

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe

Washington, D.C., 2021

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2021

ISBN: 978-92-75-72390-6 (impresso)

ISBN: 978-92-75-72391-3 (pdf)

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida. Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275723913>.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, escrever a sales@paho.org. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

FPL/CLP/2021

SUMÁRIO

Introdução	1
A definição de morbidade materna extremamente grave da OMS	3
Objetivos gerais	5
Vigilância do indicador de morbidade materna extremamente grave	7
Identificação de casos de morbidade materna extremamente grave	8
Cenário 1. Identificação direta de casos de morbidade materna extremamente grave	8
Cenário 2. Rastreamento de casos prováveis de morbidade materna extremamente grave com base na presença de morbidade ou na identificação em áreas críticas da instituição	8
Análise de casos de morbidade materna extremamente grave em comitês institucionais	10
Implementação de um plano de ação	11
Gestão de dados e indicadores da morbidade materna extremamente grave	12
Referências	13
Anexo. Formulários para a identificação ou rastreamento de casos de morbidade materna extremamente grave na Região	15
Formulário de registro de morbidade materna grave do Chile	15
Ficha de notificação individual para morbidade materna extremamente grave da Colômbia	16
Formulário do sistema de vigilância da morbidade materna extremamente grave de Cuba	23
Formulário de monitoramento epidemiológico de internações em unidades de terapia intensiva no Uruguai	24
Formulário de morbidade materna extremamente grave do sistema de informação perinatal (SIP PLUS)	25
Quadros	
1. Critérios da Organização Mundial da Saúde para a definição de morbidade materna extremamente grave	4
2. Critérios ampliados para o rastreamento de casos de morbidade materna extremamente grave	8

3. Dados necessários em nível institucional para realizar a vigilância da morbidade materna extremamente grave	12
4. Indicadores relacionados à morbidade materna extremamente grave propostos pela Organização Mundial da Saúde	12
Figuras	
1. Vigilância e resposta à morbidade e mortalidade materna e perinatal	5
2. Presença de eventos de morbidade materna extremamente grave	6
3. Cenários para a coleta de dados institucionais	7
4. Comitê de vigilância e resposta à mortalidade materna e perinatal e sua aplicação à morbidade materna extremamente grave	10

Introdução

A mortalidade materna tem diminuído significativamente nos últimos anos, especialmente em países que enfatizaram a prevenção de suas principais causas, tais como complicações hemorrágicas e infecciosas e hipertensão (1-3). Esta realidade também é observada na Região: de acordo com o relatório final do *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave* da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi possível manter a tendência de diminuição da mortalidade materna, com uma redução de 18,1% na taxa de morbidade materna no período de 2010 a 2015 (4).

Do ponto de vista fisiopatológico, a morte é o resultado final comum de um amplo espectro de complicações que provocam a disfunção de múltiplos órgãos. No entanto, existe um grupo de mulheres nesta situação que consegue sobreviver apesar da gravidade do quadro. Esta alta proporção de pacientes que estiveram gravemente doentes e não morreram é um reflexo direto da realidade sanitária de uma instituição ou país. Por isso, é preciso criar indicadores para estimar a morbidade em mulheres em termos de doenças e incidentes ocorridos durante a gravidez, o parto e o puerpério. Neste sentido, propõe-se realizar a vigilância epidemiológica de um indicador que permita incluir as mulheres que sobreviveram após apresentarem uma complicação potencialmente fatal durante a gravidez, parto ou puerpério, o que reflete a boa qualidade dos cuidados e da atenção (5, 6). Este indicador é a morbidade materna extremamente grave (MMEG). Na América Latina, o termo *near miss materno* — um termo que define os casos que, devido à sua gravidade, estiveram muito perto de evoluir para o óbito — também é usado para se referir à MMEG. Uma vez ajustada a definição à população (pessoa) e ao momento de ocorrência (tempo), um caso de MMEG é definido como o de uma mulher que quase morre, mas sobrevive a uma complicação ocorrida durante a gravidez, o parto ou nos primeiros 42 dias após o fim da gravidez (7-10).

Este indicador tem a vantagem logística de que, em todos os casos, o evento ocorre em uma instituição de saúde, dado que, se a MMEG ocorrer ao nível comunitário ou longe de um serviço de saúde, inevitavelmente se tornará uma morte materna (e, portanto, já não será um caso de MMEG). Este fato é relevante no momento de planejar a vigilância do indicador, pois os países deverão concentrar os seus esforços no trabalho junto às instituições que prestam uma atenção mais complexa. Por outro lado, um elemento a considerar, que pode afetar o registro desses eventos, é que a MMEG não é um diagnóstico necessário para o profissional clínico no momento do atendimento à paciente; dessa forma, certos casos podem não ser registrados. Isto constitui uma limitação ao elaborar um programa de vigilância epidemiológica deste indicador. Tanto a identificação de casos quanto as informações coletadas através de auditorias, juntamente com a aplicação do modelo de segurança e do ciclo de melhoria institucional contínua, ajudam a equipe médica a otimizar os resultados (11, 12).

As auditorias do indicador MMEG avaliam os casos bem sucedidos (que não resultaram em mortes maternas). Neste sentido, o indicador tem vantagens em comparação com a taxa de mortalidade materna, em termos de sua maior frequência, bem como da quantidade e qualidade das informações coletadas (13). Isto faz com que a equipe de saúde perceba estas vantagens e aceite melhor as conclusões das auditorias, tais como as sugestões de mudanças no manejo clínico em determinadas situações. A sobrevivência de mulheres com eventos de MMEG se deve principalmente à disponibilidade de atendimento médico de qualidade; por isso, o indicador deve ser usado para medir a qualidade da atenção obstétrica (13). A auditoria deste indicador permite não só aprofundar a compreensão dos casos de mortes maternas evitáveis, como também incorporar aspectos de segurança do paciente, bem como a identificação de falhas no sistema (7-9, 14, 15). Um exemplo de tais falhas é a detecção frequente de falta de regulação no manejo de situações críticas de emergência. A compreensão dos pontos fracos e fortes de uma instituição ou sistema permite projetar ações pertinentes (tais como diretrizes e protocolos clínicos, capacitação e desenvolvimento de competências) para aumentar a qualidade e a segurança da atenção prestada a pacientes com doenças obstétricas críticas (16, 17).

Com base nestes argumentos, surgiu a necessidade de começar a medir a MMEG de forma padronizada, a fim de identificar todas as mulheres que conseguiram sobreviver graças à resposta adequada do sistema de saúde na América Latina e no Caribe. Em setembro de 2018, o relatório final do *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave* foi apresentado aos órgãos diretores da OPAS (4), sendo destacada a heterogeneidade dos dados coletados e a preocupação com a variabilidade existente entre os diferentes países. Nessa ocasião, por iniciativa do México, os Estados Membros solicitaram à OPAS que estabelecesse uma norma regional para monitorar a MMEG. Com essa finalidade, o Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva do Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida da OPAS, em coordenação com as unidades técnicas de sistemas de informação e análise de saúde e indicadores de equidade do Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde e contando com o apoio das representações da OPAS nos países, começou a realizar um levantamento da coleta de dados sobre a MMEG. Ao mesmo tempo, foi convocado um grupo de especialistas da Região, denominado Grupo Central (*Core Group*), com dois perfis diferentes: profissionais com grande experiência acadêmica no assunto e outros com grande experiência de campo em vigilância da MMEG em seus países.

Depois de realizar várias conferências virtuais, o grupo se reuniu presencialmente na Cidade do Panamá, nos dias 11 e 12 de julho de 2019. Os objetivos da reunião foram discutir a situação do monitoramento da MMEG e os modelos utilizados nos países da Região (veja, no Anexo, alguns formulários utilizados na Região) e definir uma proposta regional para o monitoramento do indicador pelos países. Ao final da reunião, uma vez avaliada a situação nos países e os diferentes modelos e definições utilizados, foi recomendado o uso dos critérios de MMEG definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para facilitar a comparação dos dados entre os países. Além disso, houve consenso em relação à recomendação de que os países que utilizam outros critérios mais amplos para a definição de MMEG deveriam notificar seus dados de acordo com os critérios da OMS, a fim de garantir a comparabilidade.

A definição de morbidade materna extremamente grave da OMS

Ao contrário dos resultados medidos de forma binária (ausência ou presença) e com um limite claro entre as categorias, tornando-as obrigatoriamente excludentes (por exemplo, a morte), a MMEG é um indicador que requer um delineamento complexo, que permita diferenciar os casos realmente considerados como MMEG de outros eventos que não se enquadram no indicador. A identificação da MMEG deve considerar critérios bem estabelecidos, o que é fundamental para padronizar a definição. A falta de padronização é responsável pela grande variabilidade nos índices de MMEG publicados (18).

Três tipos de critérios podem ser considerados no processo de criação de indicadores da MMEG: 1) critérios clínicos associados a doenças específicas, 2) critérios baseados em intervenções específicas e 3) critérios baseados em disfunções de órgãos ou sistemas (9). Os critérios clínicos associados a doenças específicas, também chamados critérios de Mantel (19), utilizam a presença de uma doença como ponto de partida, sendo definida uma morbidade específica para cada doença (por exemplo, presença de pré-eclâmpsia com disfunção renal ou cardíaca). Os critérios clínicos são fáceis de aplicar, e por si só não exigem o uso de tecnologia ou exames complementares, mas podem ser muito pouco específicos (especialmente para determinar a partir de que grau de complicação um quadro clínico pode ser considerado um caso de MMEG) (9).

Os critérios baseados em intervenções específicas estão relacionados à resposta ou ao manejo clínico da doença diagnosticada (por exemplo, internação em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva, necessidade de histerectomia pós-parto com transfusão de sangue etc.) (20, 21). Embora sejam simples de utilizar e permitam a coleta de dados a partir dos registros institucionais diários, não são fáceis de padronizar, pois pode haver grande variabilidade no manejo das pacientes e dependem da infraestrutura local. Em algumas situações, o que determina o número de casos de MMEG é a infraestrutura ou a possibilidade de encaminhamento.

Os critérios baseados em disfunções de órgãos ou sistemas (chamados critérios de Waterstone) (22) se baseiam na sequência de eventos que levam da saúde à doença e à morte. O processo começa com uma lesão que leva a uma doença inflamatória sistêmica; isto desencadeia uma resposta sistêmica e provoca uma disfunção orgânica, mas com a sobrevivência da paciente (os marcadores de disfunção de órgãos são alterações hematológicas, insuficiência hepática ou renal, entre outros) (Quadro 1). Estes critérios são considerados como os mais sensíveis e específicos para determinar os casos graves (7, 9, 10). Entretanto, uma desvantagem é que podem não ser aplicáveis em alguns níveis do sistema de saúde, ou até mesmo em alguns países ou regiões. Os critérios ou a soma de critérios utilizados podem ser mais sensíveis ou específicos e, assim, representar de forma mais precisa a patologia potencialmente fatal. Quanto maior o número de critérios utilizados, maior será a complexidade do indicador, tornando mais difícil identificar os casos de MMEG e extrapolar-lo como um indicador universal (23-25).

Em 2007, a OMS estabeleceu um grupo técnico interdisciplinar para elaborar uma definição padrão e uma identificação uniforme dos critérios de MMEG (26). Estes critérios foram testados e validados e demonstraram ser robustos com dados confiáveis (7, 8, 26). Para gerar os indicadores de MMEG, consideramos os sistemas de órgãos afetados, seus componentes clínicos e laboratoriais e as intervenções aplicadas. O Quadro 1 descreve os critérios e seus componentes; é preciso observar que a presença de apenas um dos critérios já permite classificar o quadro como MMEG

Quadro 1. Critérios da Organização Mundial da Saúde para a definição de morbidade materna extremamente grave

Sistema ou aparelho comprometido	Critérios clínicos	Indicadores laboratoriais	Critérios baseados em intervenções
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Choque • Parada cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoperfusão (lactato >5 mmol/L ou > 45 mg/dL) • Acidose (pH <7,1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusão contínua de agentes vasoativos • Reanimação cardiopulmonar
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Cianose aguda • Dispneia • Taquipneia (FR >40 rpm) • Bradipneia (FR <6 rpm) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipóxia grave (saturação de oxigênio <90% durante ≥ 60 minutos ou PaO₂/FiO₂ <200) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intubação e ventilação não relacionadas a anestesia
Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Oligúria resistente a fluidos ou diuréticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Azotemia aguda (creatinina ≥300 mol/L ou ≥3,5 mg/dL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálise por insuficiência renal aguda
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios da coagulação 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombocitopenia aguda grave (<50.000 plaquetas/mL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão maciça de hemoderivados (≥ 5 unidades)
Hepático	<ul style="list-style-type: none"> • Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperbilirrubinemia aguda (bilirrubina >100 μmol/L ou >6,0 mg/dL) 	
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Inconsciência prolongada (>12 horas), coma • Acidente vascular cerebral • Crise convulsiva incontrolável, estado de mal epilético • Paralisia generalizada 		
Genital			<ul style="list-style-type: none"> • Infecção ou hemorragia que requer histerectomia

- FR: frequência respiratória; rpm: respirações por minuto; PaO₂: pressão arterial de oxigênio; FiO₂: fração inspirada de oxigênio.

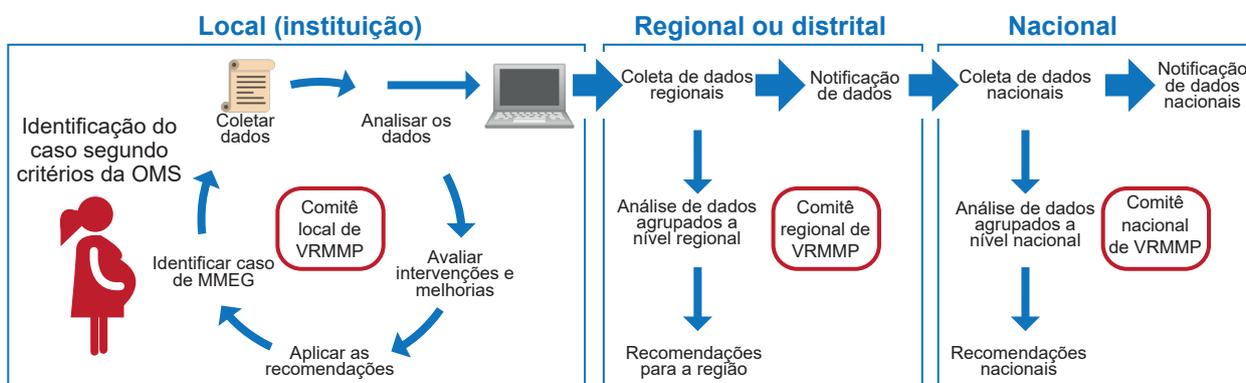
Como mencionado, na reunião realizada na Cidade do Panamá em julho de 2019, o Grupo Central desenvolveu uma recomendação para que os países da Região, qualquer que seja a definição que utilizem operacionalmente, notifiquem a MMEG a nível internacional segundo os critérios da OMS (Quadro 1), a fim de permitir uma comparabilidade adequada

Objetivos gerais

O objetivo deste documento é dar às autoridades sanitárias nacionais responsáveis pela vigilância e saúde materna uma ferramenta para identificar, coletar, processar e analisar ativamente informações relacionadas à MMEG que permitam realizar a vigilância epidemiológica nacional deste indicador. A ferramenta também pode ser útil para prestadores e gestores de serviços de saúde locais e regionais. O objetivo final da coleta desses dados é reduzir a MMEG e a MM.

Se for proposto um programa nacional de vigilância da MMEG, este deve necessariamente começar nos centros ou instituições de saúde onde se encontram os casos, ou seja, na unidade primária onde os eventos ocorrem. Posteriormente, é preciso centralizar os dados em nível regional, sendo então agregados e analisados em nível nacional (Figura 1). Nos países cuja estrutura ou tamanho torne desnecessário agregar dados a nível regional, só serão executadas as fases local e nacional.

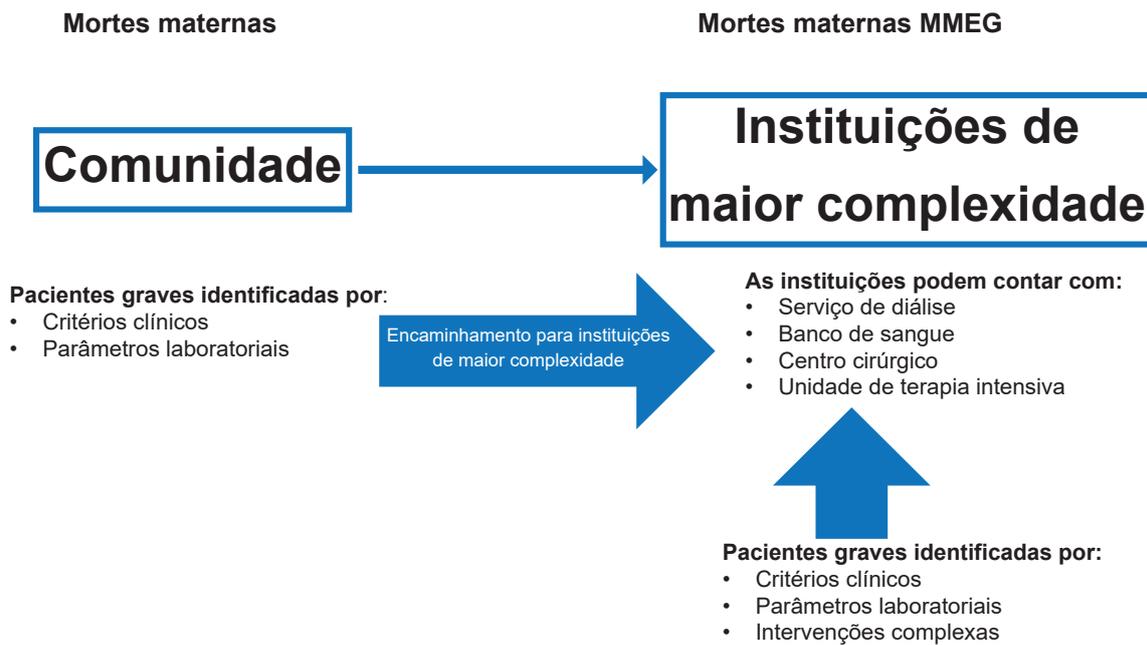
Figura 1: Vigilância e resposta à morbidade e mortalidade materna e perinatal



VRMMP: vigilância e resposta à morbimortalidade materna e perinatal

Com esta finalidade, e reconhecendo que a MMEG ocorre em nível institucional, a elaboração de um programa de vigilância deve começar com a coleta de dados nas organizações e instituições onde a MMEG está presente. Como mencionado, devido à gravidade clínica implícita na definição de MMEG, é impossível reverter o quadro clínico e a morte destas pacientes se não receberem atenção médica adequada. Por isso, as ações para o registro e identificação dos casos devem ser realizadas em instituições com um nível de complexidade elevado. Na comunidade e na atenção primária, é possível identificar casos graves de acordo com o quadro clínico, ou mesmo por parâmetros complementares básicos; entretanto, nos casos de MMEG, a probabilidade de sobrevivência depende da atenção, apoio e qualidade dos cuidados prestados por instituições de alta complexidade (Figura 2).

Figura 2. Presença de eventos de morbidade materna extremamente grave



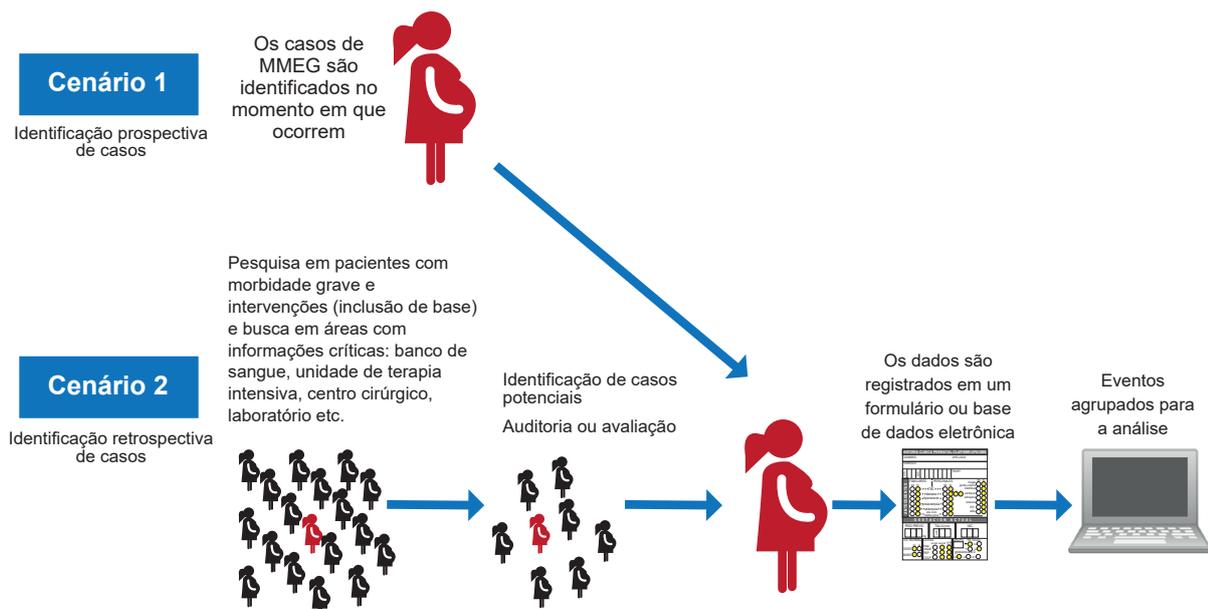
MMEG: morbidade materna extremamente grave.

Vigilância do indicador de morbidade materna extremamente grave

A vigilância do indicador de MMEG pode ser feita de forma prospectiva ou retrospectiva. Será prospectiva quando, durante o atendimento clínico de uma paciente, uma instituição de saúde identificar pelo menos um elemento de gravidade que defina a MMEG, com base em qualquer um dos três tipos de critérios recomendados pela OMS (critérios clínicos, exames complementares ou intervenções), e estas variáveis sejam então identificadas, registradas e notificadas em tempo real. A vigilância será retrospectiva quando a instituição de saúde ou um nível superior empregarem mecanismos para identificar casos de MMEG através da análise de grupos com alta probabilidade de terem apresentado um evento de MMEG. O rastreamento desses grupos permitirá confirmar quais casos constituíram ou não MMEG.

Estas propostas de vigilância do indicador de MMEG dão origem a dois cenários hipotéticos que as instituições podem adaptar para realizar a detecção de casos: um cenário prospectivo e outro retrospectivo, com alternativas que permitem realizar o rastreamento de pacientes com morbidade em áreas específicas (ou com critérios específicos), e que identifiquem uma população com alta probabilidade de incluir casos de MMEG (Figura 3).

Figura 3. Cenários para a coleta de dados institucionais



MMEG: morbidade materna extremamente grave.

Identificação de casos de morbidade materna extremamente grave

Cenário 1. Identificação direta de casos de morbidade materna extremamente grave

A instituição pode optar por um modelo prospectivo de coleta de dados, no qual certas variáveis selecionadas a partir do prontuário médico ou através de um formulário elaborado *ad hoc* são usadas para identificar um caso de MMEG durante o processo de atendimento.

A presença de uma paciente com morbidade grave e o uso de intervenções específicas identifica automaticamente um caso de MMEG. Assim, alguns países possuem formulários específicos que são aplicados sistematicamente para notificar os eventos detectados ao nível institucional. Esta coleta de dados pode ser feita como parte da anamnese (por exemplo, o formulário do sistema informático perinatal usado para este fim em Trinidad e Tobago, o SIP Plus) ou pelo uso de um formulário complementar preenchido durante a internação e a evolução da paciente (por exemplo, o formulário de notificação individual de morbidade materna extrema usado na Colômbia).

Cenário 2. Rastreamento de casos prováveis de morbidade materna extremamente grave com base na presença de morbidade ou na identificação em áreas críticas da instituição

No cenário anterior, é o médico que identifica o caso de MMEG enquanto atende a mulher grávida. Uma alternativa é que uma equipe externa trabalhe na identificação de casos de MMEG, à semelhança do que acontece em casos de morte materna. Para isso, e a fim de minimizar a perda de casos, é utilizada uma lista de critérios com alta probabilidade de incluir casos de MMEG. Esta lista tende a ser muito ampla, para evitar a perda de casos (tem alta sensibilidade).

A principal fonte de dados será a anamnese, mas às vezes os prontuários médicos podem não incluir todas as informações que permitiriam identificar um caso de MMEG. Por este motivo, podem ser consultadas outras fontes, tais como os registros de laboratórios clínicos, serviços de hemoterapia e cirurgia e unidades de terapia intensiva, entre outros (Quadro 2).

Quadro 2. Critérios ampliados para o rastreamento de casos de morbidade materna extremamente grave

Complicações maternas graves	<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia pós-parto grave• Pré-eclâmpsia grave• Eclâmpsia• Sepses ou infecção sistêmica grave• Ruptura uterina• Complicações graves do aborto
Intervenções críticas ou uso de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none">• Internação em unidade de terapia intensiva• Radiologia intervencionista• Laparotomia (exclui cesárea e inclui histerectomia)• Transfusão de sangue ou hemoderivados

Os responsáveis pelo rastreamento devem conduzir uma análise dos prontuários médicos das pacientes com complicações maternas graves para identificar uma ou mais variáveis que definam um caso de MMEG — por exemplo, pedindo aos bancos de sangue ou centros de medicina transfusional uma lista de pacientes grávidas e puérperas que receberam transfusões de sangue ou hemoderivados. A identificação de dados laboratoriais associados a disfunção orgânica em pacientes grávidas e puérperas pode complementar o rastreamento e ajudar a detectar casos que não foram corretamente identificados nos prontuários ou resumos de alta. Da mesma forma, é essencial considerar todos os casos de grávidas e puérperas internadas em unidades de terapia intensiva, uma vez que a maioria dos casos de MMEG requer terapia intensiva.

Neste segundo cenário, será necessário analisar uma grande quantidade de prontuários médicos. As instituições de saúde que possuam sistemas de registro e classificação de boa qualidade, baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID, edições 9, 10 ou 11), podem usar esses dados para identificar o grupo de pacientes com morbidade grave. Por exemplo, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos utilizam um método de rastreamento baseado em códigos de diagnósticos e procedimentos da CID-9 para identificar casos de MMEG (27).

Ante a impossibilidade de realizar um rastreamento exaustivo com base nos dados obtidos na anamnese e em diferentes áreas ou unidades institucionais, pode ser proposto um rastreamento baseado em critérios que sejam sensíveis e específicos. Embora as evidências e a validação dos critérios de rastreamento ainda sejam limitadas, alguns estudos sugerem que este método pode ser eficaz (28). Por exemplo, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG, na sigla em inglês) e a Sociedade de Medicina Materno-Fetal (SMFM) dos EUA publicaram um consenso segundo o qual o rastreamento da MMEG deve ser baseado em dois parâmetros: 1) transfusão de quatro ou mais unidades de sangue, 2) internação de uma grávida ou puérpera em unidade de terapia intensiva ou ambos (3, 29). Estes dois parâmetros demonstraram ter sensibilidade e especificidade elevadas para detectar casos de MMEG, com um valor preditivo positivo de 85%. Entretanto, é importante observar que o uso deste método alternativo para o segundo cenário pode excluir casos de MMEG que não estejam associados a hemorragia e não levem à internação em uma unidade de terapia intensiva.

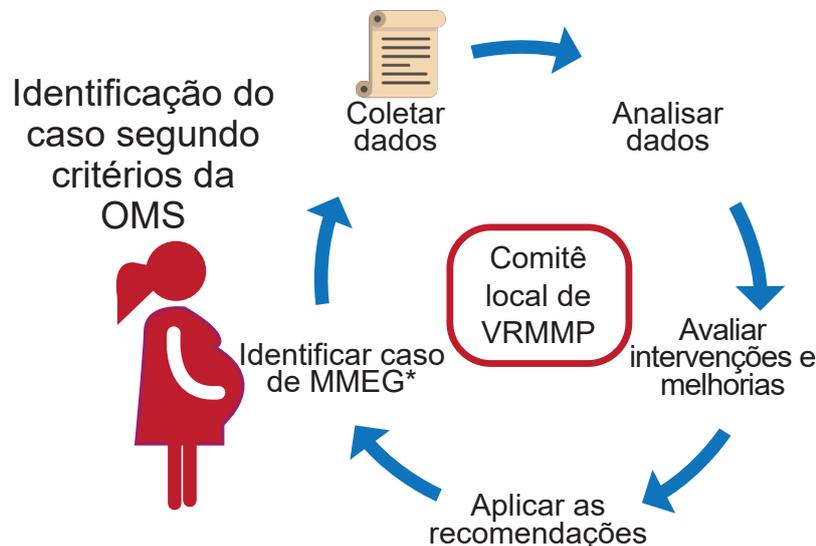
Após o rastreamento das pacientes, os casos devem ser auditados para estabelecer, de maneira definitiva, quais foram casos de MMEG de acordo com os critérios da OMS (transfusão de cinco ou mais unidades de hemoderivados) (Quadro 1) e registrar essas variáveis. É preciso destacar que, na nossa Região, muitos países utilizam o ponto de corte sugerido pela Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia, que é de três ou mais unidades de hemoderivados. O Grupo Central também concordou com a utilização deste ponto de corte nos países, devendo sempre ser notificado, quando solicitado, o ponto de corte definido pela OMS para permitir a comparabilidade internacional. É importante enfatizar que esta alternativa para a pesquisa de dados no segundo cenário pode afetar a comparabilidade com os índices de outras instituições ou países. Por isso, esta alternativa deve ser considerada quando, por falta de recursos humanos ou problemas logísticos, não seja possível coletar os dados prospectivamente, ou quando o rastreamento completo dos prontuários médicos e outras fontes de dados não for viável.

Uma vez identificado um caso, deve ser registrado e acompanhado para determinar se, com a progressão do quadro clínico, fica confirmado como um caso de MMEG ou se evoluiu para uma morte materna. No modelo de identificação prospectiva de um caso de MMEG, é fundamental assegurar-se de que não ocorreu morte materna nos primeiros 42 dias após o fim da gravidez. Nessa situação, já não seria um caso de MMEG, mas sim de MM. Uma vez disponíveis os dados definitivos que confirmam tratar-se de um caso de MMEG, já é possível registrar o caso nas estatísticas locais e notificar os níveis regional e central.

Análise de casos de morbidade materna extremamente grave em comitês institucionais

A fim de melhorar a qualidade da atenção, recomenda-se que as instituições analisem os casos de MMEG através de auditorias semelhantes às que são realizadas quando ocorre uma morte materna. Em instituições com baixa prevalência de morte materna e onde os casos são escassos, é apropriado estender a análise aos casos de morbidade grave. As informações provenientes dessas auditorias são semelhantes às obtidas com as mortes maternas, complementadas por dados relacionados à sobrevivência da paciente e à gravidade do evento. Os comitês que analisam os casos de MMEG devem obter informações sobre a causa do evento, atrasos relevantes no atendimento, medidas preventivas a serem consideradas e ações a serem tomadas para evitar novos casos de MMEG. Além disso, devem ser destacadas as ações que levaram ao bom tratamento clínico da paciente, uma vez que foi possível evitar o desfecho negativo, ou seja, o óbito. Este aspecto positivo é considerado fundamental para melhorar a qualidade da atenção e é bem recebido pela equipe de saúde. Neste sentido, é fundamental que as equipes recebam uma resposta dos comitês de mortalidade e morbidade materna e perinatal, pois o feedback dos dados constatados e a implementação de ações para melhorar a qualidade da atenção reduz a ocorrência de atrasos e falhas em futuros casos semelhantes (Figura 4). É preciso recordar também que, tal como nos comitês de mortalidade materna, a avaliação e auditoria de um caso de MMEG não tem como objetivo encontrar culpados.

Figura 4. Comitê de vigilância e resposta à mortalidade materna e perinatal e sua aplicação à morbidade materna extremamente grave



*É preciso assegurar-se de que, com a progressão do quadro clínico (até 42 dias após o fim da gravidez), o caso não se transformou em uma morte materna.

OMS: Organização Mundial da Saúde; VRMMP: vigilância e resposta à morbimortalidade materna e perinatal; MMEG: mortalidade materna extremamente grave

Implementação de um plano de ação

Em relação à vigilância da MMEG, a OPAS propõe considerar várias atividades para a implementação de um plano de ação, tais como processos de auditoria e feedback, o uso de listas de verificação para avaliar intervenções baseadas em evidências, atividades de capacitação e lembretes e o desenvolvimento e implementação de protocolos locais, com o envolvimento de formadores de opinião (4, 26). Quando o sistema de vigilância da MMEG é aplicado a uma instituição de saúde, facilita a elaboração de relatórios periódicos que comunicam a prevalência da MMEG e permitem compreender os padrões locais de morbimortalidade, estimar os atrasos, os pontos fortes e fracos do sistema de referência e o uso de intervenções-chave baseadas em evidências. Além disso, a análise dos casos de MMEG contribui para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, identificando lacunas no sistema e implementando soluções (respostas) para minimizar o risco de morte na gravidez e puerpério. Uma maneira de implementar a vigilância da MMEG é incorporar este evento adverso à análise conduzida pelos comitês de vigilância e resposta à mortalidade materna e perinatal. Como a morte materna é um evento pouco frequente, as instituições podem incorporar o indicador MMEG à análise sistemática e trabalhar no ciclo de melhoria contínua.

Gestão de dados e indicadores de morbidade materna extremamente grave

Uma vez identificados os casos de MMEG, a instituição deve notificá-los ao nível regional (departamento, estado ou província), onde serão agrupados os dados das diferentes instituições; por sua vez, cada região deve notificar os dados agrupados a nível central à organização que realiza a vigilância epidemiológica da MMEG ao nível nacional (ministério da saúde ou outra). Para a elaboração dos indicadores (seja ao nível local, regional ou nacional), além do número de eventos de MMEG, é preciso conhecer o número de mortes maternas e o número total de nascimentos na mesma área e no mesmo período que os casos de MMEG (Quadros 3 e 4).

Quadro 3. Dados necessários em nível institucional para realizar a vigilância da morbidade materna extremamente grave

Variável*	Possíveis fontes
Número de nascidos vivos	Registro de nascimento ou certidões de nascimento
Número de mortes maternas	Certificados de óbito, comitê de VRMMP
Número de mulheres com MMEG	Variam de acordo com o cenário escolhido para a identificação de casos de MMEG

*Para o mesmo período e a mesma área geográfica ou instituição.

MMEG: morbidade materna extremamente grave; VRMMP: vigilância e resposta à morbimortalidade materna e perinatal.

Quadro 4. Indicadores relacionados à morbidade materna extremamente grave propostos pela Organização Mundial da Saúde

Indicador	Descrição	Cálculo	Significância
Razão de morbidade materna extremamente grave	Número de eventos de morbidade materna extremamente grave (MMEG) por 1000 nascidos vivos	$(\text{MMEG}/\text{nascidos vivos}) \times 1000$	Permite estimar a quantidade de insumos e a estrutura necessária em uma área ou instituição para lidar com a MMEG
Razão MMEG/MM	Razão entre a MMEG e a mortalidade materna (MM)	Casos de MMEG/casos de MM	Um valor elevado indica uma atenção de melhor qualidade (ou seja, há mais casos de sobreviventes para cada caso de morte materna)
Índice de mortalidade	Razão entre o número de mortes maternas e o número de mulheres com condições potencialmente fatais, expressa como porcentagem	$\text{MM}/(\text{MMEG} + \text{MM}) \times 100$	Quanto maior o índice de mortalidade, mais mulheres com condições potencialmente fatais evoluirão para o óbito (ou seja, pior é a qualidade da atenção)

Referências

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
2. Hankins GD, Clark SL, Pacheco LD, et al. Maternal mortality, near misses, and severe morbidity: lowering rates through designated levels of maternity care. *Obstet Gynecol*. 2012;120(4):929-34. doi: 10.1097/AOG.0b013e31826af878.
3. Obstetric Care Consensus No 5 Summary. Severe maternal morbidity: screening and review. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):670-1. doi: 10.1097/AOG.0000000000001635.
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: informe final (CD56.INF.14.): Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado el 3 de marzo del 2020]. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45852-cd56-inf-14-s-pda-mortalidad-materna-852&Itemid=270&lang=es.
5. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull*. 2003;67:231-43. doi: 10.1093/bmb/ldg007.
6. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F, et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health Trends*. 1991;23(1):13-5.
7. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007.
8. Pattinson R, Say L, Souza JP, et al. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ*. 2009;87(10):734. doi: 10.2471/blt.09.071001.
9. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health*. 2004;1(1):3. doi: 10.1186/1742-4755-1-3.
10. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. An emerging "maternal near-miss syndrome": narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*. 2009;36(2):149-58. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00313.x.
11. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19(2):145-50. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.013.
12. Kuklina EV, Goodman DA. Severe maternal or near miss morbidity: implications for public health surveillance and clinical audit. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(2):307-18. doi: 10.1097/GRF.0000000000000375.
13. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7:20. doi: 10.1186/1471-2393-7-20.
14. Pattinson RC, Buchmann E, Mantel G, Schoon M, Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? *BJOG*. 2003;110(10):889-93.
15. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. *Reprod Health*. 2009;6(1):15. doi: 10.1186/1742-4755-6-15.

16. Ozimek JA, Eddins RM, Greene N, et al. Opportunities for improvement in care among women with severe maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(4):509.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2016.05.022.
17. Saizonou J, De Brouwere V, Vangeenderhuysen C, et al. Audit de la qualité de prise en charge des échappées belle » (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. *Santé.* 2006;16(1):33-42.
18. Tuncalp O, Hindin MJ, Souza JP, et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG.* 2012;119(6):653-61. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x.
19. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *BJOG.* 1998;105(9):985-90. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10262.x.
20. Murphy DJ, Charlett P. Cohort study of near-miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;102(2):173-8. doi: 10.1016/s0301-2115(01)00320-7.
21. Dias de Souza JP, Duarte G, Basile-Filho A. Near-miss maternal mortality in developing countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;104(1):80. doi: 10.1016/s0301-2115(02)00206-3.
22. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ.* 2001;322(7294):1089-93. doi: 10.1136/bmj.322.7294.1089.
23. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ.* 2010;88(2):113-9. doi: 10.2471/BLT.08.057828.
24. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, et al. A scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(7):716-20. doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.01.003.
25. You WB, Chandrasekaran S, Sullivan J, et al. Validation of a scoring system to identify women with near-miss maternal morbidity. *Am J Perinatol.* 2013;30(1):21-4. doi: 10.1055/s-0032-1321493.
26. Organización Mundial de la Salud. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 3 de marzo del 2020]. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf;jsessionid=C8046D2300B769765A5447A840DCDDBF?sequence=1
27. Callaghan WM, Creanga AA, Kuklina EV. Severe maternal morbidity among delivery and postpartum hospitalizations in the United States. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5):1029-36. doi: 10.1097/aog.0b013e31826d60c5.
28. Main EK, Abreo A, McNulty J, et al. Measuring severe maternal morbidity: validation of potential measures. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(5):643 e1- e10. doi: 10.1016/j.ajog.2015.11.004.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine, Kilpatrick SK, Ecker JL. Severe maternal morbidity: screening and review. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(3):B17-22. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.050.

Anexo. Formulários para a identificação ou rastreamento de casos de morbidade materna extremamente grave na Região

Formulário de registro de morbidade materna grave do Chile

REGISTRO CONFIDENCIAL DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE (MMG)

PROCEDENCIA				
1. FOLIO	2. FECHA DE REPORTE	3. INICIALES	EDAD/PARIDAD/IMC	ESCOLARIDAD/NACIONALIDAD
Sigla hospital/año/n° correlativo	DD MM AAAA		/ /	/
TAMIZAJE DE CASOS				
PREGUNTAS DE SCREENING Para las preguntas 1 a 5 especificar: 0 = La condición no se presentó durante la hospitalización 1 = Paciente ingresa con la condición al hospital (dg de ingreso) 2 = La condición se desarrolló dentro de las 12 horas desde ingreso al hospital 3 = La condición se desarrolló después de 12 horas del ingreso al hospital 4 = Información no disponible/desconocida/no aplicable A. Complicaciones severas / Condiciones de potencial riesgo vital <input type="checkbox"/> A0 Hemorragia postparto severa <input type="checkbox"/> A1 Preeclampsia severa <input type="checkbox"/> A2 Eclampsia <input type="checkbox"/> A3 Sepsis o infección sistémica grave <input type="checkbox"/> A4 Rotura uterina <input type="checkbox"/> A5 Otra () B. Intervenciones críticas / Admisión a Unidad de Cuidados Intensivos <input type="checkbox"/> B0 Uso de productos sanguíneos (cualquier transfusión) <input type="checkbox"/> B1 Radiología intervencional (embolización) <input type="checkbox"/> B2 Laparotomía <input type="checkbox"/> B3 Admisión a Unidad de Cuidados Intensivos C. Insuficiencia de órganos / Condiciones de amenaza vital <input type="checkbox"/> C0 Disfunción cardiovascular: shock, administración continua de drogas vasoactivas, paro cardíaco, reanimación cardiopulmonar, hipoperfusión severa (lactato > 45 mg/dL o > 5 mM/L) o acidosis severa (pH < 7,1). <input type="checkbox"/> C1 Disfunción respiratoria: cianosis aguda, boqueo, taquipnea > 40 x', bradipnea < 6 x', hipoxemia severa (PAO ₂ /FIO ₂ < 200 o SAT O ₂ < 90% por ≥ 1 hora) o intubación o ventilación no relacionado a anestesia <input type="checkbox"/> C2 Disfunción renal: Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos, diálisis en caso de insuficiencia renal aguda o azotemia aguda severa (creatinina ≥ 3,5 mg/dl o ≥ 300 μM/L) <input type="checkbox"/> C3 Disfunción de coagulación / hematológica: Falla para formar coágulos, trombocitopenia aguda severa (< 50.000 plaquetas/ml) o transfusión masiva de sangre o glóbulos rojos (≥ 5 unidades)- INR > 2- Fibrinógeno < 50 <input type="checkbox"/> C4 Disfunción hepática: Ictericia en presencia de Preeclampsia e hiperbilirrubinemia aguda severa (bilirrubina > 2 mg/dL) <input type="checkbox"/> C5 Disfunción neurológica: Pérdida de conciencia prolongada o coma (> 12 horas), accidente cerebrovascular, estatus epiléptico o parálisis generalizada <input type="checkbox"/> C6 Disfunción uterina: Hemorragia o infección que lleve a histerectomía D. Muerte materna <input type="checkbox"/> D0 Muerte durante el embarazo o primeros 42 días postparto <input type="checkbox"/> D1 Muerte después de los 42 días de resuelto el embarazo		I. Vía de parto / Modo de resolución del embarazo <input type="checkbox"/> E4 1 = Parto vaginal 5 = Método médico para evacuación uterina 2 = Cesárea 6 = Laparotomía por embarazo ectópico 3 = Aborto completo 7 = Laparoscopia por embarazo ectópico 4 = Legrado / Aspiración 8 = Alta o muerte aún embarazada 9 = Desconocido J. Mejor estimación de la edad gestacional en semanas completadas (obstétrica o neonatal) Al parto o aborto (no aplicable si I = "8") <input type="checkbox"/> E5 Al alta o muerte materna (aplicable si I = "8") <input type="checkbox"/> E6 K. Con respecto al estado vital del recién nacido especifique: 0 = Vivo 1 = Muerto Al nacimiento <input type="checkbox"/> E7 Al alta o a los 7 días de vida si aún está hospitalizado <input type="checkbox"/> E8		
CONSIDERAR 1. Si la respuesta fue "1" o "2" a cualquier pregunta de A a D, continúe con las preguntas 5 a 14. 2. Si la respuesta fue "0" a las preguntas A a D, la paciente no es elegible para esta evaluación. No responda las preguntas posteriores 3. En caso de duda en las preguntas A a D, consultar al médico tratante. 4. En las preguntas 5 a 14, si la información no está disponible, es desconocida o no es aplicable, completar con "4" MMG: Complicación severa y/o intervención crítica. Siempre debe presentar alguna insuficiencia de órganos.		INDICADORES DE PROCESO L. Sobre las condiciones al ingreso al hospital y el proceso de referencia, especificar: 0 = No, 1 = Sí <input type="checkbox"/> F0 Aborto o parto antes de llegar a cualquier centro de salud <input type="checkbox"/> F1 Parto dentro de 3 horas del ingreso al centro de salud <input type="checkbox"/> F2 Laparotomía dentro de 3 horas de ingreso al hospital o en otro centro <input type="checkbox"/> F3 Paciente trasladada desde otro hospital <input type="checkbox"/> F4 Paciente trasladada a otro centro de mayor complejidad Sobre el uso de intervenciones, especificar si la paciente recibió cualquiera de las siguientes: 0 = No, 1 = Sí M. Prevención de hemorragia postparto <input type="checkbox"/> M0 Oxitocina <input type="checkbox"/> M1 Otro uterotónico N. Tratamiento de hemorragia postparto <input type="checkbox"/> N0 Oxitocina <input type="checkbox"/> N5 Remoción de restos ovulares <input type="checkbox"/> N1 Ergometrina <input type="checkbox"/> N6 Tamponamiento con balón o compresas <input type="checkbox"/> N2 Misoprostol <input type="checkbox"/> N7 Ligadura arterial (uterina o hipogástrica) <input type="checkbox"/> N3 Otro uterotónico <input type="checkbox"/> N8 Histerectomía <input type="checkbox"/> N4 Ácido tranexámico <input type="checkbox"/> N9 Packing abdominal <input type="checkbox"/> N10 Suturas Compresivas O. Anticonvulsivantes <input type="checkbox"/> O0 Sulfato de magnesio <input type="checkbox"/> O1 Otro anticonvulsivante () P. Antibióticos <input type="checkbox"/> P0 Profilaxis antibiótica durante cesárea <input type="checkbox"/> P1 Antibióticos parenterales terapéuticos Inducción de madurez pulmonar <input type="checkbox"/> K0 Corticoides (Betametasona o Dexametasona)		
INFORMACIÓN MATERNA Y PERINATAL E. Fecha de ingreso a urgencia DD MM AAAA HORA <input type="checkbox"/> E0 F. Fecha de ingreso hospitalizados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E1 G. Fecha de la resolución del embarazo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E2 H. Fecha de alta hospitalaria o defunción <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E3		CAUSA SUBYACENTE DE MORTALIDAD / MMG Q. Por favor especifique: 0 = No, 1 = Sí <input type="checkbox"/> Q0 Embarazo con resultado de aborto (aborto o ectópico) <input type="checkbox"/> Q1 Hemorragia obstétrica <input type="checkbox"/> Q2 Trastornos hipertensivos <input type="checkbox"/> Q3 Infección asociada al embarazo <input type="checkbox"/> Q4 Otras enfermedades o complicaciones obstétricas () <input type="checkbox"/> Q5 Complicaciones o enfermedades médicas/quirúrgicas/mentales <input type="checkbox"/> Q6 Complicación del manejo no anticipada <input type="checkbox"/> Q7 Condiciones coincidentes/recurrentes <input type="checkbox"/> Q8 Desconocido CONDICIONES CONTRIBUYENTES O ASOCIADAS R. Por favor especifique: 0 = No, 1 = Sí <input type="checkbox"/> R0 Anemia <input type="checkbox"/> R3 Trabajo de parto prolongado u obstruido <input type="checkbox"/> R1 Infección por VIH <input type="checkbox"/> R4 Asociado a problema anestésico <input type="checkbox"/> R2 Cesárea previa <input type="checkbox"/> R5 Otra condición especificada en normas locales <input type="checkbox"/> R6 TUS		



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual – Datos complementarios
Morbilidad materna extrema. Cod INS 549



La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-075 V:01 2020-03-06

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
--	-----------------------	------------------------------------

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

5. SISTEMA DE REFERENCIA

5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra institución? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 Institución de referencia 1	5.3 Institución de referencia 2	5.4 Tiempo del trámite de remisión [] [] Horas
--	--	--	--

6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

6.1 Número de gestaciones [] []	6.2 Partos vaginales [] []	6.3 Cesáreas [] []	6.4 Abortos [] []	6.5 Molos [] []	6.6 Ectópicos [] []	6.7 Muertos [] []
6.8 Vivos [] []	6.9 Fecha de terminación de la última gestación (dd/mm/aaaa) [] [] - [] [] - [] [] [] []		Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores			
6.13 Terminación de la gestación <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 2. Parto <input type="radio"/> 3. Parto instrumentado <input type="radio"/> 4. Cesárea <input type="radio"/> 5. Continúa embarazada			6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación <input type="radio"/> 1. Antes <input type="radio"/> 2. Durante <input type="radio"/> 3. Después			
			6.11 Número de controles prenatales [] [] [] []	6.12 Semanas al inicio CPN [] [] [] []		

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

7.1. Relacionados con disfunción de órgano						TOTAL DE CRITERIOS [] [] <small>(Valor calculado de forma automática)</small>
7.1.1 Cardiovascular	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.4 Cerebral	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
7.1.2 Renal	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.5 Respiratoria	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
7.1.3 Hepática	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.1.6 Coagulación/Hematológica	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
7.2. Relacionados con enfermedad específica						
7.2.1 Eclampsia	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.4 Hemorragia obstetrica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
7.2.2 Preeclampsia severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2.5 Ruptura uterina	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
7.2.3 Sepsis o infección sistémica severa	<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No					
7.3. Relacionados con el manejo						
7.3.1. Cirugía adicional		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No				

8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

8.1. Si en el numeral 7.3.1 marcó SI, indique que cirugía		8.2 Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)	[] [] [] [] [] []
CIRUGIA 1	<input type="radio"/> 1. Histerectomía <input type="radio"/> 2. Laparatomía <input type="radio"/> 3. Legrado <input type="radio"/> 4. Otra	8.3 Dias de estancia hospitalaria	[] [] Fecha de egreso – fecha de hospitalización <small>(Valor calculado de forma automática)</small>
Cuál?	_____	8.4 Egreso	<input type="radio"/> 1. Sale para la casa <input type="radio"/> 2. Sale remitida
Cuál?	_____		

9. CAUSAS DE MORBILIDAD

9.1 Causa principal (CIE 10):	Código	[] [] [] [] [] []
9.1.1 Causa principal agrupada <small>(Calculado de forma automática de acuerdo con lo registrado en 9.1)</small>		
<input type="radio"/> 1. Trastornos hipertensivos <input type="radio"/> 2. Complicaciones hemorrágicas <input type="radio"/> 3. Complicaciones de aborto <input type="radio"/> 4. Sepsis de origen obstétrico <input type="radio"/> 5. Sepsis de origen no obstétrico <input type="radio"/> 6. Sepsis de origen pulmonar <input type="radio"/> 7. Enfermedad preexistente que se complica <input type="radio"/> 8. Otra causa		
Causas asociadas	Código	[] [] [] [] [] []
9.2 Causa asociada 1 (CIE 10):	Código	[] [] [] [] [] []
9.3 Causa asociada 2 (CIE 10):	Código	[] [] [] [] [] []
9.4 Causa asociada 3 (CIE 10):	Código	[] [] [] [] [] []

Correo: sivigila@ins.gov.co

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS BÁSICOS

Definición

La ficha de notificación de Datos Básicos es un instrumento que permite obtener **información prioritaria** de las **variables de tiempo, lugar y persona** para la notificación de los diferentes eventos de interés en salud pública, con el fin de diferenciar claramente las características propias de las poblaciones que se ven asociadas a los eventos notificados (variables universales), los lugares y momentos específicos en los que se presentan.

Consideraciones generales

Para el diligenciamiento de la ficha de datos básicos, es importante tener en cuenta los aspectos que se numerarán a continuación, con el fin que la información allí consignada cumpla con los criterios de calidad y veracidad del dato:

1. Diligencie con letra impresa, clara y legible; recuerde que la ficha de notificación es un **DOCUMENTO MÉDICO LEGAL**, por lo tanto es necesario que **evite enmendaduras o tachones** durante su diligenciamiento.
2. Utilice preferiblemente esfero de tinta negra para el diligenciamiento de la ficha de notificación.
3. La ficha debe ser diligenciada en su totalidad.
4. Tenga en cuenta que dependiendo la variable puede o no tener múltiples opciones de respuesta. Por lo anterior, las variables cuyas categorías estén designadas con un (círculo) significa que esa variable tiene una **ÚNICA** opción de respuesta. Por el contrario las variables que están señaladas con un (cuadrado), significa que tiene **MÚLTIPLES** opciones de respuesta.
5. Escriba una letra o número por casilla.
6. Verifique que las variables Código de evento y nombre del evento, coincidan.
7. Verifique que las variables código de UPGD, número de identificación, tipo de documento y código del evento, estén diligenciadas correctamente, con el fin de evitar contratiempos en la notificación.
8. Recuerde que cuando el evento requiere datos complementarios es necesario diligenciar también la ficha de datos específicos "Cara B", la cual encontrará en la página web del INS, con el nombre del evento.

Excepciones: en los eventos Bajo peso al nacer y Muerte perinatal y neonatal tardía, los datos básicos corresponden a los datos de la madre.

1. INFORMACIÓN GENERAL			
VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
1.1 Código de UPGD	Diligencie el código de habilitación del prestador. Tenga en cuenta: Departamento: se relaciona con el código del departamento al que pertenece la institución (código DIVIPOLA del DANE) y corresponde a los dos primeros dígitos. Municipio: los tres dígitos sumados a los anteriores, identifican el municipio donde se encuentra ubicada la institución y corresponden al código DIVIPOLA del DANE. Código: el primer dígito de este grupo, corresponde al número asignado cuando la institución se encuentra en el registro de habilitación de prestadores de salud (REPS). Tenga en cuenta que si la UPGD pertenece a la Policía Nacional el dígito debe ser 7, si pertenece a fuerzas militares debe ser 8. Si son unidades informadoras que no tienen código de habilitación debe ser 9. Los cuatro dígitos siguientes son asignados por el departamento-municipio cuando son unidades informadoras; de lo contrario son asignados por el REPS. Sub-índice: identifica el número de sede al que pertenece la institución cuando la UPGD tiene más de una (la sede principal siempre es 01). Cuando terminan en 80, se relacionan con UPGD que pertenecen al ejército nacional; 81, a la Armada; 82, a la fuerza aérea; 83, hospital militar; 85 EAPB y 99, identifican los establecimientos penitenciarios y carcelarios.	Registre el código de habilitación por el módulo de caracterización de UPGD antes de iniciar la notificación. Recuerde clasificar la UPGD como Activa = SI, en el módulo de caracterización de UPGD.	SI
1.2 Nombre del evento	Nombre del evento y código de acuerdo al listado de clasificación establecido por el Instituto Nacional de Salud.	* Tener en cuenta que el nombre y el código del evento deben coincidir para evitar confusiones durante la sistematización.	SI
1.3 Fecha de notificación	Fecha en la que se está informando el evento al siguiente nivel por cualquier mecanismo, en especial para los eventos de notificación inmediata. Formato día-mes-año	* La fecha de notificación debe ser mayor o igual a la fecha de inicio de síntomas y a la fecha de consulta.	SI
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento	Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable. Tenga en cuenta que si el paciente es menor de edad y no tiene identificación deberá ingresarlo como "MS" y el número de identificación deberá seguir las indicaciones del apartado 2.2. En caso que el paciente sea mayor de edad y no tiene identificación deberá ingresarlo como "AS" y el número de identificación deberá seguir las indicaciones del apartado 2.2.	El tipo de documento debe ser consistente con la edad del paciente.	SI
2.2 Número de identificación	El estándar de longitud de caracteres del número de identificación acorde al tipo de identificación, se define en el "Diccionario de elemento de datos el estándar" lenguaje común de intercambio de información (MinTIC), de la siguiente manera: RC: entre 8 ó 10 ú 11 dígitos TI: 10 y 11 dígitos CC: entre 8 y 17 dígitos CE: menor a 11 dígitos PA: menor a 19 dígitos Menor sin identificación: para este último ingrese el documento de la madre con el consecutivo respectivo al número de nacimiento. Mayor sin identificación: para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD. PE: menor a 18 dígitos CN: 9 dígitos En adopción de la Circular Externa 000029 del 16 de agosto de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye validación para la identificación de extranjeros de acuerdo al estándar internacional ISO 3166-1 para los siguientes tipo de documento: en CE, PA, AS, MS, de esta manera se aumenta la longitud de captura en 3 dígitos más para cada uno.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
2.3 Nombres y apellidos del paciente	Corresponde a los nombres y apellidos del paciente textual al documento de identificación.	* El primer nombre y primer apellido son obligatorios para el sistema, de lo contrario no le permitirá continuar con la sistematización de la información.	SI
2.4 Teléfono	Corresponde al número telefónico (fijo o celular) donde pueda ubicarse al paciente. Es necesario anteceder el número indicativo del departamento o distrito, ejemplo, para marcar a Bogotá, (1) 2302162. Tenga en cuenta que el diligenciamiento correcto de esta variable permitirá contactar al paciente en caso de ser requerido.	* Si no es posible obtener el número telefónico, diligencie esta variable "SIN INFORMACIÓN". De lo contrario se tomará arbitrariamente durante la sistematización de la ficha.	SI
2.5 Fecha de nacimiento	Para el evento de Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal los datos en la ficha de datos básicos corresponden a los de la mamá. Formato día-mes-año.	El ingreso de la fecha de nacimiento permitirá el cálculo de la semana epidemiológica para Sifilis congénita y Síndrome de rubéola congénita.	NO
2.6 Edad	Reporte la edad cumplida. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento.	El sistema calcula la edad si se tiene la fecha de nacimiento.	SI
2.7 Unidad de medida de la edad	Cantidad estandarizada en la que se mide el tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.	* En los casos donde el tipo de identificación sea CC, TI o CE se toma la unidad de medida 1 * Tenga en cuenta que la variable debe coincidir con el tipo de identificación del paciente, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. La unidad de medida 0="no aplica" solo puede ser utilizada para el evento 215 defectos congénitos, cuando el diagnóstico se realiza prenatal	SI

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS BÁSICOS

2.8 Sexo	Se relaciona con el sexo del paciente relacionado con la notificación. M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado Los eventos Mortalidad Perinatal y Bajo Peso al Nacer capturan datos de la madre. El sexo I=Indeterminado aplica únicamente para Defectos Congénitos.	* Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL_CUJAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validación que permita validarla con el nombre del paciente.	SI
2.9 Nacionalidad	Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación.	Seleccione el país correspondiente a la nacionalidad según la lista establecida.	SI
2.10 País de ocurrencia del caso	Indague al caso o familiar del mismo, respecto al país donde ocurrió la exposición al evento de interés en salud pública a notificar. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasiono el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad.	* Tener en cuenta el diligenciamiento correcto de esta variable en la ficha, debido a que su ausencia se tomaría por defecto en el sistema como "país donde ocurre el caso - Colombia"	SI
2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	Ingrese el nombre del departamento y municipio de donde proviene/ocurre el caso. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasiono el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad.	Revisar que el Municipio coincida con el Departamento. Recuerde que pueden haber coincidencias en el nombre del Municipio en diferentes Departamentos.	SI
2.12 Área de ocurrencia del caso	1. Cabecera Municipal: es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio. 2. Centro Poblado: Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental. 3. Rural Disperso: es el área que se caracteriza por la dispersión de viviendas y explotaciones agropecuarias. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas y demás. Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.	* Variable de única selección. No se puede ingresar al sistema más de una categoría.	SI
2.13 Localidad de ocurrencia	Ingrese el nombre de la localidad donde ocurrió el caso. Tenga en cuenta que esta variable aplica para los Distritos como Bogotá, Municipios como Medellín y Cali, entre otros; los cuales están sectorizados internamente según el departamento de planeación municipal. Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal"	SI
2.14 Barrio de ocurrencia del caso	Ingrese el nombre del barrio donde ocurrió el caso. Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal". La codificación depende de la tabla de barrios definidos por la entidad territorial.	SI
2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionado en la variable 2.11 Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11	SI
2.16 Vereda/zona	Ingrese el nombre de la vereda o zona donde ocurrió el caso. Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "rural disperso"	SI
2.17 Ocupación del paciente	Describa claramente la ocupación principal de paciente (en el caso que aplique).	* La codificación de la ocupación está a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88)	SI
2.18 Tipo de régimen en salud	Se relaciona con el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, en el que se encuentra el caso que está siendo notificado o su acudiente. Variable de única respuesta. P= Excepción: régimen de seguridad social de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas C= Contributivo: sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud. E= Especial: regímenes de seguridad social de los afiliados a la Policía Nacional, Fuerzas Militares, Armada, Fuerza Aérea. S= Subsidiado: El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. N= No asegurado I= Indeterminado/ pendiente: esta opción debe ser utilizada exclusivamente para ajuste por las EAPB, cuando el caso no corresponde a esta y requiere verificación en el nivel nacional	* Para la sistematización de la información, se toma una sola categoría de respuesta.	SI
2.19 Nombre de la administradora de salud	Ingrese el nombre de la empresa que presta los servicios de salud al caso la cual deberá ser acorde al tipo de régimen en salud.	* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta el nombre de la administradora que debe coincidir con la categoría seleccionada en la variable 2.17	SI
2.20 Pertenencia étnica	"La pertenencia étnica se define como patrimonio cultural compartido por un grupo de personas", las definiciones para cada uno de los grupos étnicos son: Indígena: persona de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios. Si diligencia esta opción deberá elegir el grupo étnico al que pertenece. Rom, Gitano: Son comunidades que tienen una identidad étnica y cultural propia; se caracterizan por una tradición nómada, y tienen su propio idioma que es el romanés. Raizal: Población ubicada en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes tienen rasgos socioculturales y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana. Palenquero: Población ubicada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, donde se habla el palenquero, lenguaje criollo. Neegro o afrocolombiano: persona de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, y tienen sus propias tradiciones y costumbre dentro de la relación campo-poblado. Tenga en cuenta que esta variable se diligencia con base a lo que el paciente manifiesta, mas no a la percepción de quien está diligenciando la ficha.	* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable. Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.21 Estrato	Estrato socio-económico donde esta ubicada la vivienda del paciente, estos son: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto	Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente	La variable tiene múltiples opciones de respuesta que se pueden diligenciar dependiendo de lo referido por el paciente o de lo observado por quien está diligenciando la ficha de notificación, a continuación se definen algunas poblaciones relevantes para tener mayor claridad: Migrante: persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica, 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OMM). Desmovilizado: Aquel que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es grupos guerrilleros y de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República (Decreto 128 de 2003). Desplazados: Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1992/23). Si no pertenece a algún grupo poblacional, se sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales".	* Para la sistematización de la información se hace necesario marcar la/s categorías de respuesta necesarias según corresponda. Si no pertenece a algún grupo se toma como "otros grupos poblacionales"	SI

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS BÁSICOS

3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente	Corresponde a la fuente de la notificación lo cual influye en el análisis de datos y en las acciones de vigilancia y control, las posibles fuentes son: 1. notificación rutinaria, 2. Búsqueda Activa Institucional, 3. Vigilancia intensificada, 4. Búsqueda Activa Comunitaria y 5. Investigaciones		
3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente	Nombre del departamento y municipio donde reside el paciente al momento de la notificación. Nota: Para definir residencia acogemos el concepto de la Ley 1607 de 2012 que establece que una persona es residente de algún lugar geográfico si "permanece continua o discontinuamente en el país por más de ciento ochenta y tres (183) días calendario incluyendo días de entrada y salida.		SI
3.3 Dirección de residencia	Dirección donde se encuentra ubicada la residencia del paciente al momento de la notificación acorde a los parámetros establecidos en el numeral 3.2		SI
3.4 Fecha de consulta	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que consultó el paciente por el evento notificado.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de consulta NO puede ser mayor a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la fecha de notificación.	SI
3.5 Fecha de inicio de síntomas	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha del primer día en que el paciente inició síntomas del evento acorde a la definición de caso.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de inicio de síntomas NO debe ser superior a la fecha de consulta y a la fecha de notificación. Si esto sucede se tomará como un error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la fecha de notificación.	SI
3.6 Clasificación inicial del caso	En la notificación inicial, seleccione únicamente una categoría de la variable. Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual es acorde a lo descrito en el protocolo. Es importante que aquellos eventos que ingresan probables y sospechosos, sean ingresados con esa clasificación ya que se entenderá que son detectados de forma oportuna, de lo contrario, es decir, si ingresan confirmados, corresponden a una falla en la pronta identificación del evento.	*Para la sistematización, los valores permitidos en esta variable dependen del evento que se va a notificar.	SI
3.7 Hospitalizado	Marque con una X la opción según corresponda. Hospitalización debida al evento que se está notificando.	* Ingrese la información solicitada, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso.	SI
3.8 Fecha de hospitalización	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fue hospitalizado como consecuencia del evento que se está notificando.	* Tenga en cuenta que para la sistematización la fecha de hospitalización no puede ser inferior a la fecha de consulta, ni a la fecha de notificación.	SI
3.9 Condición final	Variable de única selección. 0 = Solo aplica cuando se capte el caso por BAI y se desconoce el dato, o para defectos congénitos cuando la unidad de medida es "0" 1 = Vivo 2 = Muerto Tenga en cuenta que es importante establecer si la muerte fue debida al evento de interés en salud pública para diligenciar esta variable.	* Tenga en cuenta que para la sistematización de la información se debe diligenciar la condición final del paciente al momento de la notificación, la cual se derive del evento que se está notificando.	SI
3.10 Fecha de defunción	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fallece como consecuencia del evento que se esta notificando. Se debe diligenciar si en la variable "3.8 Condición final" es 2 = Muerto"	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto".	SI
3.11 Número de certificado de defunción	Número consecutivo que aparece en la parte superior derecha del certificado de defunción diligenciado si la "3.8 Condición final" es 2 = Muerto"	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto". Debe estar diligenciado el registro, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización de la ficha.	SI
3.12 Causa básica de muerte	Diagnóstico CIE X, que ocasionó la muerte del caso y que esta relacionado con el evento de interés en salud pública.	* Se diligencia una vez la respuesta de la variable 3.8 sea "2 = Muerto"	SI
3.13 Nombre de profesional que diligencia la ficha	Nombre de la persona que diligenció la ficha de notificación en la UPGD o UI	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la fecha de notificación.	SI
3.14 Teléfono	Número telefónico de contacto de la persona que realiza la notificación, preferiblemente el número celular para poder contactarlo en caso de ser requerido.	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la fecha de notificación.	SI
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso. (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 0 = No aplica 3 = Confirmado por laboratorio 4 = Confirmado por clínica 5 = Confirmado por nexos epidemiológico 6 = Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, etc. 7 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, Upgd, número de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso. D = Error de digitación por las siguientes razones: - el evento notificado es errado, por ejemplo, se digitaron los datos para el evento parotiditis y realmente se trataba de un caso de varicela. - cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año, semana epidemiológica, código de prestador, código sub-índice del prestador, tipo de identificación y número de identificación) fueron mal digitadas, ya que es posible modificarlas una vez hayan sido notificadas (generación del archivo plano).	Los tipos de ajuste permitidos y los tiempos para el ajuste de casos, se encuentran definidos en los protocolos de vigilancia en salud pública.	SI
4.2 Fecha de ajuste	Formato día/mes/año; corresponde a la fecha en la que se ajustó la clasificación inicial del caso.		SI

Recomendações para o estabelecimento de um sistema nacional de vigilância da morbidade materna extremamente grave na América Latina e no Caribe

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS MME (Cód INS: 549)			
VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable.	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	SI
Fecha de consulta	PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA LA FECHA DE CONSULTA Y DE HOSPITALIZACIÓN HACE REFERENCIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE AL MENOS UNO DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA.		SI
Fecha de hospitalización			SI
5. SISTEMA DE REFERENCIA			OBLIG
5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra Institución?	Al momento de la presentación del caso, verifique si la paciente fue remitida desde otra institución de salud. Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Señale la opción según corresponda. Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
5.2 Institución de referencia 1	Diligencie el nombre de la institución desde donde se realizó la remisión del paciente.	Ingrese el nombre de la institución desde donde fue remitida la paciente, y marque en la tabla de referencia el código de la institución, según corresponda. Tenga en cuenta que debe existir coincidencia entre el nombre y el código. OBLIGATORIA si la respuesta en la variable 5.1 es SI.	NO
5.3 Institución de referencia 2	Diligencie el nombre de la institución desde donde se realizó la remisión de la paciente hacia la institución 1.	Ingrese el nombre de la institución desde donde fue remitida la paciente, y marque en la tabla de referencia el código de la institución, según corresponda. Tenga en cuenta que debe existir coincidencia entre el nombre y el código.	NO
5.4 Tiempo del trámite de remisión	Ingrese en horas, el tiempo que duró el proceso administrativo que autoriza la remisión, en el caso que la paciente haya sido remitida.	Variable que se activa al ingresar en la variable 5.1 opción Si	NO
6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
6.1 a 6.8	Ingrese el dato en valores absolutos según corresponda.	Variable con rango entre 0 a 19	SI
6.9 Fecha de terminación de la última gestación	En la situación en que el caso halla tenido un embarazo previo al relacionado con el evento, ingrese la fecha en la que fue la terminación del mismo.	Variable depende de la respuesta de variable "6.1 Número de gestaciones". Variable que se activa cuando ingresa en la variable 6.1 = 1 (SI)	NO
6.11. Número de controles prenatales	Ingrese el dato en valores absolutos según corresponda.	Variable con rango entre 0 a 50	SI
6.12 Semanas al inicio de CPN	Ingrese en números absolutos, las semanas de gestación que tenía al iniciar los controles prenatales. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Variable que tiene valores entre 0 a 40. Depende de la respuesta ingresada en la variable "6.1. Número de gestaciones"	SI
6.13 Terminación de la gestación	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que la respuesta se relaciona con el medio por el cual terminó el embarazo. De no ser así marque la opción 5. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
6.14 Edad de gestación al momento de la ocurrencia	Ingrese en números absolutos, la edad gestacional en semanas al momento de presentarse el evento. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Indique en números absolutos la edad gestacional en semanas. Variable que permite valores entre 1 hasta 50.	SI
6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación	Marque con una X la opción según corresponda. Se relaciona con el momento en el que ocurrió el evento relacionado con el parto o terminación de la gestación. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN			OBLIG
7.1 Relacionados con disfunción de órgano	Tenga en cuenta las opciones que tiene la variable, de las cuales la paciente puede presentar más de un criterio. Marque 1=Si, en las que presente la paciente.	Variable que debe ser diligenciada a partir de los eventos presentados por el caso.	SI
7.2 Relacionados con enfermedad específica		En el sistema debe marcar Si o No según la respuesta.	
7.3 Relacionados con el manejo		Tenga en cuenta que para clasificar el caso como una Morbilidad Materna Extrema, debe cumplir al menos uno de los criterios de inclusión establecidos en el protocolo.	
Total criterios	La herramienta Sivigila calcula de forma automática el número de criterios del caso, teniendo en cuenta la sumatoria de los criterios anteriormente mencionados	Cálculo automático. Valor mínimo permitido 1 Valor máximo permitido 14	SI
8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO			OBLIG
8.1. Si en el numeral 7.3.1 marcó SI, indique que cirugía	Marque con una X la opción según corresponda	Se activa y es OBLIGATORIA si la respuesta a la variable "7.3.1 "Cirugía adicional es 1 = Si	NO
¿Cuál otra?	Mencione textualmente el procedimiento quirúrgico recibido.	Depende de la respuesta de la variable 8.4 opción 4 = Otra.	NO
Cirugía adicional 2	Marque con una X la opción según corresponda. Si la paciente recibió dos procedimientos quirúrgicos durante la presencia del evento, marque en cada una de las opciones 1 y 2 el tipo de cirugía realizada, de lo contrario deje en blanco.	Depende de la respuesta de la variable 7.3 Manejo específico, categoría 7.3.1 opción 1 = Si.	NO
¿Cuál otra?	Mencione textualmente el procedimiento quirúrgico recibido.	Depende de la respuesta de la variable 8.4 opción 4 = Otra.	NO
8.2 Fecha de egreso	Formato día-mes-año. Ingrese la fecha en la que la paciente salió de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.		SI

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS MME (Cód INS: 549)			
VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
8.3 Días de estancia hospitalaria	La herramienta Sivigila calcula de forma automática los días de estancia hospitalaria, teniendo en cuenta la diferencia entre la fecha de egreso y la fecha de hospitalización. Para su cálculo ambas fechas deben estar diligenciadas.	Variable numérica que permite valores mayores o igual a 1. Es importante aclarar que los días de estancia hospitalaria corresponde al total de días hospitalización en la institución de salud, independiente del servicio en el que estuvo hospitalizado. Corresponde a la diferencia entre la fecha de egreso y la fecha de hospitalización.	SI
8.4 Egreso	Ingrese tipo de egreso que tuvo la paciente: 1. Sale para la casao 2. Sale remitida	Diligencie la variable según el egreso de la paciente en su institución de salud	NO
9. CAUSAS DE MORBILIDAD			OBLIG
9.1 Causa principal CIE 10	Ingrese el nombre del diagnóstico de la causa principal de morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	SI
9.1.1 Causa principal agrupada	Las opciones de que puede marcar con una X según corresponda el código CIE10 registrado en la causa principal de la MME (ver Documento 3. Códigos CIE10 para causa agrupada MME) 1. Trastornos hipertensivos 2. Complicaciones hemorrágicas 3. Complicaciones del aborto 4. Sepsis de origen obstétrico 5. Sepsis de origen no obstétrico 6. Sepsis de origen pulmonar 7. Enfermedad preexistente que se complica 8. Otra causa	Diligencie el espacio según corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
9.2 Causa asociada (CIE 10)	Ingrese diagnóstico de la causa asociada 2 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	NO
9.3 Causa asociada (CIE 10)	Ingrese diagnóstico de la causa asociada 3 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	NO
9.4 Causa asociada (CIE 10)	Ingrese diagnóstico de la causa asociada 4 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente.	De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema.	NO

Ficha de notificação individual para morbidade materna extremamente grave da Colômbia



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual



Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL FOR-R02.0000-001 V:09 2020-03-06

1.1 Código de la UPGD <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento Municipio Código Sub-Índice				Razón social de la unidad primaria generadora del dato			
1.2 Nombre del evento				Código del evento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN				2.2 Número de identificación			
<small>*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO</small>							
2.3 Nombres y apellidos del paciente					2.4 Teléfono		
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica		2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino		2.9 Nacionalidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.10 País de ocurrencia del caso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Departamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.12 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado			
2.13 Localidad de ocurrencia del caso		2.14 Barrio de ocurrencia del caso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso		2.16 Vereda/zona		
2.17 Ocupación del paciente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.18 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente		2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
2.20 Pertenencia étnica <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro		Grupo étnico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2.21 Estrato			
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem. de gestación <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales							

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente País <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
3.3 Dirección de residencia						
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3.6 Clasificación inicial de caso <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico		3.7 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3.9 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3.11 Número certificado de defunción	
3.12 Causa básica de muerte <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha			3.14 Teléfono	

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización				4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
---	--	--	--	--	--

Correos: sivigila@ins.gov.co

Formulário do sistema de vigilância da morbidade materna extremamente grave de Cuba

SISTEMA DE VIGILANCIA A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE

1 - Datos Generales

Planilla generada por Halo v0.10.0 el 06/05/2019

Nombre y Apellidos		Edad	Identificador	F. Ing.
Provincia	Municipio		Área <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbana	
Ocupación <input type="radio"/> Est <input type="radio"/> Trab <input type="radio"/> Ama de casa		Escolaridad <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Pre-U. <input type="radio"/> Universitaria		
Hosp. Provincia	Hospital		<input type="checkbox"/> Remitida	
Institución1		Institución2		

2- Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestaciones	Partos vaginales	Cesáreas	Vivos	Muertos	Abortos	Ectópicos	Molas	Fecha parto anterior
-------------	------------------	----------	-------	---------	---------	-----------	-------	----------------------

3 - Atención Prenatal

Semanas a la captación	Controles prenatales	Evaluado de riesgo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Doppler de arteria uterina (22 sem) <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> x	Re-evaluación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Condiciones Identificadas		IMC Captación		Seguimiento por trimestre																									
<input type="checkbox"/> Edad extrema <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Gemelaridad <input type="checkbox"/> Diab. mellitus <input type="checkbox"/> Infec. urinaria <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Infec. vaginal <input type="checkbox"/> Malnutrición <input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Hábitos tóxicos <input type="checkbox"/> Pre eclampsia <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> No		<input type="radio"/> Obesa + 28.6 Kg/m ² <input type="radio"/> Sobre peso + 25.6 Kg/m ² <input type="radio"/> Peso adecuado + 18.8 Kg/m ² <input type="radio"/> Peso deficiente - 18.8 Kg/m ²		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hemoglobina (g/l)</th> <th colspan="3">Urocultivo</th> </tr> <tr> <th></th> <th>50 a 200 x</th> <th>+</th> <th>-</th> <th>x</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1er Trimestre</td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2d. Trimestre</td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3er Trimestre</td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Hemoglobina (g/l)	Urocultivo				50 a 200 x	+	-	x	1er Trimestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2d. Trimestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3er Trimestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hemoglobina (g/l)	Urocultivo																											
	50 a 200 x	+	-	x																									
1er Trimestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																									
2d. Trimestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																									
3er Trimestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																									

4 - Atención Hospitalaria

Lugar de Ingreso <input type="checkbox"/> Cuidados perinatales <input type="checkbox"/> UCI	Tipo de parto <input type="radio"/> Eutócico <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Inst.	Diagnóstico como MMEG al parto <input type="radio"/> Antes <input type="radio"/> Durante <input type="radio"/> Después
Causas de Morbilidad	Criterios de Morbilidad	Intervención quirúrgica
<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> PEE <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Complicaciones hemorrágicas <input type="checkbox"/> Complicaciones de aborto <input type="checkbox"/> Sepsis de origen obstétrico <input type="checkbox"/> Sepsis de origen no obstétrico <input type="checkbox"/> Sepsis de origen pulmonar <input type="checkbox"/> Complicación de enf. existente <input type="checkbox"/> Otra	Enfermedad específica <input type="checkbox"/> Shock S. <input type="checkbox"/> Shock H. <input type="checkbox"/> Eclampsia Falla orgánica <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Hepática <input type="checkbox"/> Coagulación Manejo <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Histerectomía total <input type="checkbox"/> Histerectomía subtotal <input type="checkbox"/> Salpingectomía total <input type="checkbox"/> Suturas comp. (B-Lynch/otros) <input type="checkbox"/> Ligaduras arteriales selectivas <input type="checkbox"/> Ligadura arterias hipogástricas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No
Hemorragia Causa: <input type="radio"/> 1ra mitad <input type="radio"/> 2da mitad <input type="radio"/> Posparto	Uso de ocitócicos <input type="checkbox"/> Ácido tranexámico <input type="checkbox"/> Ocitocina <input type="checkbox"/> Ergonovina <input type="checkbox"/> Misoprostol	MgSO4 (PEE) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

5 - Egreso

<input type="radio"/> Viva <input type="radio"/> Fallecida	Fecha de egreso	Estadía H.	Recién nacido <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Fallecido	EG (sem)	Peso (gr)	1' [Apgar] 5'
Causa de muerte directa		Causa de muerte indirecta				

Formulário de monitoramento epidemiológico de internações em unidades de terapia intensiva no Uruguai

Monitoreo Epidemiológico Ingresos a CTI - UCI	 Ministerio de SALUD	Comisión Nacional para Reducción de Morbimortalidad Obstétrica
--	--	---

1. Ingresar todos los casos de **USUARIAS**, que cursando un embarazo, parto, aborto o puerperio (hasta 42 días Postparto) hayan requerido ingresar a un Centro de Tratamiento Intensivo o Intermedio (ya sea en la PROPIA Institución o fuera de ella). Este formulario debe completarse mensualmente con los datos de las usuarias una vez que hayan **EGRESADO** del CTI o UCI y enviarlo al MSP comisionmm@msp.gub.uy

Institución _____ Depto. _____ Mes del relevamiento _____ Se relevan casos desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Nombre Apellido	1.Fecha de Ingreso a CTI/UCI 2.Fecha de Egreso a CTI/UCI (dd-mm-aaaa)	Departamento de residencia	Edad	C. Identidad y Nº Registro HC	Diagnóstico/s al Egreso del CTI	Ingreso al CTI con:	Estado al Egreso
	_____ _____ _____		_____ _____	_____ _____ _____	a. _____ b. _____ c. _____	Embarazo de..... semanas Puerperio de.....horas.....días Aborto espontaneo <input type="checkbox"/> Aborto inducido <input type="checkbox"/> Otra (*)	Viva <input type="checkbox"/> Muerta <input type="checkbox"/>
	_____ _____ _____		_____ _____	_____ _____ _____	a. _____ b. _____ c. _____	Embarazo de..... semanas Puerperio de.....horas.....días Aborto espontaneo <input type="checkbox"/> Aborto inducido <input type="checkbox"/> Otra (*)	Viva <input type="checkbox"/> Muerta <input type="checkbox"/>

(*) Ejemplo: embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica,

Formulário de morbidade materna extremamente grave do sistema de informação perinatal (SIP PLUS)

A seguir, apresentamos diferentes capturas de tela do formulário (Figuras A1 a A5)

Figura A1. Dados pessoais, antecedentes, gravidez atual e dados sobre a assistência ao parto

A

HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPAS/OMS
 NOME: _____ SOBRENOME: _____
 ENDEREÇO: _____
 CIDADE: _____ TELEFONE: _____

DATA DE NASCIMENTO
 dia: ____ mês: ____ ano: ____

ETNIA
 branca indígena mulata negra outra

ALFA BETA ZADA
 não sim

INSTRUÇÃO
 nenhuma prim. sec. univ. anos no último nível

ESTADO CIVIL
 casado união estável solteiro outro mora sozinho

Lugar do controle pré-natal
 Lugar do parto outro

R. G. 123456789

ANTECEDENTES

FAMILIARES
 não sim

PESSOAIS
 cirurgia geniturrinária não sim
 diabetes não sim
 hipertensão não sim
 pre-eclâmpsia não sim
 eclâmpsia não sim
 outra cond. médica grave não sim

OBSTÉTRICOS
 gestações prévias não sim
 abortos não sim
 3 espontâneos consecutivos não sim
 partos não sim
 Antecedente gemelares não sim

PARTOS: ÚLTIMO PREVIO
 n/c < 2500g não sim
 normal ≥ 4000g não sim

gestações prévias
 normal grav. ectópica

abortos
 naturais cesáreas

vaginais
 naturais cesáreas

nascidos vivos
 vivos mortos

vivem
 vivos mortos 1º sem. depois 1º sem.

FINAL GRAVIDEZ ANTERIOR
 dia: ____ mês: ____ ano: ____ inferior a 1 ano

GRAVIDEZ PLANEJADA não sim

FALHA NA CONTRACEPÇÃO
 não usava barreira DIU hormo. nat. emer. gência natural

B

GESTAÇÃO ATUAL
 dia: ____ mês: ____ ano: ____
 PESO ANTERIOR: ____ Kg ALTURA (cm): ____
 DPP: ____ DUM: ____

IG CONFIÁVEL por
 DUM Ultras <20 s não sim
 1º trim não sim
 2º trim não sim
 3º trim não sim

FUMA AT não sim

FUMA PASS não sim

DROGAS não sim

ÁLCOOL não sim

VIOLÊNCIA não sim

VACINAS
 tétano/difteria não sim antes da gestação sim durante a gestação sim após o parto

DTP não sim

influenza não sim

rubéola não sim

hepatite B não sim

hepatite A não sim

triagem hepatite B não sim

EX. NORMAL
 ODONT. não sim
 PAP não sim
 MAMAS não sim

CERVIX
 normal não sim
 anormal não sim

GRUPO Rh Rh Rh

Imuniz. não sim

TOXOPLASMOSE
 <20 sem não sim
 ≥20 sem não sim
 1ª consulta IgM não sim

Hb <20 sem não sim

Fe/FOLATOS
 indicados não sim
 Fe Folatos: ____ g

Hb ≥20 sem não sim

ESTREPTOCOCCO B
 35-37 semanas não sim
 não foi feito não sim

PREPARAÇÃO PARA O PARTO
 não sim

ORIENTAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO
 não sim

CHAGAS não sim

PALUDISMO/MALARIA
 não sim

BACTERIURIA
 normal não sim
 anormal não sim

GLICEMIA DE JEJUM
 <30 sem não sim
 ≥30 sem não sim

ESTREPTOCOCCO B
 <20 sem não sim
 ≥20 sem não sim

PREPARAÇÃO PARA O PARTO
 não sim

ORIENTAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO
 não sim

VIH - Diagn. Tratamento
 <20 sem não sim
 ≥20 sem não sim

TARV na gravidez
 solicitado não sim
 resultado não sim

SIFILIS
 Diagnóstico e tratamento não sim

Exame treponêmico
 <20 sem não sim

Exame treponêmico
 ≥20 sem não sim

Tto. do parceiro
 não sim

C

PARTO não sim

ABORTO não sim

DATA DE ENTRADA
 dia: ____ mês: ____ ano: ____

CONSULTAS PRÉ-NATAIS total
 semanas: ____ dias: ____

1ª CONSULTA
 semanas: ____ dias: ____

HOSPITALIZ. na GRAVIDEZ
 não sim

CORTICÓIDES PRENATAL
 completo incompl. nenhum n/c

INÍCIO espontâneo não sim

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO
 não sim

IDADE GEST. NO PARTO
 semanas: ____ dias: ____

APRESENTAÇÃO SITUAÇÃO
 cefálica pélvica transversa

TAMANHO FETAL ADEQUADO
 não sim

ACOMPANHANTE TP
 parceiro familiar outro nenhum

TRABALHO DE PARTO
 hora: ____ min: ____ posição da mãe: ____ PA: ____ pulso: ____ contr./10': ____ dilatação: ____ altura apres.: ____ var. posic.: ____ mecônio: ____ BCF/dips: ____

DOENÇAS
 TDP Teste + - n/r n/c
 Sífilis não sim
 VIH não sim
 TARV não sim

NASCIMENTO vivo morto pré-parto parto ignora momento

MÚLTIPLO não sim

TERMINAÇÃO
 espont. cesárea outra

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE INDUÇÃO OU PARTO OPERATÓRIO
 fórceps vácuo

POSICÃO PARTO
 sentada deitada

LACERAÇÃO
 não sim

OCITÓCICOS
 pré-parto pós-parto

PLACENTA
 completa retida

LIGADURA CORDÃO
 <1 min. 1 a 3 min.

MECÔNIO RECIBIDO
 não sim

ocitócicos em TP
 não sim

antibiot. não sim

analgesia não sim

anest. local não sim

anest. region. não sim

anest. geral não sim

transfusão não sim

sulfato de Mg não sim

pre-eclâmps. eclâm. não sim

outros (código medic 1 medic 2)
 não sim

Figura A4. Dados sobre a morbidade materna extremamente grave

Formulário: SIP Base | Sección: 8 / 9 | Nombre: - | Gesta: 1 / 1 | Único: 1 / 1

VARIÁVEIS PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS não sim

CRITÉRIOS CLÍNICOS / DISFUNÇÃO SISTÊMICA		LABORATORIO	INTERVENÇÕES
Cardiovascular Choque <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Parada cardíaca <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Hepático Ictericia em pré-eclâmpsia <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Respiratório Cianose aguda <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Respiração pfeicante (gasping) <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Taquipneia severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Bradipneia severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim	Renal Oligúria resistente a líquidos ou diuréticos <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Hematológicos / coagulação Alterações da coagulação <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Neurológico Coma <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Inconsciência prolongada > 12 hs <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Acidente vascular cerebral <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Convulsões incontroláveis / estado de mal epilético <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Paralisia generalizada <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim	Laboratório Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Creatinina ≥ 300 micromoles/l ou ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Biliirrubina > 100 micromoles/l ou > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim pH < 7,1 <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Sat Hb < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Lactato > 5 µmol/L ou 45 mg/dl <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim	Administração contínua de agentes vasoativos <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Qualis: _____ Entubação e ventilação não relacionada com a anestesia <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim dias: [] [] [] Administração ≥ 3 UI de hemoderivados <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Internação em UTI ≥ 7 dias <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim dias: [] [] [] Histerectomia <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Diálise em caso de IRA <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim Reanimação cardiorrespiratória <input type="radio"/> não <input checked="" type="radio"/> sim dias: [] [] []

Crítérios Near Miss: FLASOG ≥ 3 UI OMS ≥ 5 UI

Figura A5. Dados sobre o puerpério e a alta materna

Formulário: SIP Base | Sección: 9 / 9 | Nombre: - | Gesta: 1 / 1 | Único: 1 / 1

dia	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter.	lôquios	perineo	aleitamento	observações	Responsável	ALTA MATERNA		CONDICÃO NA ALTA					
										dia	mês	ano	hora	min	saudável	NA	com patologia
1 ^{er}																	
2 ^o																	
3 ^{er}																	
5 ^a a 10 ^a																	

TIPO DE ALTA: obito contra-recomendação médica alta médica

RESPONSÁVEL: _____

ACONSELHAMENTO contracepção: oral escrito nenhum

CONTRACEPÇÃO

Iniciou MAC não sim

ACO "pílula" solicitou recebeu não sim

Outro hormonal (anel vaginal, adesivo, AE) solicitou recebeu não sim

DIU solicitou recebeu não sim

ECV masc. solicitou recebeu não sim

implante solicitou recebeu não sim

injetável solicitou recebeu não sim

barreira solicitou recebeu não sim

preservativo solicitou recebeu não sim

ECV fem solicitou recebeu não sim

abstinência solicitou recebeu não sim

Do ponto de vista fisiopatológico, a morte é o resultado final de um amplo espectro de complicações que provocam a disfunção de múltiplos órgãos. No entanto, há um grupo de mulheres que consegue sobreviver apesar de apresentar um quadro grave — um resultado que depende principalmente da qualidade dos serviços de saúde prestados por um país ou instituição. Dessa forma, esta publicação propõe um sistema de vigilância epidemiológica do indicador de morbidade materna extremamente grave (MMEG), que permite estimar a morbidade associada a doenças e complicações desenvolvidas durante a gravidez, parto ou puerpério, aprofundar a compreensão sobre mortes maternas evitáveis, incorporar aspectos de segurança do paciente e contribuir para detectar deficiências nos sistemas de saúde.

Este trabalho é parte do objetivo mais amplo da Organização Pan-Americana da Saúde de reduzir a mortalidade materna e fortalecer a vigilância epidemiológica da saúde materna ao nível nacional. A ferramenta fornece às autoridades sanitárias dos países um sistema para identificar, coletar, processar e analisar ativamente as informações relacionadas à MMEG, podendo também ser útil para os prestadores e gestores de serviços de saúde locais e regionais.

Para mais informações:

Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida
Organização Pan-Americana da Saúde
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037,
Estados Unidos da América
<http://www.paho.org>

Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva
Organização Pan-Americana da Saúde
Avenida Brasil 2697 1er Piso, apto. 4, Montevideu, 11300, Uruguai
postmasterCLAP@clap.ops-oms.org
<http://www.paho.org/clap>

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

