



CIRCULAR EXTERNA

1000.0020

Bogotá D.C., 15 MAY 2017

PARA: Secretarías y Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; Coordinadores de Vigilancia en Salud Pública; Entidades aseguradoras de planes de beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); Unidades Primarias Generadores de Datos (UPGD).

ASUNTO: Ajuste en la definición operativa de caso de la mortalidad perinatal y neonatal tardía y en el porcentaje de análisis individual.

De acuerdo al decreto 3518 de 2006, el Instituto Nacional de Salud debe "desarrollar las acciones que garanticen la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así como supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia" (incisos a y h del artículo 8° del mismo Decreto).

En coherencia con la resolución 0652 de 2016, el Instituto Nacional de Salud para el 2017 determina la necesidad de realizar un ajuste técnico al protocolo del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, adicionando una nota técnica en la definición operativa de caso, donde se aclara que *aquellas muertes donde se realizó interrupción voluntaria del embarazo (IVE) no se deben notificar al SIVIGILA para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía.*

Además se hacen las siguientes precisiones operativas respecto a las Unidades de Análisis: La vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el territorio nacional, se fundamenta en identificación y notificación de los casos de muerte que cumplen la definición clínica establecida en la clasificación internacional de enfermedades "Período perinatal: comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento; y el Período neonatal: comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento" (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2003).

En concordancia con lo expuesto se deben cumplir en adelante los siguientes lineamientos:

- Las unidades de análisis deben realizarse en los formatos establecidos por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; no se requiere de forma adicional acta de reunión ni ningún otro documento complementario, teniendo en cuenta que la totalidad de la información queda registrada en el formato de la unidad de análisis.

- Solo cuando un departamento, distrito, municipio o localidad pasa de 50 muertes puede empezar a hacer Unidades de Análisis a una muestra de ellas (ver tabla n°2), antes, cuando tiene de 0 a 50 casos, debe garantizar todo lo que sea necesario y realizar la Unidad de Análisis del 100% de ellas. Por lo tanto, los departamentos, distritos, municipios o localidades que hayan tenido durante el año inmediatamente anterior, 50 muertes o menos deben haber realizado el 100% de las Unidades de Análisis.

Tabla n°1

Número de MPNT notificadas el año anterior	Entidades territoriales	% casos a analizar en el año 2018	N° estimado de casos a analizar al año	N° Máx de casos a analizar por PE*	N° Máx de casos a analizar por SE**
≤ 50	Arauca, Buenaventura, Amazonas, Vichada, San Andrés, Vaupés, Guaviare y Guainía.	100%	50	4	1

*PE: periodo epidemiológico, **SE: semana epidemiológica.

- Para las entidades territoriales que en el año inmediatamente anterior reportaron un número de muertes mayores a 50 y menores a 100 el número de análisis individuales debe hacerse de la siguiente forma:

Tabla n°2

Número de MPNT notificadas el año anterior	Entidades territoriales	% casos a analizar en el año 2017					N° estimado de casos a analizar al año	N° max. de casos a analizar por PE*	N° Max de casos a analizar por SE**
		Salud materna	Cuidados prenatales	Atención del parto	Atención del recién nacido	Atención del neonato AIEPI			
		5%	30%	100%	30%	100%			
94	Caquetá	2	10	12	4	4	32	3	1
79	Quindío	2	4	4	2	8	20	2	1
75	Putumayo	2	7	7	2	8	25	2	1
69	Casanare	2	6	2	4	4	17	1	1

*PE: periodo epidemiológico, **SE: semana epidemiológica.

La distribución de porcentajes de análisis de caso se estimó teniendo en cuenta el comportamiento de los periodos perinatales de riesgo descritos en la Matriz BABIES, donde se estima el número de muertes a analizar por periodos perinatales, con el objeto de evitar que las muertes sean analizadas solo en una época del año, el total se divide en los 12 periodos epidemiológicos.

- Los departamentos, distritos, municipios o localidades con una notificación en el año inmediatamente anterior mayor a 100 muertes se realizaran Unidades de Análisis así:

Tabla n°3

Número de MPNT notificadas el año anterior	Entidades territoriales	% casos a analizar en el año 2017					N° estimado de casos a analizar al año	N° máx. de casos a analizar por PE*	N° Max de casos a analizar por SE**
		Salud materna	Cuidados prenatales	Atención del parto	Atención del recién nacido	Atención del neonato AIEPI			
		1%	10%	100%	10%	100%			
1352	Bogotá	9	25	26	12	92	163	14	3
1044	Antioquia	6	20	63	12	82	182	15	4
618	Valle del Cauca	4	12	24	7	46	92	8	2
512	Cundinamarca	3	8	11	5	47	75	6	2
392	Cordoba	2	8	16	6	40	72	6	1
359	Santander	2	8	17	5	28	59	5	1
349	Barranquilla	2	8	14	4	22	50	4	1
331	Cesar	2	6	4	7	19	38	3	1
303	Cauca	2	7	14	4	18	44	4	1
303	Cartagena	2	7	8	3	21	40	3	1
295	Norte de Santander	1	5	18	6	20	50	4	1
254	Nariño	1	6	13	3	20	43	4	1
253	Hulla	1	5	12	4	16	38	3	1
237	Tolima	1	5	11	2	25	45	4	1
236	Alláncico	1	5	9	4	19	38	3	1
218	Bolívar	1	6	8	3	12	31	3	1
211	Meta	1	5	7	3	15	31	3	1
205	Boyacá	1	5	8	3	7	24	2	0
204	Guajira	1	4	7	3	21	36	3	1
189	Magdalená	1	5	11	4	17	38	3	1
199	Sucre	1	4	6	3	22	36	3	1
147	Chaco	1	4	15	2	15	37	3	1
Número de MPNT notificada	Entidades territoriales	N° Max de casos a analizar por SE**					N° estimado de casos a	N° máx. de casos a analiza	N° Max de casos a
		Salud materna	Cuidados prenatales	Atención del parto	Atención del recién nacido	Atención del neonato AIEPI			

Comunidades del año anterior		1%	10%	100%	10%	100%	analizar al año	r por PE*	analiza r por SE**
144	Risaralda	1	2	6	2	17	26	2	1
125	Caldas	1	2	9	2	9	22	2	0
102	Santa Marta	1	2	3	2	11	18	1	0
383	Medellín	2	6	11	4	30	54	4	1
347	Cali	2	7	14	3	28	54	4	1
166	Valledupar	1	2	2	3	11	19	2	0
152	Cúcuta	1	3	7	2	8	21	2	0
131	Montería	1	2	0	3	15	20	2	0
123	Soacha	1	2	1	1	10	15	1	1
115	Villavieja	1	2	2	2	9	16	1	1
103	Soledad	1	2	1	1	6	13	1	1

*PE: periodo epidemiológico, **SE: semana epidemiológica

- En el análisis colectivo de la mortalidad perinatal y neonatal se debe utilizar la Matriz BABIES, como herramienta de priorización de unidades de análisis de las mortalidades en vigilancia. Para salud pública como herramienta gerencial para focalizar intervenciones y los actores involucrados de acuerdo a los determinantes identificados en el caso (salud materna y la atención durante la gestación, los cuidados intraparto, cuidado del recién nacido y los cuidados neonatales).
- La Matriz BABIES debe ser consolidada de manera trimestral por la entidad territorial.
- Con relación a la metodología e instrumento para la realización de los análisis individuales de la mortalidad perinatal y neonatal tardía se utilizará lo definido en el protocolo del evento, disponible en la página web del instituto (www.ins.gov.co).

En caso de requerir alguna aclaración por favor comuníquese al teléfono: (1) 2207700 extensión 1324 o al correo electrónico: nrozo@ins.gov.co.

Atentamente,



MARTHA LUCÍA OSPINA
Directora General

Proyectó: Esther Liliana Cuevas Ortiz – Líder Equipo Maternidad Segura

Nathaly Roza Gutiérrez – Referente Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía Revisó: Oscar Pacheco García-Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control de la Salud Pública-INS

Aprobó: Franklyn Prieto Alvarado- Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública-INS