

Curso de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía

Módulo 1-Unidad 1

Créditos

GIOVANNY RUBIANO GARCIA
Director General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboró

VIVIANA INES PANTOJA
ANA MARIA GARCIA BEDOYA
LILIANA JUDITH CORONADO
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Revisó

NUBIA STELLA NARVAEZ DIAZ
GREACE ALEJANDRA AVILA
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Revisó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora Técnica de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Contenido

Objetivo de aprendizaje	4
Introducción.....	4
Situación epidemiológica	5
Estado del arte	6
Justificación para la vigilancia.....	7
Usos y usuarios de la vigilancia del evento	7
Objetivos específicos de la vigilancia	8
Definiciones operativas de caso.....	8
Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles	10
Bibliografía	15



Unidad 1-Módulo de vigilancia en salud pública del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía

Objetivo de aprendizaje

Comprender los objetivos de la vigilancia en salud pública para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, su definición operativa de caso y las estrategias de vigilancia del evento.

Introducción

La mortalidad perinatal y neonatal tardía se considera un indicador importante que permite evidenciar la calidad de la atención en salud prestada a las madres y los neonatos, además, evidencia las situaciones sociales y económicas que rodean al individuo en su contexto.

En cifras suministradas por la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en el año 2019 hubo una pérdida de vidas aproximadamente de unos 6.700 recién nacidos por día en el mundo ¹.

Por consiguiente, la mortalidad perinatal y neonatal tardía se considera un problema de salud pública mundial debido a que puede representar afectaciones significativas en cuanto a aspectos psicológicos, sociales e incluso económicos; estas consecuencias aquejan a padres, familiares e incluso a los profesionales de salud implicados en la atención sanitaria. Teniendo en cuenta las anteriores apreciaciones es necesario comprender lo trascendental que es mejorar la atención ofrecida a las madres y los neonatos y de esta manera reducir estas muertes ².

En consecuencia, la pérdida de estas vidas en el periodo perinatal lleva a establecer compromisos a nivel mundial, el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) mediante su agenda 2030, insta en su meta número 3.2 reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos, disminuyendo así las muertes prevenibles en recién nacidos ³.

Entre los países participantes de este acuerdo se encuentra Colombia, por lo cual está comprometido a los indicadores en salud y en trabajar por reducir la mortalidad perinatal y neonatal tardía en todos los territorios y desde todos los niveles de atención.

Así pues, el fortalecimiento en el proceso de vigilancia en salud pública se asocia con el mejoramiento en la calidad en todos los niveles de atención en salud, teniendo en cuenta los avances en la implementación y respuesta frente a la muerte perinatal y de este modo garantizar una respuesta adecuada y oportuna⁴.

Situación epidemiológica

A nivel mundial

El comportamiento epidemiológico de la mortalidad perinatal y neonatal tardía a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud en su reporte del año 2019, advierte que las muertes ocurridas en recién nacidos, durante el primer mes de vida en el mundo fueron 2,4 millones de niños, esta cifra se concibe como el 47% de todas las muertes de menores de 5 años; si se compara respecto de los registros de 1990 con un 40% se puede ver que es mayor la población infantil que fallece durante su primer mes de vida ¹.

Según la Organización Mundial de la Salud el 75 % de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida. Se estima a nivel mundial que “el riesgo diario de muerte es mayor en las primeras 24 horas de vida, tiempo en el que suceden entre 25 y 45 % de las muertes¹.”

América Latina

Con relación a la región de América Latina y el Caribe, cada año mueren aproximadamente 400.000 menores de cinco años en la región. La mayor parte de estas muertes, aproximadamente 190.000 mueren en sus primeros 28 días de nacidos; es importante considerar que el 70% de muertes neonatales corresponden a causas prevenibles. La mortalidad neonatal constituye el 60 % de la mortalidad infantil y 40% de las muertes de menores de 5 años en la región, la mayoría de las cuales podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo ⁵.

Colombia

Asimismo, en Colombia para el año 2020 las cifras muestran que el total de casos de muerte perinatal y neonatal tardía fue de 9.304 casos, lo que se representa en 25 casos de fallecimientos al día durante ese año⁶; mientras que, durante el año 2021, se presentaron 9496 casos notificados del evento, en nuestro país.

En el año 2021 el país presentó distribución de mortalidad perinatal según momento de la muerte de la siguiente manera; anteparto con 49,2%, seguido de neonatales tempranas con 25,9%, neonatales tardías con 14,8 % y perinatales intraparto con 10,1% ⁶.

En consecuencia, la urgencia de reducir las muertes perinatales y neonatales tardías y los esfuerzos que históricamente se han realizado en muchos países del mundo en prevención de muertes perinatales, han mostrado que las cifras de fallecimientos en los últimos años van en descenso en muchos países del mundo.

Avances en lucha contra mortalidad perinatal

En el mundo, a partir del año 2000 hasta el 2018, la tasa de mortalidad neonatal mundial disminuyó de 31 muertes por 1.000 nacidos vivos a 18 por 1.000 nacidos vivos representándose

en una cifra estimada aproximada de 2,5 millones de muertes en 2018 respecto a 2,4 millones de muertes en 2019⁷.

Colombia, que también se ha sumado a esta lucha, muestra de hecho que el comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el país expresa una tendencia al descenso en número de casos anuales en lo que corresponde a los últimos 10 años.

Además, en el mundo se ha mejorado de manera importante la cobertura de la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades infecciosas y de la atención de salud materna, neonatal e infantil, es por ello que la incidencia y la mortalidad de esas afecciones no han dejado de disminuir en los dos últimos decenios. No obstante, y a pesar de los esfuerzos que realizan los países comprometidos con reducir la mortalidad perinatal y neonatal tardía, el ritmo actual de cambio es insuficiente para lograr las metas de los ODS para 2030⁸.

De otra parte, las tendencias en la reducción de las muertes en el período neonatal indican que los avances son lentos, que persisten desigualdades en el acceso a la atención de salud especialmente en el primer nivel de atención y que una salud materna deficiente contribuye significativamente al riesgo de mortalidad del recién nacido⁵.

Estado del arte

En el marco internacional se establece como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las metas que se relacionan con salud y particularmente para mortalidad neonatal que para 2030, el objetivo es reducir la mortalidad neonatal a menos de 12 por cada mil nacidos vivos en todos los países³.

Desde la Política de Salud Sexual y Reproductiva emitida en el año 2003 se plantea la necesidad de mejorar la salud sexual y reproductiva dando prioridad al evento y, dentro de las líneas de acción, la maternidad segura contempla intervenciones dirigidas hacia garantizar a la mujer un proceso de gestación sano y de la misma manera garantizar las mejores condiciones para su recién nacido/a⁹.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a través de la dimensión de derechos sexuales y sexualidad, conserva el reto para el país frente a la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal tardía que para 2021 implementando acciones de políticas encaminadas a este objetivo¹⁰. En el plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 a través del eje estratégico número tres: Gestión de la atención primaria integral en salud, citando elementos orientadores como construcción de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y a la salud, con estrategias como promoción y protección de la sexualidad humana y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, así como el elemento: Promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial en el marco de RPMS y RIAMP, lo cual implicaría garantía en el cuidado integral en la promoción y mantenimiento de la salud y salud materno perinatal durante el curso de la vida y en relación con el entorno.¹⁰

También en el CONPES SOCIAL 161 de 2013 se establece en correspondencia a salud y derechos sexuales y reproductivos, que “el estado nutricional de las mujeres antes y durante su gestación se constituye en un determinante de mortalidad materna, perinatal e infantil” ¹¹.

De igual importancia, en el año 2016 se dispone para el país la Política de Atención Integral en Salud, que en su propósito de integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, las rutas integrales de atención en salud (RIAS) en las que prima la población en situación materno–perinatal ¹².

Por otro lado, en la Resolución 3280 de 2018, Colombia adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. La ruta tiene por objetivo asegurar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el contexto de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos ¹³.

Justificación para la vigilancia

Ante la relevancia que tiene la mortalidad perinatal es necesario consolidar, analizar y divulgar los datos que le conciernen. La muerte fetal intrauterina (cualquiera sea su causa) es la quinta causa de muerte en el mundo, en muertes de todas las edades.

Para la salud materna, perinatal y neonatal la vigilancia es el primer paso para la gerencia de los servicios de salud, que orienta la construcción de propuestas de intervención para la disminución de la ocurrencia del evento y orientar las acciones en salud pública ¹⁴.

Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Realizar la vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el territorio nacional, permite generar información oportuna, válida y confiable que lleve al análisis e interpretación del evento como insumo para orientar las acciones en salud pública desde la preconcepción, la gestación, el parto y el post parto del neonato ¹⁴.

Los Usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Organización Panamericana de la Salud
- Comunidad médica
- Población en general ¹⁴

Objetivos específicos de la vigilancia

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía.
2. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para identificar el comportamiento del evento.
3. Establecer los determinantes de muerte perinatal o neonatal tardía como resultado del proceso de análisis individual y colectivo de los casos.
4. Estimar las áreas de cuidado donde se concentran los periodos perinatales de riesgo, según el peso y el momento de ocurrencia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía ¹⁴.

Definiciones operativas de caso

Definición mortalidad perinatal

La muerte perinatal puede surgir antes o después del nacimiento de un bebe, las muertes que suceden antes del nacimiento se llaman muertes prenatales y las ocurridas después del nacimiento son llamadas muertes neonatales, a continuación, se describen los tiempos específicos en días para cada definición.

Para Colombia, la definición a tener en cuenta en el abordaje del evento de interés en salud pública es el que se encuentra en el Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía establecido de la siguiente manera; “la mortalidad perinatal se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los recién nacidos que fallecen entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida” ¹⁰.

Definición mortalidad neonatal

Para Colombia, según el Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, la definición de muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: muertes neonatales tempranas y muertes neonatales tardías ¹⁰.

El período neonatal muestra la mayor mortalidad en todo el mundo dentro del ciclo perinatal, por tanto, la mortalidad neonatal es un índice importante que permite evaluar el cuidado de la salud perinatal de una región o inclusive de una nación. Aunque se ha logrado un gran avance en el control de la mortalidad infantil, hasta ahora la disminución de la mortalidad neonatal muestra una tendencia de lento descenso ¹⁶.

Además, aproximadamente la mitad de los niños menores de 5 años que fallecen son neonatos, lo que compone una gran carga del total de la mortalidad infantil y de la misma forma amerita una especial vigilancia en salud ¹⁶.

Mortalidad neonatal temprana

Como ya se ha mencionado antes en este documento la mortalidad neonatal se divide en mortalidad neonatal temprana y mortalidad neonatal tardía. La mortalidad neonatal temprana se refiere a las muertes que comprenden el periodo de tiempo entre el nacimiento del bebe y los primeros seis días completos de vida de acuerdo con el Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía ¹⁰.

Destacando que el periodo neonatal es cuando más muertes infantiles se presentan en el mundo, es importante tener en cuenta que también se ha identificado que la mortalidad neonatal temprana es la etapa en que se concentra una gran prevalencia de muertes dentro del periodo perinatal. Un dato importante evidenciado por la literatura es que el mayor número de muertes neonatales tempranas ocurre en las primeras 24 horas de vida, evidenciando así la necesidad de una mayor atención al control prenatal, parto y nacimiento ¹⁷.

Mortalidad neonatal tardía

Según la Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión el periodo de mortalidad neonatal tardía comprende la ocurrencia del evento, entre los 7 días completos a partir del nacimiento y antes de los 28 días de vida ¹⁵.

En Colombia, siguiendo los lineamientos del Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, se dispone como el tiempo entendido a partir del séptimo día de nacimiento hasta los 28 días completos de vida.

Múltiples estudios han pretendido investigar las causas de las muertes neonatales, encontrando como parte de los resultados una fuerte correlación entre las muertes neonatales y las condiciones de vida y salud maternas y del bebe, la situación económica y el acceso a la salud, siendo este último un factor significativo; por cuanto, a menor calidad de atención en salud, mayor probabilidad de muerte ¹⁸.

No se puede olvidar que los primeros 28 días de vida son el momento más vulnerable para la supervivencia de un niño, UNICEF en su informe de 2020 muestra que aproximadamente el 33,33% de todas las muertes neonatales ocurrieron dentro del primer día después del nacimiento, y cerca del 75% fueron muertes neonatales ocurriendo dentro de la primera semana de nacimiento en el año 2019 ¹⁹.

Las tasas de mortalidad tienen un gran potencial para verificar el desarrollo social de un país o de una determinada región que se pretende estudiar. Además, es una estrategia importante para orientar la toma de decisiones con base en la evidencia y la definición de políticas públicas dirigidas a la salud de la población. Dado lo anterior, es necesario realizar un censo y caracterización de la mortalidad neonatal con el fin de apoyar la toma de decisiones basada en evidencia ¹⁷.

Clasificación según el momento de ocurrencia de la muerte perinatal

La muerte perinatal se puede presentar en diferentes momentos los cuales son comprendidos dentro del periodo perinatal, el fallecimiento puede ocurrir antes o después del nacimiento.

Al mismo tiempo tenemos que según la clasificación de las muertes prenatales estas se subdividen en anteparto e intraparto, términos que son explicados a continuación.

	Anteparto
	Se refiere al momento anterior del comienzo del trabajo de parto ²⁰ .
Momentos de ocurrencia muerte perinatal	Intraparto
	Es decir, después del comienzo del trabajo de parto y antes del nacimiento ²⁰ .
	Periodo neonatal temprano y tardío
	Mencionados anteriormente en el curso.

IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)

Se considera necesario aclarar que aquellas muertes debidas al procedimiento de IVE no deben ser notificadas al Sivigila para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía; en coherencia con la Resolución 0652 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.¹⁴

Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

Estrategias de vigilancia

La vigilancia en salud pública para la mortalidad perinatal se dispone como vigilancia pasiva y activa.

Vigilancia pasiva: Es la vigilancia realizada a través de la notificación semanal obligatoria de las muertes perinatales y neonatales tardías ocurridas en las instituciones prestadoras de servicios de salud notificadas por la UPGD.

Estas se deben notificar en la ficha establecida para el evento; Ficha de notificación individual 560.

Diligenciar tanto cara de datos básicos como complementarios, recordando que en la cara de datos básicos se diligencian los datos de la madre ¹⁴.

Vigilancia activa: La búsqueda activa institucional se realiza a través de la revisión de los registros institucionales de estadísticas vitales (RUAF), para ello se debe tener en cuenta:

Revisión de defunciones fetales con 22 o más semanas de gestación

Revisión de muertes fetales con menos de 22 semanas de gestación y peso fetal de 500 gramos o más.

Defunciones fetales sin información de edad gestacional cuyo peso fetal es de 500 gramos o más. Se deben verificar el peso y la edad gestacional con la información clínica con el fin de confirmar o descartar muerte perinatal.

Revisión de defunciones no fetales con menos de 28 días de edad ¹⁴.

Responsabilidades por niveles

En el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) y en el documento “Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública” del INS.

Adicionalmente, para la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía se detallan los siguientes actores ¹⁴:

Ministerio de
Salud y
Protección
Social

Dictar las políticas y garantizar los mecanismos de gestión efectivos para la garantía de derechos en el logro de la maternidad segura y la ruta integral de atención materno perinatal.
Mantener la gestión de procesos para el aseguramiento de la calidad en la atención de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.
Liderar procesos de carácter intersectorial en lo relacionado con la adopción de medidas especiales, así como las intervenciones necesarias identificadas como resultado de los análisis del evento obstétrico ¹⁴.

Instituto
Nacional de
Salud

Realizar asistencia técnica a las entidades territoriales de los órdenes departamental y distrital que incluyan el seguimiento, monitoreo y capacitación del proceso de vigilancia (identificación de casos, notificación, búsqueda regular institucional y comunitaria, entrevista, investigación de campo, unidad de análisis y seguimiento a los indicadores de vigilancia del evento).
Establecer los flujos de información y las competencias de los actores del sistema en materia de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía ¹⁴.

Empresas
Administradoras
de Planes de
Beneficios

Garantizar que su red de prestadores realice los estudios anatómo-patológicos requeridos para el estudio de caso y la definición de las causas de muerte.
Acompañar la realización de la entrevista familiar.
Realizar el análisis agrupado por periodos perinatales de riesgo (matriz BABIES desagregado para su red de prestadores).
Realizar la consolidación de la información relacionada con la gestión para garantizar la atención requerida en su red de prestación de servicios de acuerdo con la normativa vigente, tales como autorizaciones, llamadas, inducción a la demanda, traslados, entre otros.
Realizar la entrega de la información relacionada con la gestión para garantizar la atención requerida en su red de prestación de servicios, de acuerdo con la normativa vigente, tales como autorizaciones, llamadas, inducción a la demanda, traslados, entre otros ¹⁴.

Secretarías Departamental y Distritales de Salud

- ✓ Definir un plan de respuesta articulado con los demás actores de la vigilancia en salud pública en torno a la identificación de comportamientos inusuales (decremento o incremento) a partir de una sala de análisis de riesgo.
- ✓ Establecer mecanismos de divulgación de la información derivada de los análisis de la vigilancia en salud pública de los eventos que integran la maternidad segura.
- ✓ Establecer un plan de entrenamiento y reentrenamiento, sobre la vigilancia en salud pública de los eventos que integran el componente de maternidad segura, con su respectivo cronograma, dirigido a los equipos de vigilancia de las secretarías Municipales y Locales de Salud, los equipos asistenciales de las Instituciones de Salud y demás actores que consideren necesario.
- ✓ Generar estrategias de monitoreo para el comportamiento epidemiológico y variables de importancia en el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, que posibilite la generación de alertas que contribuyan al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y de la respuesta del territorio.
- ✓ La entidad territorial de residencia (departamento) del caso debe realizar la solicitud a la entidad territorial de ocurrencia (departamento), la epicrisis de la atención brindada antes, durante y después del fallecimiento.
- ✓ Coordinar y realizar las unidades de análisis individuales y colectivas cuando los municipios no cuenten con capacidad instalada.
- ✓ Revisar y gestionar los ajustes de la información de causas, demoras y otras requeridas, posterior a la unidad de análisis individual, de acuerdo con los lineamientos.
- ✓ Realizar análisis trimestral de la situación materno perinatal que incluya análisis diferencial según contexto territorial, determinantes, demoras y matriz BABIES, además de analizar el monitoreo de la notificación semanal del evento y intervenciones realizadas.
- ✓ Realizar COVE semestral en el que se priorice la vigilancia de la salud pública de los eventos de maternidad segura.
- ✓ Realizar evaluación de correspondencia entre las estadísticas vitales y SIVIGILA semanalmente y gestionar la correspondencia de las fuentes.
- ✓ Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.
- ✓ Realizar el cruce de la base de datos de mortalidad perinatal y neonatal tardía con otros eventos de interés en salud pública, tales como: defectos congénitos, morbilidad materna extrema, mortalidad materna, sífilis congénita, entre otros. Con el propósito de priorizar el análisis del caso de manera articulada e integrada. Este cruce de información debe realizarse cada periodo epidemiológico y deberá ser retroalimentado a los niveles municipales y UPGD ¹⁴.

Secretarías Municipales y Locales de Salud

- ✓ Coordinar y realizar las unidades de análisis individuales y colectivas (municipios categoría 1, 2 y 3 que cuentan con capacidad instalada).
- ✓ Garantizar la recolección de las fuentes de información de sus UPGD y EAPB para análisis individual y envío a la secretaría de salud departamental (municipios categoría 4, 5 y 6).
- ✓ Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) de forma trimestral y divulgar esta información en la página web municipal o por otros mecanismos disponibles.
- ✓ Realizar COVE municipal en maternidad segura, envío de soportes de manera oportuna y completa al departamento.
- ✓ Hacer visita a la madre o familia (municipio de residencia) para realizar el estudio de campo y la aplicación de la entrevista familiar.
- ✓ Realizar búsqueda activa comunitaria (BAC) y hacer la notificación de los casos encontrados no notificados.
- ✓ Realizar la autopsia verbal de los casos encontrados en la BAC ¹⁴.

Unidades Primarias Generadoras de Datos

- ✓ Implementar las acciones para la oportuna y adecuada configuración de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, notificación y envío de información oportuna y completa al municipio en archivos planos semanales, como se establece en Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila.
- ✓ Garantizar la realización de los estudios anatomopatológicos para la adecuada configuración del caso (necropsia de feto y placenta y otras pruebas que se requieran, según el caso). En los casos de muerte en el ámbito domiciliario se debe realizar la autopsia verbal.
- ✓ Realizar notificación inmediata de muertes perinatales y neonatales tardías a la EAPB respectiva, para la gestión del estudio anatómo-patológico y definición de las causas de muerte en los casos que se requiera.
- ✓ Realizar análisis clínico del 100% de las muertes perinatales y neonatales tardías de forma individual o colectiva bajo el marco de un comité institucional.
- ✓ Realizar los análisis agrupados a través de la matriz de periodos perinatales de riesgo (BABIES) de forma trimestral y divulgar esta información en la página web o por otros mecanismos disponibles.
- ✓ Realizar COVE institucional que contemple el resultado de los análisis individuales y colectivos como insumo para la toma de decisiones.
- ✓ Generar espacios de inducción y reinducción a los profesionales de la salud asistenciales y de apoyo sobre la vigilancia en salud pública en los eventos que integran el componente de maternidad segura.
- ✓ Realizar análisis de correspondencia semanal de los casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía entre estadísticas vitales y Sivigila.
- ✓ Disponer de la información clínica de la atención brindada hasta el momento del fallecimiento o el resumen de historia clínica del caso notificado para ser enviada en el momento que sea solicitada por la autoridad sanitaria de orden departamental o municipal

14.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. Organización mundial de la salud. 2020 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
2. Gutman A, Harty T, O'Donoghue K, Greene R, Leitao S. Perinatal mortality audits and reporting of perinatal deaths: Systematic review of outcomes and barriers. *J Perinat Med*. 2022;0:24.
3. Nations U. Transforming our world The 2030 Agenda for sustainable development. In: Arsenic Research and Global Sustainability - Proceedings of the 6th International Congress on Arsenic in the Environment, AS 2016 [Internet]. 2016. Available from: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030 Agenda for Sustainable Development web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf)
4. Organization WH. Accelerate reduction in newborns and child mortality toward achieving SDG 2030 [Internet]. World Health Organization. 2019 [cited 2022 Feb 15]. p. 0–39. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338736/sea-cah-38-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organización panamericana de la salud. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción [Internet]. 2008 [cited 2022 Mar 7]. Available from: https://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
6. Instituto nacional de salud. Boletín Epidemiológico Semanal semana epidemiológica 52-2021. Instituto nacional de salud. 2022.
7. Organización mundial de la salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
8. Panamericana La Salud O DE. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión Volumen 2 Manual de instrucciones Volumen 1 Introducción Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades Informe de [Internet]. Panamericana La Salud, Organización DE. 1995 [cited 2022 Feb 14]. Available from: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2003 [Internet]. [cited 2022 Feb 21]. Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021[internet]. [cited 2022 Feb 21, 2023 Feb 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>; <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
11. Consejo Nacional de Política Económica y Social Colombia. CONPES 161 de 2013 [internet].

- [cited 2022 Feb 21]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/161.pdf>.
12. Ministerio de Salud y Protección en Salud. Política de Atención Integral en Salud. 2016. Bogotá-Colombia [internet]. [cited 2022 Feb 22]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
 13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [internet]. [cited 2022 Feb 22]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
 14. Instituto nacional de salud. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía [Internet]. Instituto nacional de salud. 2022 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://doi.org/10.33610/infoeventos.44>
 15. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión Volumen 2 Manual de instrucciones Volumen 1 Introducción Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades Informe de [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 1995 [cited 2022 Feb 14]. Available from: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>
 16. Zhang B, Dai Y, Chen H, Yang C. Neonatal Mortality in Hospitalized Chinese Population: A Meta-Analysis. *Biomed Res Int* [Internet]. 2019;7. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/7919501>
 17. Monteiro de Araújo LA, Bezerra INM, Lima JCS, Farias LLS de, Nascimento JL do, Assis LTD de, et al. Perfil da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte (2008-2017). *Av en Enfermería*. 2020;38(3):307–15.
 18. Demitto MDO, Gravena AAF, Dell’Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death*. Vol. 51, *Revista da Escola de Enfermagem*. 2017. p. 1–7.
 19. Mitiku HD. Neonatal mortality and associated factors in Ethiopia: a cross-sectional population-based study. Vol. 21, *BMC Women’s Health*. 2021.
 20. Organización mundial de la Salud. Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales. Organización mundial de la Salud. 2017.
 21. Salazar-Barrientos Mary, Zuleta-Tobón JJ. Aplicación del Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades para la Mortalidad Perinatal.pdf. *Rev Colomb Obstet y Ginecolo*. 2019;70.