

# Morbilidad Materna Extrema en Medellín: resultados y desafíos

Jesús A. Velásquez Penagos

Ginecoobstetra – Cuidado Intensivo Obstétrico

NACER Universidad de Antioquia

Hospital Universitario San Vicente Fundación





# DEFINICION



Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país

*Según la OMS:*

“Mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo”



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



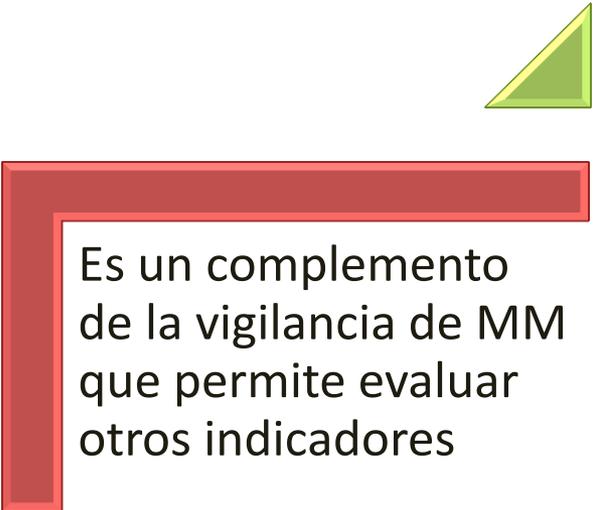
# Vigilancia de la morbilidad materna extrema:

*Una estrategia para el mejoramiento de la calidad  
en los servicios obstétricos*

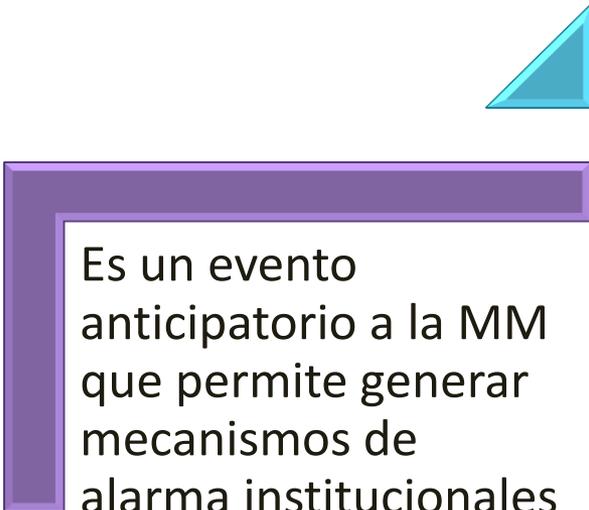
# Por qué vigilar MME ?

UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

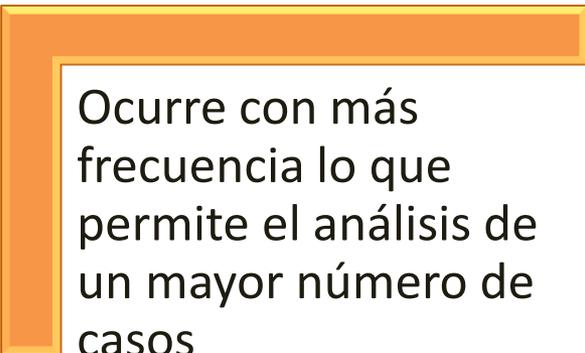
Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



Es un complemento de la vigilancia de MM que permite evaluar otros indicadores



Es un evento anticipatorio a la MM que permite generar mecanismos de alarma institucionales



Ocurre con más frecuencia lo que permite el análisis de un mayor número de casos



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

# Por qué vigilar MME ?

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



Calidad de la  
información:  
“desde la  
fuente”

Es más fácil  
aceptar los  
aprendizajes,  
pues la mujer  
sobrevivió



Identificación  
del caso: MM o  
MME

Evaluación y  
acciones de  
mejora

Recolección de  
datos

Finalidad: Caracterizar factores determinantes que ORIENTEN la toma de decisiones que APUNTEN a la reducción de la morbilidad materna en todo el país.

Recomendaciones  
y acciones

Análisis de los  
hallazgos





Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



*Análisis individual de casos*

# APRENDIENDO DE LAS SOBREVIVIENTES

## UN POCO DE HISTORIA.....



## Número de casos y razón de mortalidad materna. Medellín, 2004-2012.



	Año										Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	1	
Muertes maternas	<b>9</b>	13	16	11	12	12	5	10	10	<b>98</b>	
<b>Medellín</b>											
Nacimientos	33615	33515	33655	33781	33228	31893	28587	27665	27710		
Medellín	26,8	38,8	47,5	32,6	36,1	37,6	17,5	36,1	36,1		



## **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MORBILIDAD OBSTÉTRICA SEVERA**

Los casos a reportar son los siguientes:

1. Hemorragia de origen obstétrico, independiente de la causa, que requiera:
  - a. Transfusión
  - b. Laparotomía
  - c. Histerectomía
  - d. Ingreso a UCI
2. Infección SEVERA ( por aborto, parto o de origen médico) que requiera:
  - a. Laparotomía
  - b. Ingreso a UCI
3. Ruptura uterina
4. Complicaciones de la preeclampsia como:
  - a. Eclampsia
  - b. Falla renal que amerite diálisis
  - c. Falla hepática que amerite UCI
  - d. Hemorragia intracerebral
  - e. Ruptura hepática
  - f. Crisis hipertensivas y S. HELLP que requiere UCI.



## Instituciones que reportaron MME en 2005

<b>Institución</b>	<b>Total</b>
UPSS San Javier Jesús Peláez Botero	42
ESE Hospital General de Medellín	32
Clínica del Prado	30
Clínica SOMA	27
Clínica Universitaria Bolivariana	27
Hospital Universitario San Vicente de Paúl	25
Clínica El Sagrado Corazón	13
Clínica El Rosario	12
Clínica las Américas	10
Clínica Saludcoop	8
Unidad Hospitalaria León XIII	3
UPSS Santa Cruz Víctor Cárdenas Jaramillo	3
UPSS Manrique Hermenegildo de Fex	2
Centro de Salud	1
Clínica Medellín	1
ESE Hospital San Juan de Dios	1
ESE Rafael Uribe Uribe	1
UPSS Buenos Aires Braulio Henao Mejía	1
<b>Total</b>	<b>239</b>



Diagnóstico de la principal complicación. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa en Medellín. Noviembre 2005- Octubre 2006

	Nro.	%
Hemorragia posparto	47	42,7
Choque hipovolémico por aborto	30	27,3
Choque hipovolémico por ectópico	13	11,8
Sepsis	7	6,4
Hemorragia ante o intraparto	5	4,5
Eclampsia	2	1,8
Ruptura uterina	2	1,8
Embolismo	2	1,8
Edema agudo de pulmón	1	0,9
SHAE que requiere UCI	1	0,9
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>



Tabla No 5. Comuna. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa en Medellín. Noviembre 2005- Octubre 2006

Comuna	Frecuencia	Porcentaje
Laureles-Estadio	1	,9
La América	1	,9
Santa Cruz	2	1,8
Villa Hermosa	3	2,7
Belén	3	2,7
La Candelaria	4	3,6
El Poblado	4	3,6
Sin Dato	4	3,6
Robledo	5	4,5
Guayabal	5	4,5
Doce de octubre	6	5,5
Castilla	9	8,2
Popular	10	9,1
Buenos Aires	10	9,1
San Javier	11	10,0
Aranjuez	12	10,9
Manrique	20	18,2
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>



Sitio de inicio de la complicación. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Noviembre 2005- Octubre 2006

	Frecuencia	Porcentaje
Casa	50	45,5
3 nivel	24	21,8
2 nivel	23	20,9
1 nivel	9	8,2
Sin dato	4	3,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>



Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



**Informe final de la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Obstétrica Severa en la ciudad de Medellín**

Convenio Interadministrativo No. 4700025927 de 2006 Suscrito entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia

Medellín, Diciembre 10 de 2007



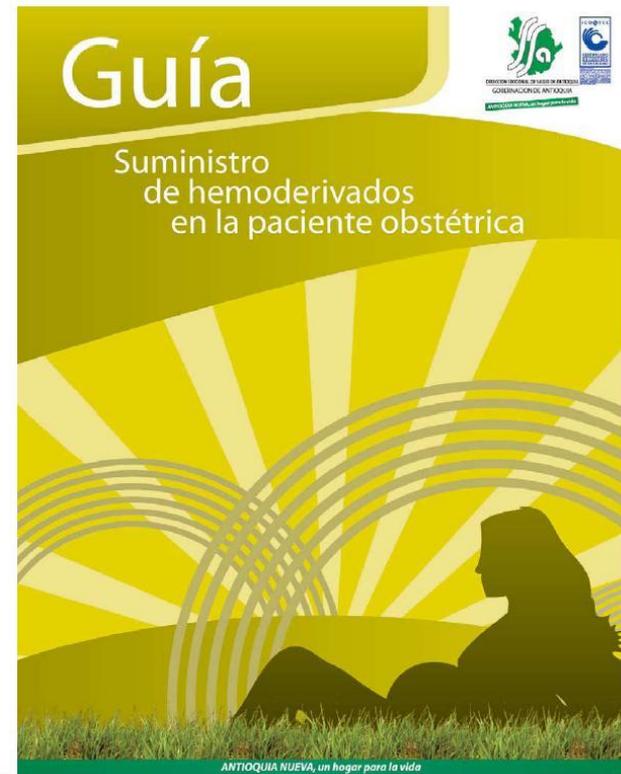
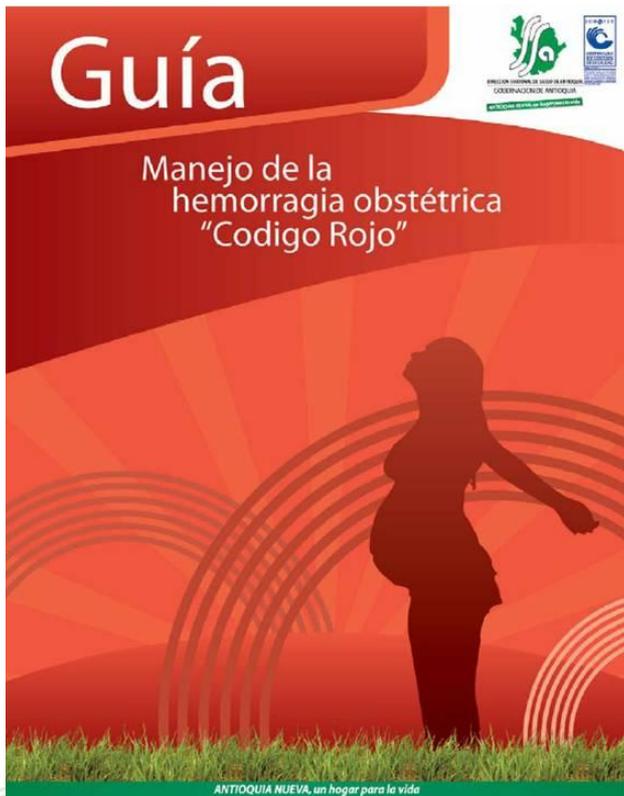
## Recomendaciones. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Octubre de 2006- Octubre 2007

	Nº	Porcentaje de casos
Capacitar sobre reconocimiento y manejo del shock hipovolémico	82	43.2
Optimizar la estimación de las pérdidas sanguíneas	77	40.5
Mejorar la oportunidad en el suministro de hemoderivados	71	37.4
Mejorar los tiempos de inicio de terapia transfusional	47	24.7
Mejorar la oportunidad en el reporte e interpretación de los exámenes de lab.	39	20.5
Capacitar en el manejo secuencial de la hemorragia posparto	32	16.8
Diligenciamiento adecuado de la historia clínica perinatal	29	15.3
No subestimar cuadros clínicos ni exámenes de laboratorio	26	13.7
Mejorar la información consignada en la HC y las remisiones	25	13.2
Usar Partograma	23	12.1
Mejorar la oportunidad en la toma de exámenes de laboratorio	20	10.5
Mejorar prontitud de decisión de terminar gestación en paciente	20	10.5



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país







# Scottish Confidential Audit of Severe Maternal Morbidity

## 4th Annual Report 2006



# FACTORES HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Institución evaluada: \_\_\_\_\_

## Factores que pudieron contribuir directamente a la aparición de la morbilidad

- 1 Se buscó anemia durante el embarazo
- 2 Se trató adecuadamente la anemia
- 3 Hubo vigilancia adecuada del T y P cada 30 minutos
- 4 Hubo vigilancia adecuada del puerperio cada 15 minutos
- 5 Se diagnóstico oportunamente el T de P distócico
- 6 Se trato adecuadamente un T de P 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 palcenta previa se implementaron las medidas preventivas que estaban indicada? (Doppler, reserva de sangre)
- 10 En caso de abrupcio se implementaron las medidas preventivas que estaban indicadas? (reserva de sangre)
- 11 Se usó oxitocina a dosis adecuadas
- 12 Se usó misoprostol a dosis adecuadas
- 13 Los procedimientos quirúrgicos realizados estaban indicados

## Características del manejo de la complicación

- 14 El diagnóstico de hemorragia-choque fue oportuno
- 15 Se activó el código rojo
- 16 Se clasificó el grado de choque
- 17 La cantidad de líquidos total fue suficiente de acuerdo al choque
- 18 Se transfundió
- 19 La transfusión fue oportuna
- 20 La cantidad transfundida fue suficiente
- 21 Se realizó una remisión que estaba indicada
- 22 las condiciones de remisión fueron las adecuadas
- 23 La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna
- 24 El procedimineto quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente
- 25 No hubo complicaciones intraoperatorias
- 26 El cuidado después de la reanimación fue adecuado
- 27 Se evidenció trabajo en equipo



## FACTORES HIPERTENSIVOS

Institución evaluada: \_\_\_\_\_

### Factores que pudieron contribuir directamente a la aparición de la morbilidad

- 1 Se detectó la aparición de la preeclampsia
- 2 Se monitorizó adecuadamente
- 3 Se remitió oportunamente
- 4 Las condiciones de remisión fueron las adecuadas
- 5 Se atendió en el nivel adecuado para la condición

### Características del manejo de la complicación

- 6 Se clasificó el grado de severidad de la preeclampsia
- 7 Hubo manejo adecuado de la fluidoterapia
- 8 Se realizó la valoración completa de laboratorio (incluye pruebas de bienestar fetal)
- 9 Hubo seguimiento clínico y de laboratorio adecuados para la condición
- 10 El empleo del sulfato fue oportuno
- 11 Se usó adecuadamente el sulfato de magnesio (dosis, tiempo antes y después del parto)
- 12 Se hizo adecuada monitorización del sulfato
- 13 se utilizaron antihipertensivos de urgencia, estando indicados
- 14 El empleo de antihipertensivos fue adecuado
- 15 Se tomó oportunamente la decisión de terminar la gestación
- 16 La vía del parto seleccionada fue la más adecuada para la situación clínica
- 17 Se trasladó a una unidad de cuidados intensivos estando indicado? (mínimo 48 horas, PA < 150/100, sin premonitorios, diuresis adecuada)
- 18 Hubo buen manejo de las complicaciones secundarias a la preeclampsia
- 19 Se vigiló por un buen tiempo prudencial el puerperio de estas pacientes (definir criterios)
- 20 Se evidenció trabajo en equipo





Condiciones de la atención de las pacientes con hemorragia de origen obstétrico.  
Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Medellín 2011.

Conducta recomendada	Si		No		No con influencia mayor	
	#	%	#	%	#	%*
El diagnóstico de hemorragia-choque fue oportuno	88	86.2	13	13.8	11	84.6
Las condiciones de remisión fueron las adecuadas	4	66.7	2	33.3	2	100
<b>No hubo complicaciones intraoperatorias</b>	66	64.7	21	25.3	21	100
El cuidado después de la reanimación fue adecuado	98	93.3	7	6.7	4	57.1
Se evidenció trabajo en equipo	101	97.1	3	2.9	2	66.7



## Tipo de parto. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Medellín 2011

Forma de terminación	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea urgente	84	<b>57.5</b>
Vaginal espontáneo	37	25.3
Vaginal instrumentado	12	8.2
Cesárea electiva	13	<b>8.9</b>
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>



Condiciones de la atención de las pacientes con complicaciones secundarias a la hipertensión en el embarazo. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Medellín 2011.

Conducta recomendada	Si		No		No con influencia mayor	
	#	%	#	%	#	%*
Se detectó la aparición de la preeclampsia	51	100	0	0	0	0
Se monitorizó adecuadamente	49	94.2	3	5.8	3	100
El empleo de antihipertensivos fue adecuado	20	54.1	17	45.9	8	47.1
Se tomó oportunamente la decisión de terminar la gestación	43	87.8	6	12.2	5	83.3
Hubo buen manejo de las complicaciones secundarias a la preeclampsia	43	84.3	8	15.7	6	75
Se evidenció trabajo en equipo	50	98	1	2.0	1	100







Factores que contribuyeron a la presentación de la complicación. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Medellín 2011

Factor que contribuyó a la complicación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Condición de la paciente</b>	108	64,3
<b>Complicaciones quirúrgicas</b>	21	12
<b>Subvaloración del cuadro clínico</b>	13	7,7
<b>Diagnóstico tardío</b>	8	4,8
<b>No se terminó oportunamente la gestación</b>	5	3
<b>Consulta tardía</b>	3	1,8



## Factores que contribuyeron a prevenir desenlaces fatales. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica severa. Medellín 2011.

Factor que contribuyó a prevenir la muerte	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento rápido y adecuado de acuerdo al diagnóstico	37	22
Trasfusión oportuna	33	19,6
Tratamiento quirúrgico adecuado	29	17,3
Decisión adecuada para terminar la gestación	19	11,3
Manejo en equipo	13	7,7
Condición de la paciente	12	7,1



Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



<b>HEMORRAGIA</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Manejo adecuado</b>	12 (11.5%)	3 (3.9%)	9(8.4%)
Cuidado subóptimo incidental	35 (33.7%)	31 (40.8%)	<b>54(50.5%)</b>
Cuidado subóptimo menor	15 (14.4%)	6 (7.9%)	10(9.3%)
Cuidado subóptimo mayor	42 (40.4%)	36 (47.4%)	34(31.8%)
Total de casos	104	76	107
<b>HIPERTENSIÓN</b>			
<b>Manejo adecuado</b>	15 (42.9%)	<b>66 (70.2%)</b>	22(41.5%)
Cuidado subóptimo incidental	8 (22.9%)	9 (9.6%)	12(22.6%)
Cuidado subóptimo menor	1 (2.9%)	4 (4.3%)	4(7.5%)
<b>Cuidado subóptimo mayor</b>	<b>11 (31.4%)</b>	<b>15 (16.0%)</b>	<b>15(28.3%)</b>
Total de casos	35	94	53
<b>SEPSIS</b>			
<b>Manejo adecuado</b>	6(37.5%)	6(85.7%)	4(50%)
Cuidado subóptimo incidental	3(18.8%)	0(0.0%)	1(12.5%)
Cuidado subóptimo menor	3(18.8%)	0(0.0%)	0
Cuidado subóptimo mayor	4(25.0%)	1(14.3%)	3(37.5%)
Total de casos	16	7	8



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803





# Contexto Colombia 2012 - 2013

SOGCS: 2006

Política de  
seguridad del  
paciente:2008

Vigilancia de  
la MME  
Lineamientos  
Instituto  
Nacional de  
Salud

# CRITERIOS DE INGRESO MME 2013

UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

## Relacionada con disfunción orgánica

Cardiaca	Paro cardiaco Edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos Necesidad de soporte inotrópico Necesidad de vasopresor y/o vasodilatador	
Vascular	Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión > 30 min, asociada a choque de cualquier etiología TAS <90 mmHg, TAM <60 mmHg, TAD <40 mmHg Índice cardiaco >3.5 L /min.m Llenado capilar >2 segundos Necesidad de soporte vasoactivo TAS >160 o TAD >110 persistente por más de 20 minutos	
Renal	incremento de creatinina basal de un 50% en 24 horas Elevación de la creatinina >1.2 mg/d Oliguria (<0.5 cc/Kg/hora) sin respuesta a reemplazo de líquidos y diuréticos endovenosos Trastorno del equilibrio ácido básico	
Hepática	Ictericia de piel y escleras Bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, Elevación de transaminasas AST y ALT >70 UI/L Elevación de LDH ≥600 UI/L,	

# CRITERIOS DE INGRESO MME 2013

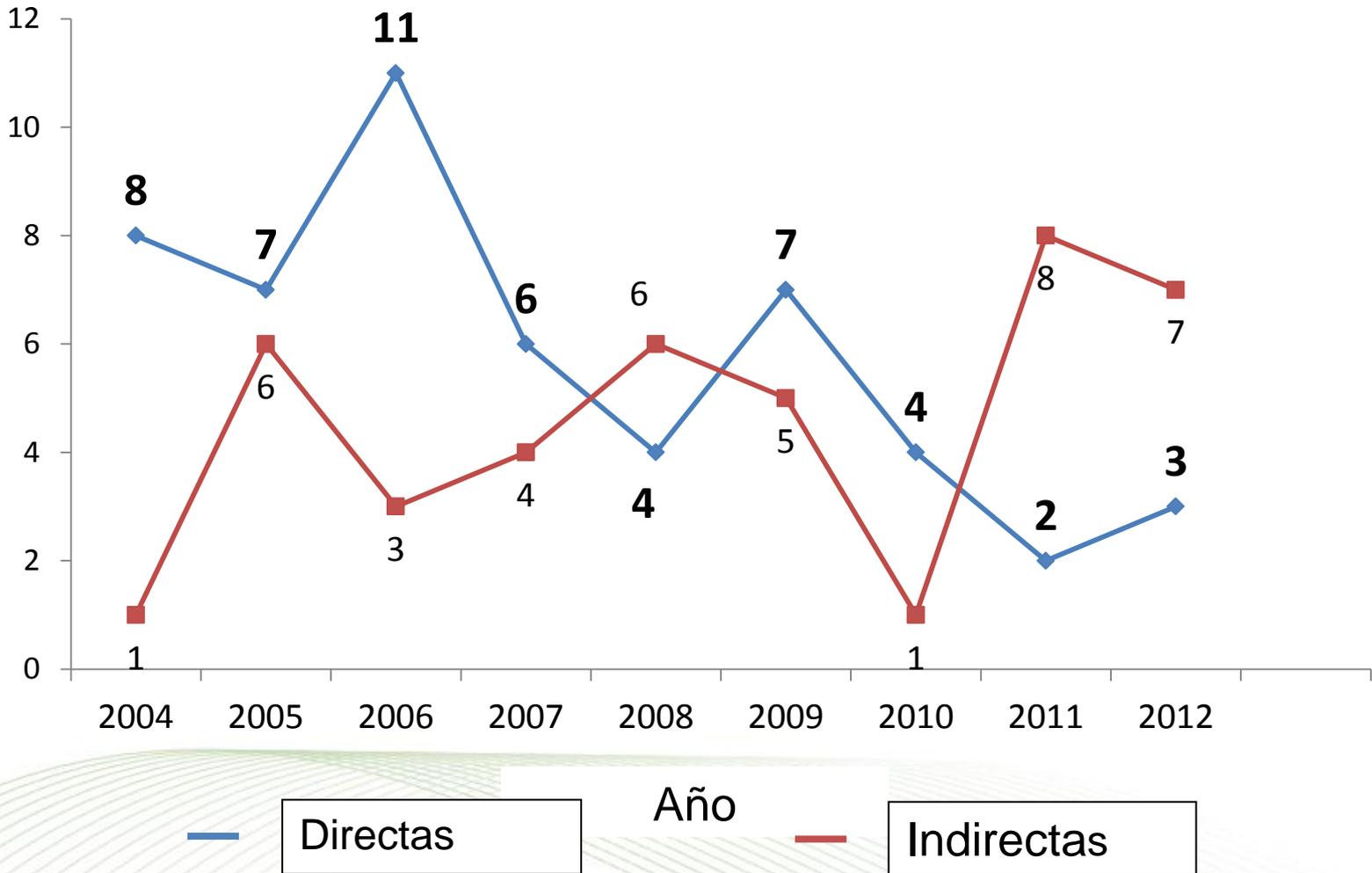
Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país

Metabólica	Cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras Hiperlactacidemia >200mmol/L, Hiperglicemia >240 mg/dl	
Cerebral	Coma Convulsiones Confusión Desorientación en persona, espacio y tiempo, Signos de focalización Lesiones hemorrágicas o isquémicas	
Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto Necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no	
Coagulación	Criterios de CID Trombocitopenia (<100000 plaquetas) Evidencia de hemólisis (LDH > 600)	

# Número de muertes maternas según clasificación de la muerte. Medellín, 2004-2012.

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país

Número de casos





**Causa agrupada de morbilidad. Morbilidad materna extrema. Medellín, primer y segundo trimestre de 2013.**

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



Causa agrupada de morbilidad	Trimestre	
	Primer trimestre	Segundo trimestre
	Frecuencia	Frecuencia
Trastornos hipertensivos	78	72
Complicaciones hemorrágicas	51	25
Complicaciones de aborto	15	9
Enfermedad preexistente que se complica	6	8
Otra causa	8	8
Sepsis de origen no obstétrico	2	6
Sepsis de origen pulmonar	0	1
Sepsis de origen obstétrico	5	1





# Criterios de ingreso: enfermedad específica.

investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



## MME, Medellín semestre 1-2013

Enfermedad específica	Primer trimestre		Segundo trimestre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Choque hipovolémico</b>	49	29,7	19	14,6
<b>Eclampsia</b>	12	7,3	9	6,9
<b>Choque séptico</b>	6	3,6	7	5,4

# Criterios de ingreso: falla orgánica.

## MME, Medellín semestre 1-2013



Falla orgánica	Primer trimestre		Segundo trimestre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Vascular</b>	64	38,8	50	38,5
<b>Hepática</b>	44	26,7	27	20,8
<b>Coagulación</b>	21	12,7	19	14,6
<b>Metabólica</b>	12	7,3	15	11,5
<b>Renal</b>	13	7,9	12	9,2
<b>Cardiaca</b>	5	3,0	9	6,9
<b>Respiratoria</b>	7	4,2	5	3,8
<b>Cerebral</b>	6	3,6	1	0,8

# Crterios de ingreso: tratamiento recibido

## MME, Medellín semestre 1-2013



Manejo específico		Trimestre			
		Primer trimestre		Segundo trimestre	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Días en UCI</b>	1 día	6	18	5	15
	2 a 7 días	26	76	26	76
	8 días y más	2	6	3	9
	Total	34	100	34	100
<b>Cirugía adicional</b>	Histerectomía	18	46	7	37
	Laparatomía	8	21	2	11
	Legrado	6	15	5	26
	Otra	5	13	5	26
	Sin dato	2	5	0	0
	Total	39	100	19	100
<b>Unidades transfundidas</b>	1 a 2 unidades	0	0	0	0
	3 a 6 unidades	34	74	18	78
	7 y más unidades	12	26	5	22
	Total	46	100	23	100



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



# Indicadores MME



## RAZON DE MME

### Definición

**Numerador:** número de casos de MME certificadas en el periodo

**Denominador:** número de nacidos vivos dentro del mismo periodo

**Coefficiente de multiplicación:** Mil (1000)

### Utilidad

Indica la prevalencia de MME

### Meta

$< 8 / 1000$  n.v.



# Razón de MME Medellín

## Semestre 2-2012 y semestre 1-2013

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



# Número esperado de casos de MME según el número de partos\*

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



Número de partos	1000	2000	4000	10000
Número esperado de “mujeres elegibles”	37 (15-75)	75 (37-300)	150 (75-300)	375 (187-750)
Número esperado de mujeres con “resultado materno severo “ (MME+MM)	7 (3-15)	15 (7-30)	30 (15-60)	75 (37-150)

\*Fuente: WHO. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications : The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, 2011.



## INDICE DE MORTALIDAD

### Definición

**Numerador:** número de casos de muerte materna certificadas en el periodo

**Denominador:** número de casos de muerte materna + número de casos de MME

**Coeficiente de multiplicación:** por cien (X 100)

### Utilidad

Indicador de letalidad, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME.

Evalúa la capacidad de respuesta de los servicios

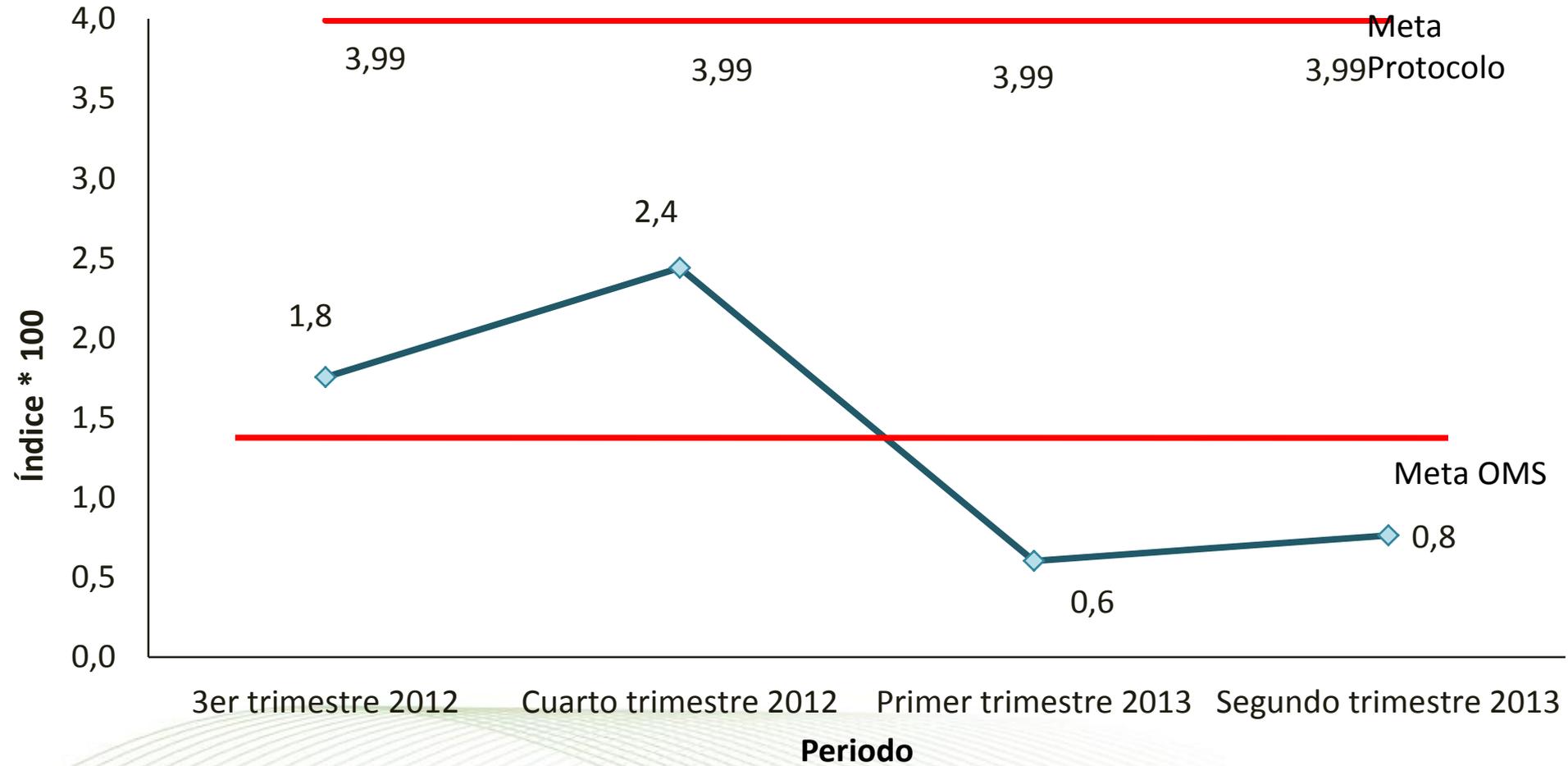
### Meta

< 4%



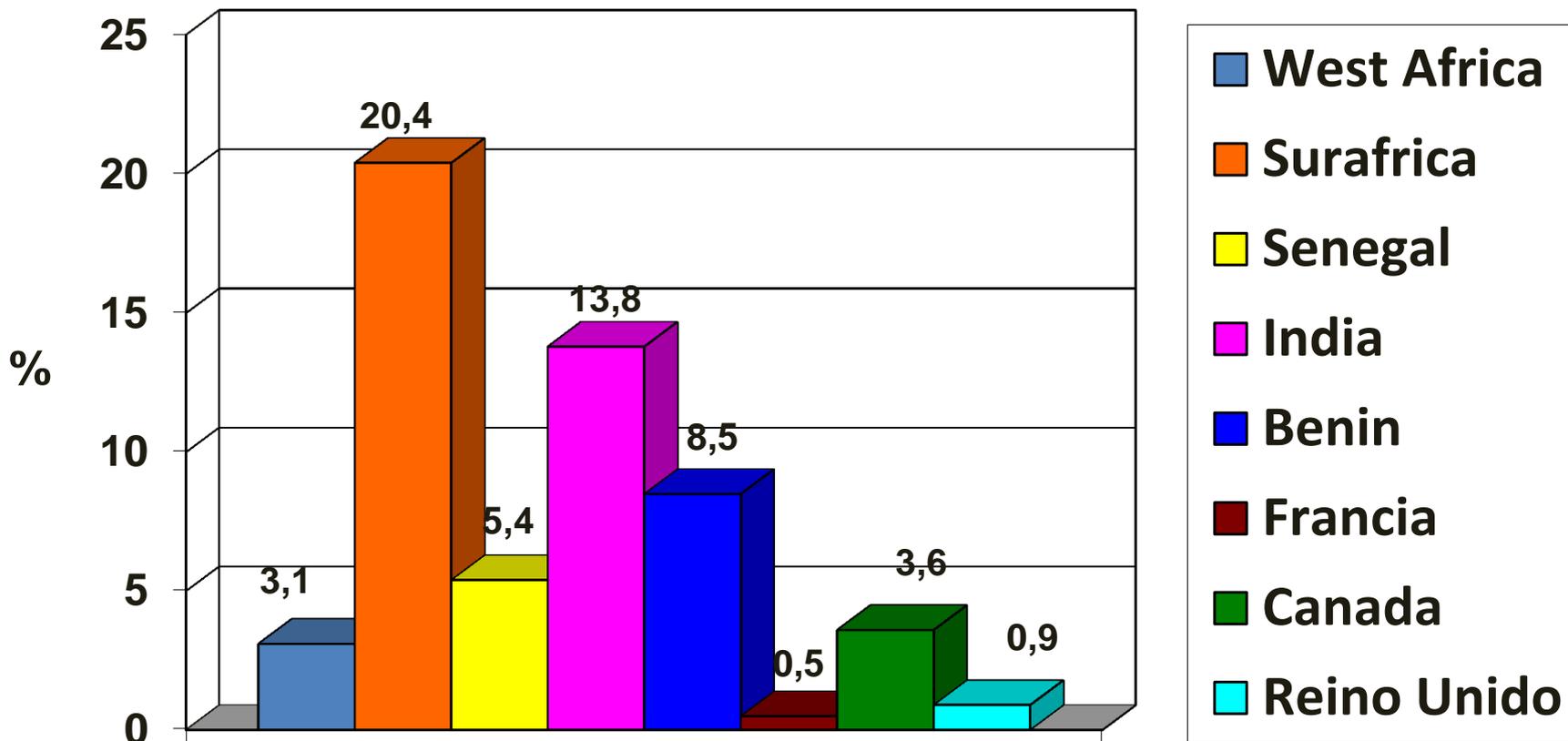
# Índice de Mortalidad. MME, Medellín, 2012-2013

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



# Índice de mortalidad en estudios de MME

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



FUENTE: Taller MME Ministerio de Salud y Protección social y UNFPA. Medellín, 2012

# Indicadores en MME

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país

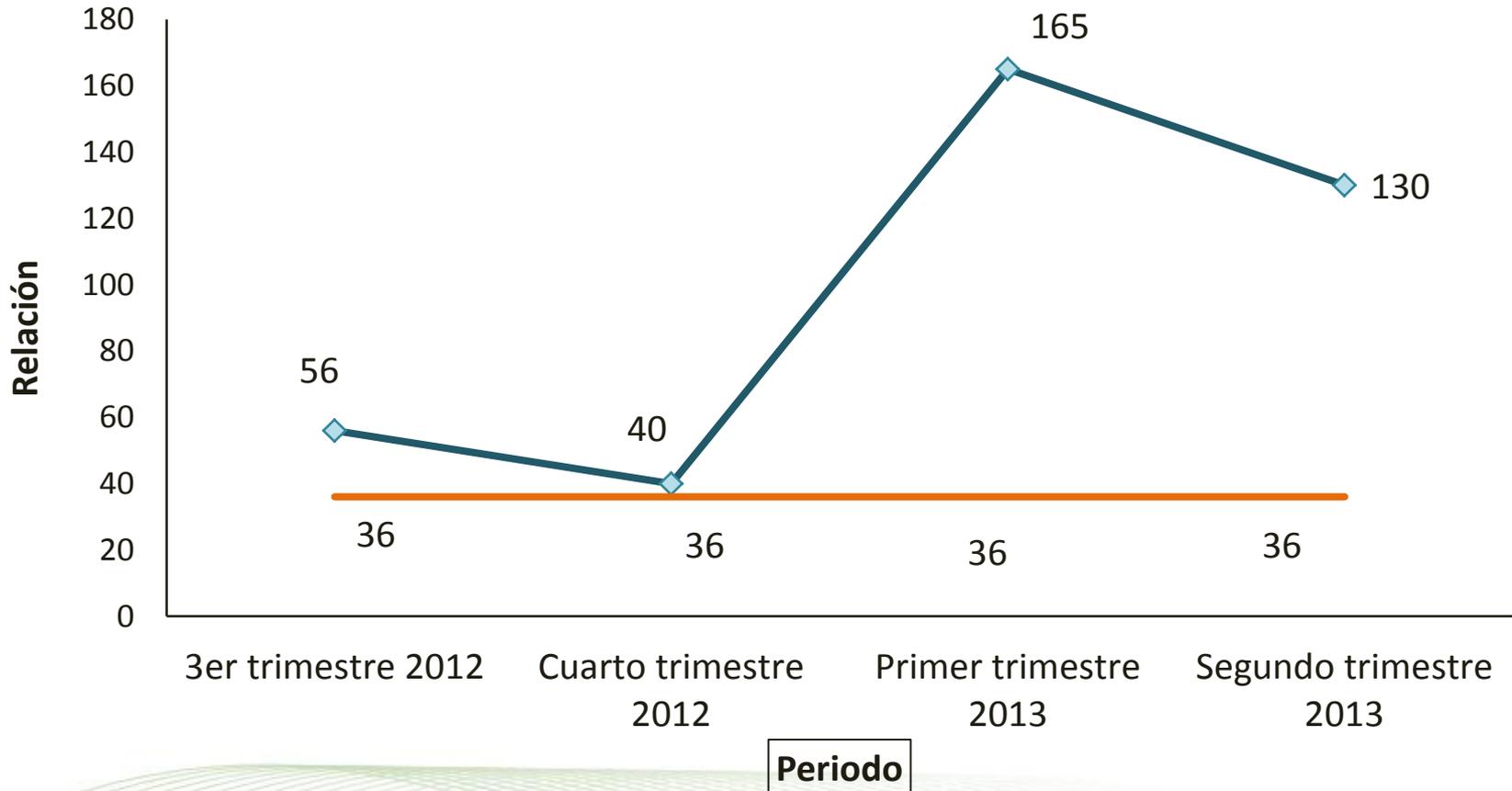


<b>RELACION MME / MM</b>	
<b>Definición</b>	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME certificados en el periodo</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos de muerte materna</p>
<b>Utilidad</b>	Número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención
<b>Meta</b>	<b>&gt; 35</b>



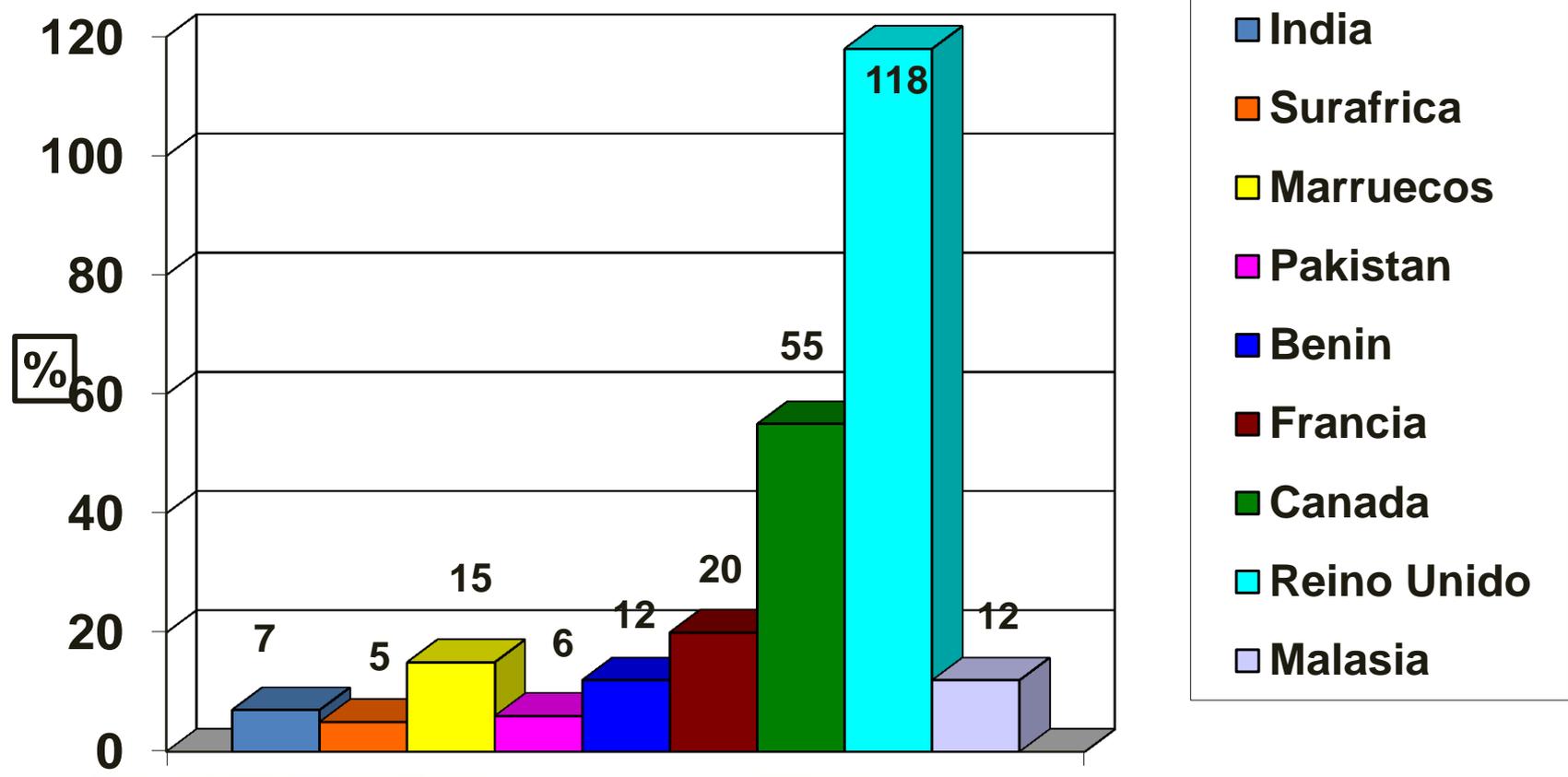
# Relación MME/MM. Medellín 2012 – 2013.

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



# Relación MME/MM

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



FUENTE: Taller MME Ministerio de Salud y Protección social y UNFPA.  
Medellín, 2012

# Indicadores en MME

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



<b>Relación criterios/caso</b>	
<b>Definición</b>	<p><b>Numerador:</b> suma de criterios de inclusión del total de casos en un periodo</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo</p>
<b>Utilidad</b>	Indica el <b>número</b> de criterios de inclusión por cada caso de MME
<b>Meta</b>	$< 5$

# Relación criterios / caso. Medellín, primer semestre de 2013.

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país

Causa agrupada de morbilidad	Criterios/ caso	
	Primer trimestre	Segundo trimestre
Trastornos hipertensivos	1,6	1,9
Complicaciones hemorrágicas	2,9	2,4
Complicaciones de aborto	2,7	1,9
Enfermedad preexistente que se complica	1,8	1,3
Otra causa	2,0	1,4
sepsis de origen no obstétrico	2,8	1,7
Sepsis de origen obstétrico	1,5	2,0
Sepsis de origen pulmonar	No aplica	2,0
Total	2,2	1,9



## % de casos con tres o mas criterios de inclusión

### Definición

Distribución porcentual de los casos según criterios de inclusión (uno, dos, tres o mas criterios de inclusión)

### Utilidad

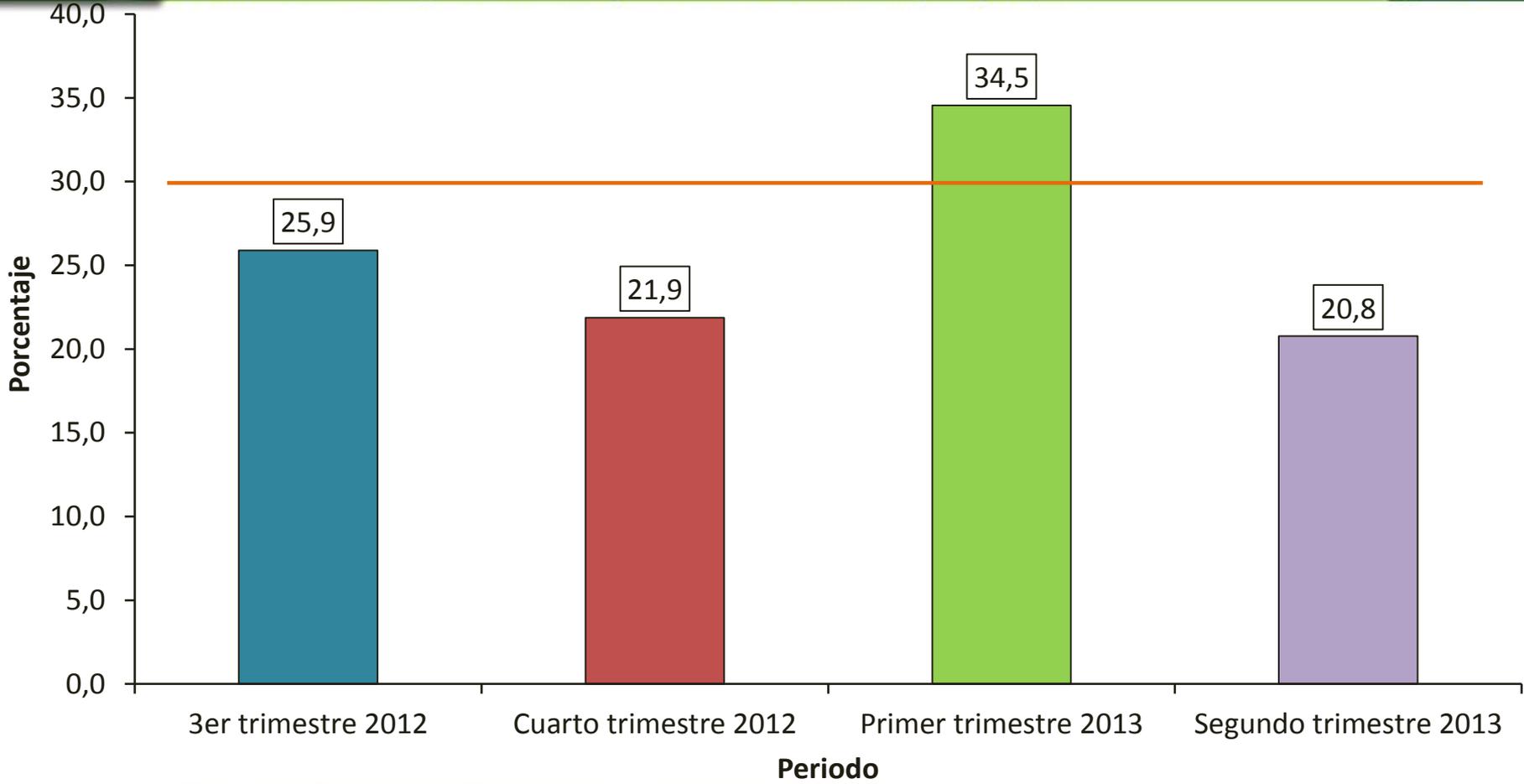
Indica la **severidad o grado** de compromiso en la salud de las gestantes con MME. La comparación en periodos diferentes permite evaluar el impacto de intervenciones.

### Meta

< 30%

# Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión. Medellín, 2012 – 2013.

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país





# DESAFIOS Y RETOS



Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país

- Mantener los resultados
- Realimentación permanente a las instituciones
- Trabajo en equipo
- Reconocer el esfuerzo, el compromiso y el trabajo
- Adoptar protocolos: hablar el mismo lenguaje

# GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO



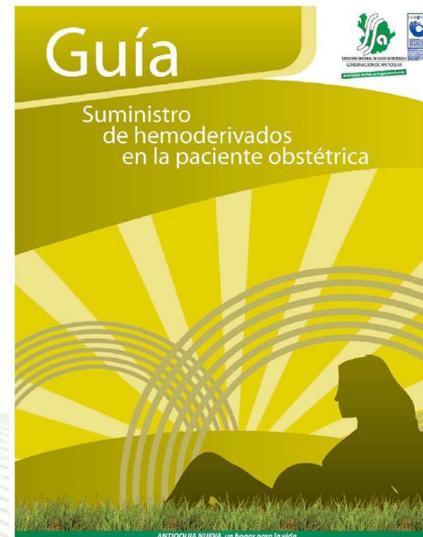
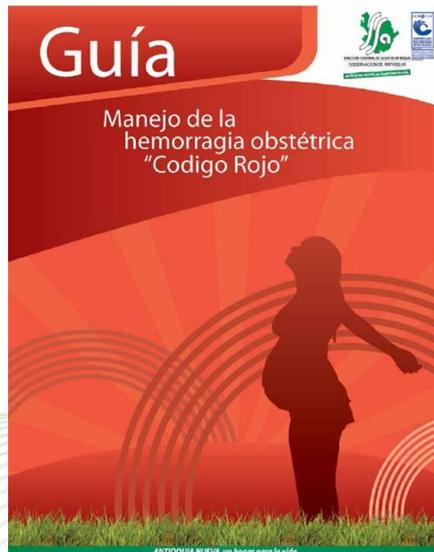
SECCION 6. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (HEMORRAGIA POSPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HEMORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSPARTO)



Libertad y Orden  
Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ





Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



.....GRACIAS

