) y Córdoba (20 por mil). (7)

El departamento de Caldas cuenta con una línea de base para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, presenta datos obtenidos de los perfiles epidemiológicos con cifras desde el año 2006, con un total de 183 casos; los diagnósticos relacionados fueron principalmente trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, las malformaciones congénitas, el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso, las infecciones como la meningitis en menor frecuencia. (8).

Las cifras de muertes se incrementaron para el año 2007 a 209 casos para reducirse en los años siguientes de manera progresiva hasta el año 2014 con 122 casos.

OBJETIVOS

1. Describir el patrón de ocurrencia de la mortalidad perinatal en el departamento de Caldas en el año 2014.
2. Determinar los indicadores de vigilancia del evento en el departamento de Caldas durante el año 2014.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se realizó un análisis a partir de bases de datos secundarias de los casos de mortalidad perinatal notificada al sistema de vigilancia epidemiológica (Sivigila) durante el año 2014. Para el análisis de la

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 4 DE 15

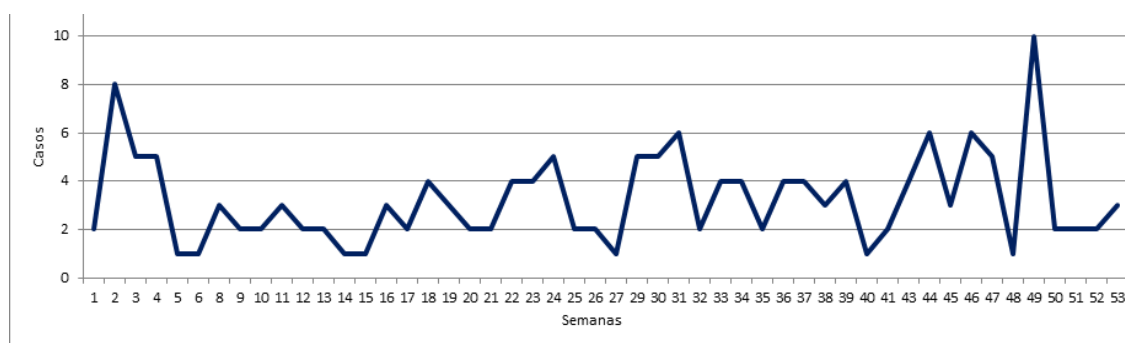
información se establecieron frecuencias absolutas, relativas y análisis bivariados que describen el patrón de ocurrencia del evento en el año 2014.

Las bases de datos de la mortalidad perinatal se analizaron mediante la herramienta Epiinfo7, se realizó un análisis univariado para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y medidas dispersión; para las variables cualitativas se determinaron frecuencias, proporciones y razones; los datos obtenidos fueron organizados y se presentan en tablas y gráficas.

RESULTADOS

Para el año 2014 se notificaron un total de 122 casos de muertes perinatales, presentando una buena reducción comparado con el año 2013 en el cual se notificaron 162 casos. El promedio semanal de notificación de muertes perinatales para el año 2014 fue de 2.3 casos, con una desviación estándar de 1.87, lo que muestra una población muy homogénea. Ver gráfica 1.

Gráfica 1. Notificación de mortalidad perinatal según semanas epidemiológicas, Caldas, año 2014

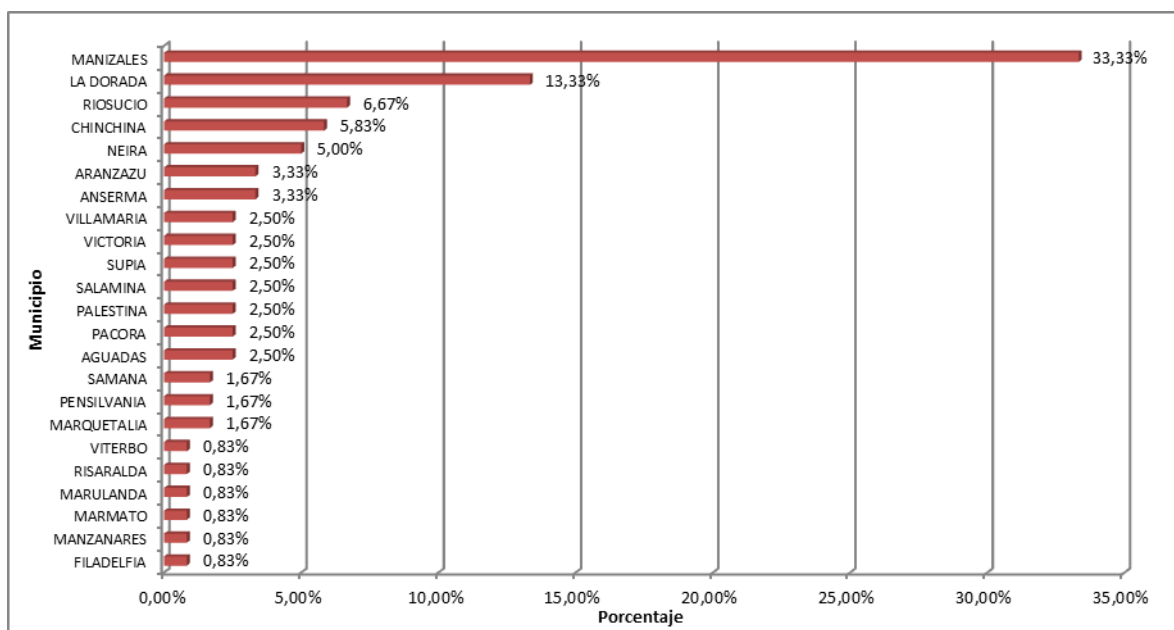


Fuente: Sivigila, Estadísticas Vitales. Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2014

La distribución de los casos por municipio puede observarse que Manizales, La Dorada, Riosucio, Chinchiná y Neira aportan el 64% de la ocurrencia de los casos de mortalidad perinatal del departamento. Es importante aclarar que estos municipios son los que presentan mayor población. Riosucio que ocupa el tercer puesto en frecuencia cuenta con casos importantes ocurridos en la población indígena. Ver grafica 2.

 DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL		INSTRUMENTO OFICIO
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03		COPIA CONTROLADA PÁGINA 5 DE 15

Gráfica 2. Casos de mortalidad perinatal, según municipio de residencia de la madre Caldas, 2014



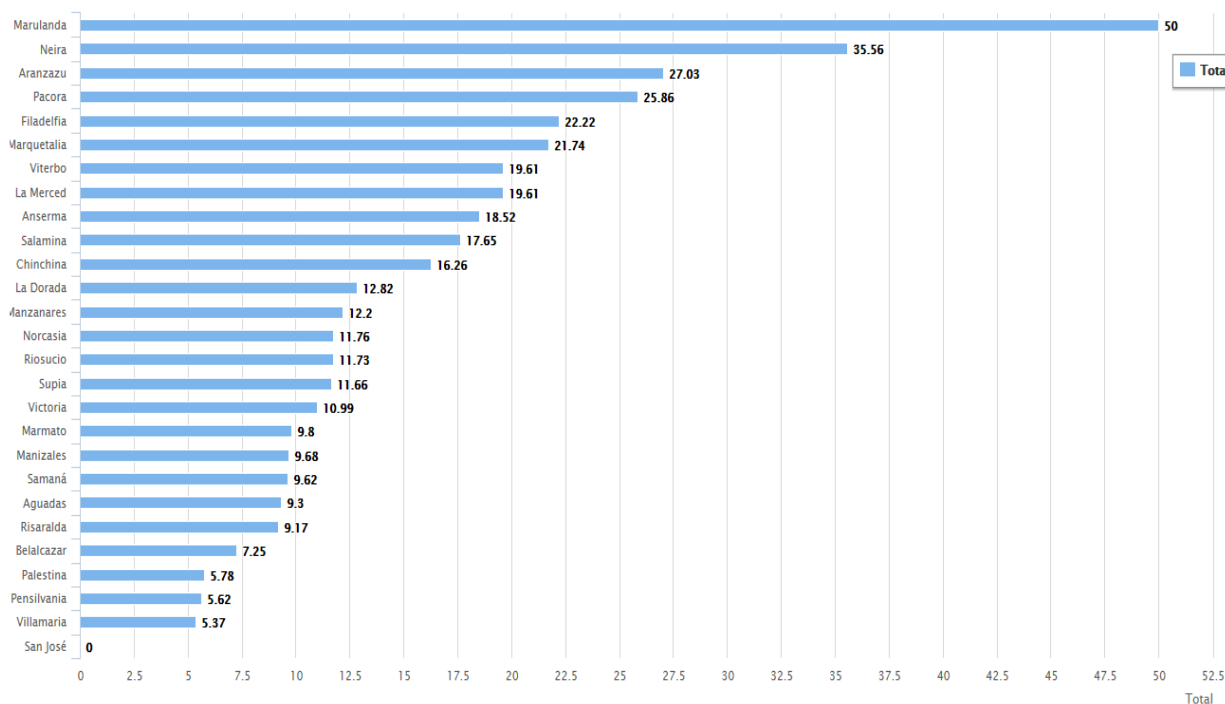
Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2014

La distribución de casos ajustado por nacidos vivos (tasa por mil) por municipio de residencia de la madre deja ver otro panorama, que muestra a los territorios con mayores dificultades en el acceso y la calidad de la prestación a los servicios de salud.

Se destacan municipios como Marulanda, Neira, Aranzazu, Pácora, Filadelfia, Marquetalia, Viterbo y La Merced con tasas entre 19 y 50 muertes por cada mil nacidos vivos, muy por encima de la tasa departamental que correspondió a 12,17 muertes por cada mil nacidos en el periodo 2014. Gráfica 3.

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO	PROCESO		INSTRUMENTO
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03		COPIA CONTROLADA PÁGINA 6 DE 15

Gráfica 3. Tasas por mil nacidos vivos de mortalidad perinatal, según municipio de residencia de la madre Caldas, 2014



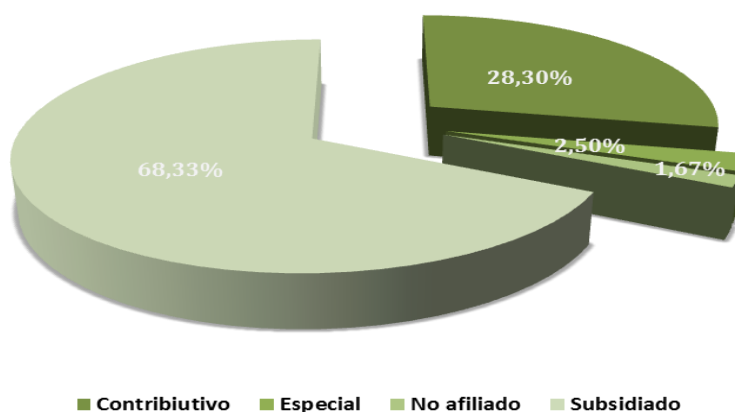
Según el área de ocurrencia el 64,1% (79) se presentaron en la cabecera municipal, seguido del 33,3% (40) en el área rural y el 2,5% (3) en centros poblados. Se puede evidenciar que las barreras de acceso geográfico juegan un papel importante en los casos de muerte perinatal.

En cuanto a la pertenencia étnica un 90,83% de los casos notificados en 2014 no se identifican como pertenecientes a alguna etnia (n=111), un 6,7% se han reconocido como indígena (n=8) y un 2,5% de los casos se identificaron como ROM, gitano (n=3).

En relación a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, un 98,33% de los casos tienen algún tipo de afiliación (n=118), de los cuales un 67,5% (n=81), se encuentra en el régimen subsidiado, un 30,83% (n=37) de los casos corresponde al régimen contributivo. Llama la atención que un 1,67% (n=2) de las gestantes no tenían ningún tipo de afiliación al régimen de seguridad social en salud. Ver gráfica 4.

 DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 7 DE 15

Gráfica 4. Porcentaje de casos de mortalidad perinatal, según régimen de afiliación Caldas, 2014



Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2014

Según lugar de ocurrencia, del total de casos un 76.6% ocurrió dentro de una institución prestadora de servicios de salud o traslado interinstitucional y un 15.83% se presentó en el domicilio; el 6.67% de los casos se presentó en otros sitios diferentes a los mencionados. Las cifras anteriores son similares a las ocurridas en el país para el año 2014 en el informe de evento presentado por el INS. (Ver tabla 1).

Las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud están descritas como uno de los principales factores de riesgo de la mortalidad materna. (9).

Tabla N° 1. Sitio de defunción de los casos de mortalidad perinatal a semana epidemiológica 53 de 2014, Caldas

Sitio de Defunción	No de casos	Porcentaje
Clínica/Hospital	10	8,33%
Alta complejidad	39	32,50%
UCI	19	15,83%
Traslado	1	0,83%
Domicilio	19	15,83%
Otro	8	6,67%
Baja complejidad	10	8,33%
Mediana complejidad	14	11,67%
Total	132	100,00%

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2014

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 8 DE 15

De acuerdo a la convivencia de las madres, un 50% (n=62) vivían con el cónyuge, un 41,6% (n=50) convivían con la familia, un 6,67% (n=8) vivían solas y un 1,67% (n=2) convivían con otra persona.

Frente al análisis sobre el uso de métodos de regulación de la fecundidad un 60% no usaba métodos de regulación de la fecundidad, de este porcentaje, un 47,5% (n= 59) no los usaba porque no deseaba, un 10,83% (n=13) no los usaba por desconocimiento y un 1,67% (n=2) no los usaba por acceso, de igual forma, existe un porcentaje no despreciable de las madres que usaban métodos naturales para la regulación de la fecundidad llegando a alcanzar un 14,1% (n=17) del total de los casos. También se encontró un caso relacionado con la utilización de métodos de regulación hormonal 14,1% (n=17), DIU 1,67% (n=2), barrera 0,83% (n= 1) y un 9,17% (n=11) uso otros métodos.

El mayor porcentaje de casos de muerte perinatal, se presenta en madres con escolaridad secundaria, alcanzando un 43,33% del total de los casos, seguido de las madres con escolaridad primaria, las cuales representan un 33,33% de los casos. Al realizar el análisis según el método de regulación de la fecundidad y la escolaridad de la madre, se resalta cómo las madres con escolaridad secundaria representan el grupo de mayor importancia por el mayor número de casos en la mayoría de los métodos de regulación de la fecundidad, excepto el no uso de métodos por acceso. Tanto las madres con escolaridad primaria como las de secundaria presentan el mayor número de casos porque no deseaba el uso de métodos de regulación de la fecundidad. (Ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Casos de mortalidad perinatal según regulación de la fecundidad y escolaridad de la madre a semana epidemiológica 53 de 2014, Caldas.

Regulación de la fecundidad/escolaridad	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Otro	Total
No uso métodos por desconocimiento	3	5	2	0	3	13
No uso métodos por acceso	0	1	0	1	0	2
No uso métodos porque no deseaba	3	20	24	6	4	59
Natural	2	7	7	1	0	17
Dispositivo	0	0	2	0	0	2
Hormonal	1	3	10	3	0	17
Barrera	0	0	2	0	0	2
Quirúrgico	0	0	0	0	0	0
Otro	0	4	5	1	0	10
Total	9	40	52	12	7	122

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2014

Hasta la semana epidemiológica 53, según el número de gestaciones, un 43,33% (n=54) de los casos de mortalidad perinatal correspondieron a la primera gestación, un

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 9 DE 15

30% (n= 36) a la segunda, un 12,5% (n=15) a la tercera y un 14,1% (n=12) tenían cuatro y más gestaciones.

En relación a los antecedentes de riesgo, un 52,5% (n=65) del total de casos no se registra la presencia de algún antecedente de riesgo, de los casos que si presentan factores de riesgo se registran principalmente: la ausencia de controles prenatales en un 9,17% (n=11), y el 100% (n=120) con menos de 10 controles prenatales.

El control prenatal es fundamental en el proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto, del recién nacido y de la familia, donde se podrá ampliar la capacidad para prevenir tempranamente alteraciones del embarazo. En la guía de práctica clínica de la atención del embarazo se recomienda la realización de siete controles para la gestante nulípara con embarazo normal y de 10 citas para las gestantes multíparas con embarazo normal; en esta revisión el 21% tuvo de 7 a 9 controles prenatales. Otro de los factores identificados se encuentran los trastornos hipertensivos, el antecedente de recién nacido pretermo, deficiencias socioeconómicas, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Se evidencian fallas en el registro de las variables relacionadas con los factores de riesgo.

Respecto a la descripción de las complicaciones del embarazo actual, en el 80% de los registros no se encuentran diligenciados, hay ausencia de registro en esta variable y en un 20% registran algún tipo de complicación a saber: el oligohidramnios, la prematuridad extrema, las malformaciones congénitas como la anencefalia, el sufrimiento fetal, la restricción del crecimiento intrauterino, los trastornos hipertensivos que se describen como los principales causantes de mortalidad materna en el país.

ANÁLISIS POR PERIODOS PERINATALES DE RIESGO (MATRIZ BABIES)

El análisis por periodos perinatales de riesgo para Caldas se realiza con la definición de cuatro momentos de la muerte. La razón de muerte perinatal hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 se estimó en 12.17 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

Al realizar el análisis según sitio de defunción y por periodos perinatales de riesgo, el mayor número de casos se encuentran concentradas en el grupo de menos de 1000 gramos de peso, casos que se encuentran asociados a problemas con la salud materna tanto pre gestacional como gestacional, determinante de estas mortalidades; seguido del grupo de 1500 a 2499 gramos, los cuales, a pesar de que corresponden a productos con mayores probabilidades de supervivencia, fallecen por problemas relacionados con acceso, oportunidad y calidad de la atención, desde el control

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 10 DE 15

prenatal, trabajo de parto y cuidados neonatales; sin embargo las razones más altas según peso fetal están en los menores de 1500 gramos asociadas a salud materna (ver tablas 3 y 4).

Según la matriz BABIES la falta de atención a la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal, siendo las casillas azules de la matriz donde se concentran la mayor cantidad de los casos, estas muertes según los estudios y observaciones, se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la desnutrición, obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas, que generan un ambiente intrauterino sub-óptimo que limita el desarrollo fetal. En Caldas la razón proporcional para este grupo -menos de 1500 gramos- corresponde a 740 X 1000 nacidos vivos. En este sentido las acciones deben estar dirigidas a: Mejorar la salud materna, ingresar a programas de planificación eficientes a mujeres en edad fértil con patologías preexistentes que se agravan o descompensan con la gestación, y diagnosticar y tratar precozmente las enfermedades de transmisión sexual durante la gestación.

Tabla N° 3. Mortalidad perinatal según peso fetal y momento de ocurrencia de la muerte-matriz de periodos perinatales de riesgo (MATRIZ BABIES) Caldas, 2014

PESO/MOMENTO OCURRENCIA	MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE				TOTAL Muertes	TOTAL Nacidos vivos	RAZÓN TMP X 1000 NV
	Fetales > 22 semanas de gestacion		Neonatal				
	Anteparto (1)	Intraparto (2)	Neonatal temprana (2 a 7 días)	Neonatal tardía (7 a 28)			
< 1000 gramos	22	0	22	2	46	27	1703,7
1000 a 1499 gramos	5	2	5	2	14	54	259,3
1500 a 2499 gramos	18	0	18	0	36	598	60,2
2500 a 3999 gramos	14	0	14	1	29	8639	3,4
>= 4000 gramos	1	0	1	0	2	372	5,4
TOTAL	60	2	60	5	127	9690	13,1

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2014

En segundo lugar están las muertes ocurridas durante los cuidados prenatales celdas de color naranja relacionadas con problemas de salud materna que no fueron detectados y tratados tempranamente, como las infecciones urinarias, los trastornos hipertensivos, las alteraciones del crecimiento fetal y del líquido amniótico; eventos susceptibles de intervención a través de actividades de control prenatal y seguimiento. En este periodo las acciones están dirigidas a fortalecer las acciones del cuidado prenatal, verificar adherencia a protocolos, guías de práctica clínica,

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 11 DE 15

diagnosticar y tratar precozmente las enfermedades de transmisión sexual durante la gestación.

Tabla N° 4. Razón de mortalidad perinatal según peso fetal y momento de ocurrencia de la muerte-matriz de periodos perinatales de riesgo (MATRIZ BABIES) Caldas, 2014

PESO/MOMENTO OCURRENCIA	MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE			
	Fetales > 22 semanas de gestación		Neonatal	
	Anteparto	Intraparto	Neonatal temprana	Neonatal tardía
	< 1000 gramos	740		
1000 a 1499 gramos	740			
1500 a 2499 gramos	3,4	0	3,4	0,1
2500 a 3999 gramos	3,4	0	3,4	0,1
>= 4000 gramos	3,4	0	3,4	0,1

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2014

740	salud materna
3,4	Cuidados prenatales
0	Atención del parto
3,4	Atención del recién nacido
0,1	Atención del neonato

Igual patrón de ocurrencia se presenta con los cuidados del recién nacido institucionales con una tasa de 3.4 por 1.000 nacidos vivos, aquí las acciones están dirigidas a: Diligenciamiento adecuado del partograma, monitoria fetal continua durante el trabajo de parto, diagnóstico precoz de Sufrimiento Fetal Agudo, disponibilidad de quirófanos ante una emergencia obstétrica, fortalecer y verificar adherencia a las guías de reanimación intraparto, factores que han sido identificados como factor común en el desarrollo de las unidades de análisis en Caldas.

Respecto a los cuidados del recién nacido post alta, se registró la tasa más baja con 0.1 por 1000 nacidos vivos.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 12 DE 15

Tendencia del evento

La razón de mortalidad perinatal en Caldas no ha mostrado cambios significativos, las cifras se han mantenido para el año 2007 en 15,9 muertes por cada mil nacidos, presentó una leve reducción en el 2008 a 14,8, posteriormente en el año 2009 la tasa se incrementó a 17,5 muertes, relacionado posiblemente relacionado con un decremento en la cifra de nacidos vivos en esos años; La tasa se ha mantenido desde el 2010 al 2013 en cifras cercanas a 15 por mil nacidos vivos. Este patrón de ocurrencia cambió para el año 2014 es de 12,17 por mil nacidos vivos, sin embargo esta tasa está sujeta a ajustes debido a las actualizaciones de estadísticas vitales. La razón de mortalidad perinatal para el departamento de Caldas muestra una tendencia estacionaria, sin presentar variaciones significativas. Se recomienda consultar los datos del Observatorio Social en <http://192.168.101.4/eventos/public/lvindicador/118>

Tabla 5. Tasas de mortalidad perinatal por municipio, Caldas, 2014

Tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos.								
Municipio	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Manizales	16,1	13	16,4	15,33	13,92	12,87	11,28	9,68
Aguadas	12,3	27	14,8	32	4,18	16,26	16,81	9,3
Anserma	13,5	18,9	31,1	5,09	12,59	18,57	23,2	18,47
Aranzazu	22,9	24,4	0	6,29	5,81	0	43,8	27,03
Belalcázar	22,3	0	18,2	20,69	11,7	13,7	13,61	7,19
Chinchiná	13,1	11,5	17,9	9,5	20,99	17,63	25,38	16,26
Filadelfia	25,5	7,6	17,9	16,26	17,39	34,19	35,29	22,22
La Dorada	13,6	17,6	13,6	15,04	18,93	15,04	16,83	12,73
La Merced	23	13,2	16,4	35,09	15,38	0	16,95	19,61
Manzanares	13,9	14,1	20,2	13,1	30,97	18,96	31,75	12,2
Marmato	32,5	36	22,9	68,38	21,9	27,27	18,18	9,8
Marquetalia	21,9	9,5	5,4	22,73	11,3	12,58	15,38	21,74
Marulanda	45,5	25	0	0	0	52,63	27,78	50
Neira	18,4	27,6	30	16,5	12,93	23,72	19,92	35,56
Norcasia	17,9	10	19,4	0	17,7	8,93	11,24	11,63
Pacora	14,8	11	20,3	33,33	20,27	12,27	25,64	25,86
Palestina	19,9	4	13	12,77	22,22	30,46	20,51	5,78
Pensilvania	5,8	11,8	16,4	8	12,77	9,57	5	5,52
Riosucio	17,7	7,4	20,4	24,52	18,03	23,66	13,25	11,73
Risaralda	24	6,4	29,9	38,17	16,81	23,81	0	9,17
Salamina	11,3	24,8	13,4	10,1	14,85	6,71	40	17,65
Samaná	12,3	13,2	19,2	3,77	11,24	4,24	27,17	9,48
San José	35,1	0	14,3	0	0	37,74	0	0
Supía	22,4	27,2	29,6	27,68	10,45	26,12	11,87	11,56
Victoria	14,9	8,8	18,3	23,53	8,93	0	0	10,87
Villamaría	7,4	5,8	18	7,68	12,87	14,73	12,47	5,37
Viterbo	21,7	12,7	17,6	18,18	25,64	21,9	25,21	19,61

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 13 DE 15

La tasa de mortalidad perinatal por municipios muestra que los que presentan mayores tasas son Marulanda con 50 por mil nacidos vivos, seguido de Neira con 35.56 por muertes por mil nacidos vivos, Aranzazu con 27,03 muertes por mil nacidos vivos y Pácora con 25.86 por mil nacidos vivos. El municipio que mostró ausencia de casos fue San José. Las tasas más bajas corresponden a Villamaría 5.37 muertes por mil nacidos vivos, Pensilvania con 5.52 y Palestina con 5.78 muertes por mil nacidos vivos.

DISCUSIÓN

Durante el análisis de la mortalidad perinatal se evidencia fallas sistemáticas en el registro de las variables de los casos, lo que amerita continuar desarrollando estrategias con las diferentes unidades notificadoras municipales para lograr mayor calidad del dato. Incrementar la disponibilidad, la calidad y el uso de la información relevante de las muertes perinatales es esencial para dictar las políticas y para mejorar la calidad de la atención de las embarazadas y de sus productos. La ausencia de información o la mala calidad de la misma contribuyen a que se perpetúe la pasividad e impide que se tomen las decisiones necesarias para impactar en los indicadores.

El análisis por periodos perinatales de riesgo arroja que se necesita intervenir en la óptima formación del recurso humano del sector salud por la academia para la atención adecuada en planificación, preconcepcional, en la gestación, parto y postparto tanto en la prevención, como en la detección oportuna de problemas y la atención adecuada de estos problemas y del parto y postparto a la madre y su hijo.

Se identifican aún dificultades en la red prestadora para la referencia de gestantes desde los primeros niveles de atención constituyendo una de las principales demoras identificadas y comunes en las unidades de análisis realizadas.

Se han identificado servicios de salud que requieren una mayor preparación para la atención de urgencias obstétricas y para la atención del recién nacido con alguna complicación, la fragmentación de la atención así como una insuficiente red incide crucialmente como factor contributivo en el análisis de causas de muerte perinatal y neonatal.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 14 DE 15

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cada una de las entidades territoriales municipales tiene la responsabilidad de garantizar la calidad del dato generado desde la UPGD, en donde para mortalidad perinatal y neonatal tardía, la identificación precisa de la causa de muerte es fundamental para el direccionamiento de intervenciones, para mortalidad perinatal, las variables de peso y edad gestacional debe ser consistentes para cada caso así como también la causa de muerte.

Se recomienda para el nivel nacional tener en cuenta solamente la información del certificado de defunción en los tipos de muerte fetal y no fetal para el numerador del indicador tasa de mortalidad perinatal y la base de datos de nacidos vivos para el denominador.

Al observar en los casos deficientes actividades de promoción y prevención frente a salud sexual y reproductiva, especialmente frente a regulación de la fecundidad y control prenatal, se debe replantear la forma que se hace la planeación y contratación de las mismas entre el asegurador con su red de prestadores, el asegurador debe programar, hacer seguimiento y evaluar el impacto en términos de costo beneficio, teniendo en cuenta que estas actividades deben dirigirse a la totalidad de mujeres en edad fértil y de gestantes aseguradas en todo el territorio nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción Síntesis de situación y enfoque estratégico
2. Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe, agosto del 2005.
3. OMS. Los recién nacidos cobran más importancia. Informe de la Salud en el Mundo 2005.
4. Joy E Lawn, Hannah Blencowe, Robert Pattinson, Simon Cousens, Rajesh Kumar, Ibinabo Ibiebele, Jason Gardosi, Louise T Day, Cynthia Stanton, . Muerte fetal intrauterina: ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo lograr que se tengan en

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 15 DE 15

cuenta de los datos?para el Comité Directivo de la serie sobre muerte fetal intrauterina de The Lancet* 2011 P.55 a 71

5. CLAP. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. (Actualización: mayo 2003) Consultado en http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/index. Acceso diciembre 2012.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe de Objetivos de Desarrollo del milenio, 2013.
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, 2015.
8. María Eugenia Arango Ospina. línea base 1 objetivos del milenio en Caldas. Universidad Autónoma de Manizales, Año 15 Número 25,julio-diciembre de 2008.