

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes



OPS



Organisation
Panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes

OPS



Organisation
Panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Washington, D.C., 2022

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes

© Organisation panaméricaine de la Santé, 2022

ISBN : 978-92-75-22390-1 (imprimée)

ISBN : 978-92-75-22391-8 (pdf)

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>.



Aux termes de cette licence, cette œuvre peut être copiée, distribuée et adaptée à des fins non commerciales, pour autant que la nouvelle œuvre soit rendue disponible sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente et qu'elle soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Quelle que soit l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) approuve une organisation, un produit ou un service particulier. L'utilisation de l'emblème de l'OPS est interdite.

Adaptations. Si la présente œuvre est une adaptation, il est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente œuvre est une adaptation d'un travail original de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Les opinions et les points de vue exprimés dans cette adaptation relèvent de la seule responsabilité du ou des auteur(s) de l'adaptation et ne sont pas approuvés par l'OPS ».

Traductions. Si la présente œuvre est une traduction, il est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). L'OPS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction ».

Citation suggérée. Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes. Washington, D.C. : Organisation panaméricaine de la Santé ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275223918>.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://iris.paho.org>.

Vents, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OPS, écrire à sales@paho.org. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir www.paho.org/permissions.

Matériel attribué à des tiers. Si du matériel figurant dans la présente œuvre et attribué à un tiers, tel que des tableaux, des figures ou des images, est réutilisé, il relève de la responsabilité de l'utilisateur de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un matériel ou un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OPS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OPS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OPS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OPS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Définition de la morbidité maternelle extrêmement grave selon l'OMS	3
Objectifs généraux	5
Surveillance de l'indicateur de morbidité maternelle extrêmement grave	7
Identification des cas de morbidité maternelle extrêmement grave	8
Cadre hypothétique 1. Identification directe des cas de morbidité maternelle extrêmement grave.	8
Cadre hypothétique 2. Dépistage des cas probables de morbidité maternelle extrêmement grave selon la présence de morbidité ou identification dans les services critiques de l'établissement.	8
Analyse des cas de morbidité maternelle extrêmement grave par les comités institutionnels	10
Mise en œuvre d'un plan d'action	11
Gestion des données et indicateurs de morbidité maternelle extrêmement grave	12
Références	13
Annexe. Formulaire d'identification ou de dépistage des cas de morbidité maternelle extrêmement grave dans la Région	15
Formulaire d'enregistrement de morbidité maternelle grave du Chili	15
Fiche de notification individuelle de morbidité maternelle extrêmement grave de Colombie	16
Formulaire du système de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave de Cuba	23
Formulaire de suivi épidémiologique des admissions aux unités de soins intensifs de l'Uruguay	24
Formulaire de morbidité maternelle extrêmement grave du Système informatique périnatal (SIP PLUS)	25
Tableaux	
1. Critères de l'Organisation mondiale de la Santé pour la définition de morbidité maternelle extrêmement grave.	4
2. Critères élargis pour le dépistage des cas de morbidité maternelle extrêmement grave.	8
3. Données requises à l'échelon de l'établissement pour la mise en œuvre de la surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave.	12

4. Indicateurs liés à la morbidité maternelle extrêmement grave proposés par l'Organisation mondiale de la Santé.	12
---	----

Figures

1. Surveillance et réponse à la morbidité et à la mortalité maternelles et périnatales.	5
2. Présence d'évènements de morbidité maternelle extrêmement grave.	6
3. Cadres de collecte de données institutionnelles.	7
4. Comité de surveillance et de réponse à la mortalité maternelle et périnatale appliqué à la morbidité maternelle extrêmement grave.	10

Introduction

La mortalité maternelle a fortement diminué au cours des dernières années, surtout dans les pays qui ont mis l'accent sur la prévention de ses principales causes comme les complications hémorragiques et infectieuses ainsi que l'hypertension (1-3). Cela vaut également pour la Région et, selon le rapport final du *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave* de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), la tendance à la baisse de la mortalité maternelle s'est maintenue, avec une réduction de 18,1 % du taux de morbidité maternelle pendant la période 2010-2015 (4).

D'un point de vue physiopathologique, l'évènement de mort est le résultat final commun à un large spectre de complications qui mènent à une dysfonction multi-organique. Cependant il existe un groupe de femmes dans cette situation qui survivent en dépit de la gravité du tableau clinique. Cette forte proportion de patientes qui se sont trouvées dans un état grave et qui ne sont pas décédées est un reflet direct de la réalité sanitaire d'un établissement ou d'un pays. Pour cette raison, il est nécessaire de créer des indicateurs permettant d'estimer la morbidité chez les femmes pour ce qui est des maladies et des incidents survenus au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. À cet effet, il est proposé d'effectuer une surveillance épidémiologique d'un indicateur qui permettra d'inclure les femmes qui ont survécu après une complication potentiellement mortelle au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum, qui reflète la bonne qualité des soins prodigués (5,6). Cet indicateur est la morbidité maternelle extrêmement grave (MMEG). En Amérique latine, on emploie également l'expression *near miss* maternel (de l'anglais *maternal near miss*) comme synonyme de MMEG. Ce terme désigne les cas qui, par leur gravité, ont été très près de la mort. Lorsqu'on a bien défini la population (personne) et le moment de son apparition (temps), la MMEG se définit comme le cas d'une femme qui a survécu de peu à une complication survenue pendant la grossesse ou l'accouchement, ou dans les 42 jours après le terme de la grossesse (7-10).

Cet indicateur présente l'avantage logistique suivant : dans tous les cas, l'évènement se produit dans un établissement de santé, car s'il survient dans la communauté ou loin d'un service de santé, il devient automatiquement un cas de mort maternelle (et ne sera donc pas recensé comme un cas de MMEG). Cet aspect est pertinent pour ce qui est de la planification de la surveillance de cet indicateur, puisque les pays devront axer leurs interventions sur le travail conjoint avec les établissements qui prodiguent des soins plus complexes. Par ailleurs, on doit prendre en compte un aspect qui peut avoir un effet sur l'enregistrement de ces évènements : la MMEG ne doit pas nécessairement être diagnostiquée comme telle par le clinicien lors de la prise en charge de la patiente, de sorte que certains cas pourraient passer inaperçus. C'est une limitation qu'il faut prendre en compte lors de la conception d'un programme de surveillance épidémiologique pour cet indicateur. L'identification du cas tout comme l'information recueillie au moyen de vérifications, avec la mise en œuvre du modèle de sécurité et le cycle d'amélioration continue de l'établissement, sont utiles à l'équipe médicale chargée d'optimiser les résultats (11, 12).

Lors des vérifications de l'indicateur de MMEG, on effectue l'évaluation des cas ayant abouti à un succès (n'ayant pas abouti à la mort maternelle). Dans ce sens, l'indicateur de MMEG présente certains avantages que n'offre pas l'indice de mortalité maternelle, pour ce qui est de sa fréquence plus élevée et de la quantité et la qualité de l'information recueillie (13). Ainsi l'équipe soignante perçoit ces avantages et accepte mieux les conclusions des vérifications en ce qui concerne les propositions de modifications de la prise en charge clinique dans certaines situations. La survie des femmes qui sont des cas de MMEG résulte avant tout de la disponibilité de soins de santé de qualité, et l'évaluation de cet indice doit servir à mesurer la qualité des soins obstétricaux (13). La vérification de l'indicateur de MMEG permet non seulement d'approfondir les connaissances sur les cas de morts maternelles évitables, mais également d'inclure certains aspects liés à la sécurité de la patiente ainsi que l'identification des lacunes du système (7-9, 14, 15). Pour exemple, on peut citer la détection fréquente d'un manque de réglementation sur la gestion de situations critiques d'urgence. Le fait de connaître nos lacunes et nos forces, nous permettra de mettre en œuvre les démarches pertinentes (par ex. guides et protocoles cliniques, formation et développement des compétences) et, ce faisant, d'améliorer la prise en charge et la sécurité des soins prodigués à la patiente en cas de pathologie obstétrique critique (16,17).

À la lumière de ces mêmes arguments, il s'est avéré nécessaire de commencer à mesurer la MMEG de façon standardisée pour identifier toutes les femmes ayant survécu grâce à une réponse adéquate du système de santé en Amérique latine et aux Caraïbes. En septembre 2018, le rapport final du Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave a été présenté aux Organes directeurs de l'OPS (4). On y soulignait l'hétérogénéité des données recueillies et la préoccupation liée à la variabilité entre les différents pays. À cette occasion, à l'instigation du Mexique, les États Membres ont demandé à l'OPS d'instaurer une norme régionale de surveillance de la MMEG. À cet effet, un relevé sur la collecte de données concernant la MMEG a été entrepris par le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie de l'OPS), en coordination avec les unités techniques des systèmes d'information et d'analyse de santé et des mesures d'équité (du Département des données probantes et des renseignements pour l'action en santé), et avec l'appui des bureaux de pays de l'OPS. Simultanément, on a convoqué un groupe d'experts de la Région (Core Group) avec deux profils différents, soit ceux ayant une vaste expérience académique de cette question et d'autres ayant une longue expérience de terrain en matière de surveillance de la MMEG dans leurs pays respectifs. On a donc ainsi recruté des experts internationaux et régionaux de la MMEG et des autorités nationales ayant l'expérience du suivi des cas de MMEG.

Après plusieurs conférences virtuelles, ce groupe a tenu une rencontre en personne à Panama les 11 et 12 juillet 2019. Les objectifs de cette réunion étaient de parler de la situation de la surveillance de la MMEG et des modèles employés dans les pays de la Région (voir à l'annexe les formulaires utilisés dans la Région), et de définir une proposition régionale pour la surveillance de cet indicateur dans les pays. Au terme de la réunion, et après une évaluation de la situation dans les pays et des différents modèles et définitions en usage, il a été recommandé d'utiliser les critères de MMEG définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour faciliter la comparaison des données provenant de différents pays. De plus, les participants ont été unanimes à recommander que les pays qui emploient d'autres critères, plus larges, de définition de la MMEG devraient signaler leurs données en accord avec les critères de l'OMS afin de permettre leur comparabilité.

Définition de la morbidité maternelle extrêmement grave selon l'OMS

Contrairement aux indicateurs binaires (absence ou présence), qui portent sur deux catégories nettement délimitées rendant obligatoirement les résultats mutuellement exclusifs (par ex. la mort), la MMEG est un indicateur qui exige une structure complexe permettant de distinguer les cas réels de MMEG des autres types d'événements. L'identification de la MMEG doit se fonder sur des critères bien établis, ce qui est essentiel à la standardisation de la définition. L'absence de normalisation est la cause de la grande variabilité des chiffres publiés sur la MMEG (18).


Trois critères peuvent être pris en compte lors du processus de création d'indicateurs de la MMEG : 1) un critère clinique associé à une maladie spécifique, 2) un critère fondé sur une intervention spécifique et 3) un critère fondé sur une dysfonction organique ou systémique (9). Le critère clinique associé à une maladie spécifique, aussi appelé critère de Mantel (19) a comme point de départ la présence d'une maladie, et on définit une morbidité spécifique pour chaque maladie (par ex. présence de prééclampsie avec dysfonction rénale ou cardiaque). Le critère clinique est facile à appliquer car il ne nécessite aucun moyen technologique important ni recherche complémentaire. Toutefois, il peut être très peu spécifique (surtout quant à la détermination du niveau à partir duquel la complication doit être considérée comme étant un cas de MMEG) (9).

Pour ce qui est des critères fondés sur une intervention spécifique, on se sert des critères associés à la réponse ou à l'intervention selon la maladie diagnostiquée (par ex. admission à l'unité de soins spéciaux ou intensifs, nécessité d'une hystérectomie post-partum et nécessité de transfusion sanguine, etc.) (20, 21). Bien que sa mise en œuvre soit simple et permette de recueillir les données des registres quotidiens des établissements, sa standardisation n'est pas facile parce qu'il peut y avoir une grande variabilité dans la prise en charge des patientes, et qu'il dépend également de l'infrastructure locale. Dans certaines situations, le nombre de cas de MMEG est déterminé par l'infrastructure ou la possibilité de réorientation.

Le critère de dysfonction organique ou systémique (aussi appelé critère de Waterstone) (22) s'appuie sur la séquence d'événements qui mènent du bon état de santé à la maladie et à la mort. Son point de départ est une lésion qui mène à une maladie inflammatoire systémique, qui à son tour déclenche une réponse systémique, puis une dysfonction organique, mais avec survie de la patiente (les marqueurs de dysfonction organique sont les altérations hématologiques, l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale, entre autres) (tableau 1). On considère que ce critère est le plus sensible et le plus spécifique pour ce qui est de la détermination des cas graves (7, 9, 10). Cependant l'un de ses désavantages est qu'il peut ne pas être applicable à certains échelons du système de santé, et qu'il peut même constituer une limitation pour certains pays ou régions. Les critères ou l'ensemble des critères employés peuvent être plus sensibles ou spécifiques et, par conséquent, ils peuvent donner une représentation plus juste de la pathologie potentiellement mortelle. Plus les critères employés seront nombreux, plus l'indicateur sera complexe, ce qui rendra plus difficile l'identification des cas de MMEG et l'extrapolation de l'indicateur pour une utilisation universelle (23-25).

En 2007, l'OMS a créé un groupe technique interdisciplinaire chargé d'élaborer une définition standard et une identification uniforme des critères de MMEG (26). Ces critères ont été mis à l'essai et validés, et ils se sont avérés robustes en présence de données fiables (7, 8, 26). Pour générer les indicateurs de MMEG, on a pris en compte les systèmes organiques affectés avec leurs composantes cliniques et de laboratoire ainsi que les interventions mises en œuvre. Le tableau 1 présente les critères en question et leurs composantes. Il faut noter que la présence d'un des critères permet de classer le tableau clinique comme un cas de MMEG.

Tableau 1. Critères de l'Organisation mondiale de la Santé pour la définition de morbidité maternelle extrêmement grave

Système ou appareil touché	Critères cliniques	Marqueurs de laboratoire	Critères basés sur les interventions
Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Choc • Arrêt cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperfusion (lactate > 5 mmol/l ou > 45 mg/dl) • Acidose : pH < 7,1 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusion continue d'agents vaso-actifs • Réanimation cardiorespiratoire
Respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Cyanose aiguë • Dyspnée • Tachypnée FR > 40 cpm • Bradypnée FR < 6 cpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoxie grave (saturation en oxygène < 90 % pendant ≥ 60 minutes ou Pa O₂/FiO₂ < 200) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intubation et ventilation non associées à l'anesthésie
Rénal	<ul style="list-style-type: none"> • Oligurie résistante aux liquides ou diurétiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Azotémie aiguë : créatinine ≥ 300 mol/l ou ≥ 3,5 mg% 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialyse pour insuffisance rénale aiguë
Hématologique	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la coagulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Thrombocytopénie aiguë sévère (< 50 000 plaquettes/ml) 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusion massive de produits sanguins (≥ 5 unités)
Hépatique	<ul style="list-style-type: none"> • Ictère en présence de prééclampsie 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperbilirubinémie aiguë > 100 µmol/l ou > 6,0 mg% 	
Neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Inconscience prolongée (> 12 heures), coma • Accident vasculaire cérébral • Crises épileptiques incontrôlables, état épileptique • Paralysie généralisée 		
Génital			<ul style="list-style-type: none"> • Infection ou hémorragie menant à l'hystérectomie

- FR : fréquence respiratoire; cpm : cycles par minute; Pa O₂ : pression artérielle en oxygène; FiO₂ : concentration d'oxygène dans l'air inspiré.

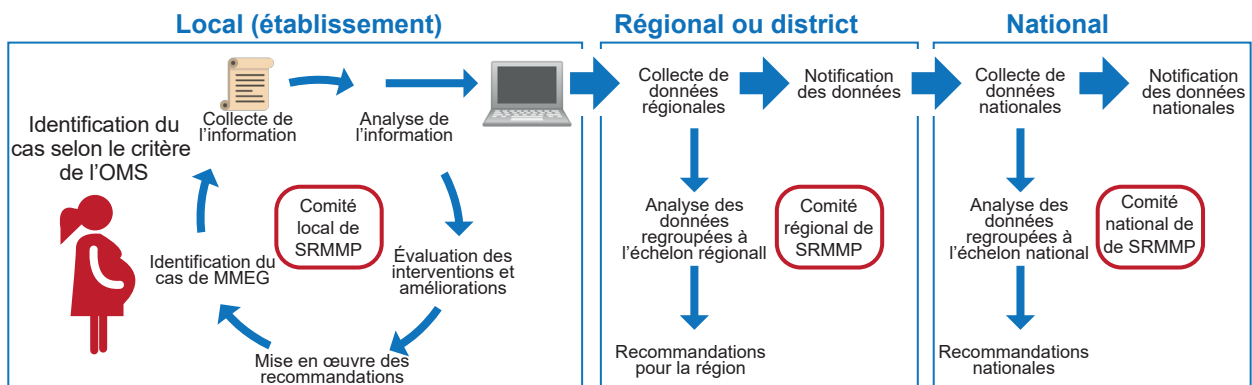
Comme mentionné lors de la réunion de Panama en juillet 2019, le Core Group a élaboré une recommandation pour que les pays de la Région, quelle que soit la définition qu'ils emploient, notifient à l'échelon international selon les critères de MMEG de l'OMS (tableau 1) pour permettre une bonne comparabilité.

Objectifs généraux

L'objet du présent document est de fournir aux autorités sanitaires nationales responsables de la surveillance et de la santé maternelle un outil de repérage, de collecte, de traitement et d'analyse active des données sur la MMEG afin de mener une surveillance épidémiologique à l'échelon national. Par ailleurs, ce même outil pourra servir aux prestataires et aux gestionnaires des services de santé locaux et régionaux. La collecte de ces données vise ultimement à réduire la MMEG et la mortalité maternelle.

Si on met en place un programme national de surveillance de la MMEG, celle-ci doit toujours commencer dans les centres de santé ou les établissements où se trouvent les cas, c'est-à-dire dans l'unité primaire où les événements surviennent. Ensuite, les données doivent être centralisées à l'échelon régional, puis regroupées et analysées à l'échelon national (figure 1). Dans les pays où, pour des raisons de structure ou de taille, il n'est pas nécessaire de regrouper les données à l'échelon national, on pourra se limiter aux échelons local et national.

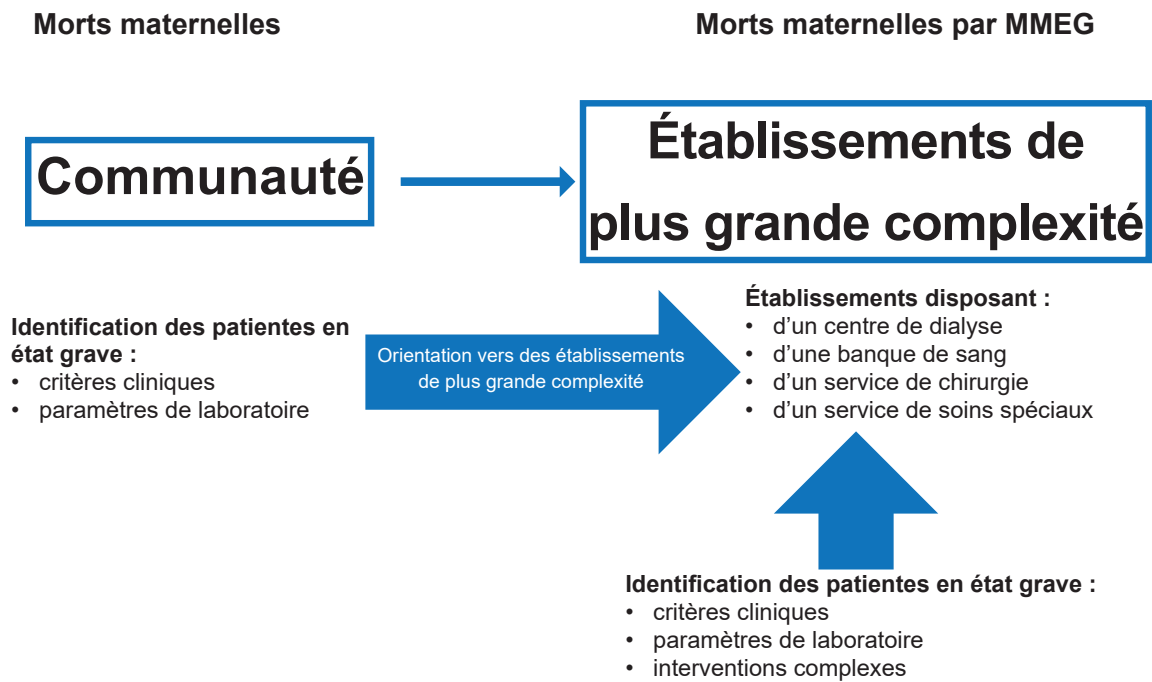
Figura 1. Vigilancia y respuesta en morbilidad y mortalidad materna y perinatal



SRMMP : surveillance et réponse à la morbidité et à la mortalité maternelles et périnatales.

À cet effet, l'occurrence de la MMEG étant reconnue comme survenant à l'échelon de l'établissement, la conception d'un programme de surveillance doit commencer par le relevé de données d'organismes et d'établissements où le phénomène est présent. Comme on l'a déjà indiqué, étant donné la gravité clinique implicite de la définition de MMEG, il est impossible de revenir sur le tableau clinique et la mort de ces patientes en l'absence d'une assistance adéquate. C'est pour cette raison que les démarches d'enregistrement et d'identification des cas doivent avoir lieu dans des établissements de niveau supérieur. Dans la communauté et au premier niveau de soins, il est possible d'identifier les cas graves selon le tableau clinique ou même selon les paramètres complémentaires de base; cependant, dans les cas de MMEG, la probabilité de survie dépend des soins, du soutien et de la qualité de l'assistance prodigués par les établissements de niveau supérieur (figure 2).

Figura 2. Presencia de eventos de morbilidad materna extremadamente grave



MMEG : morbidité maternelle extrêmement grave.

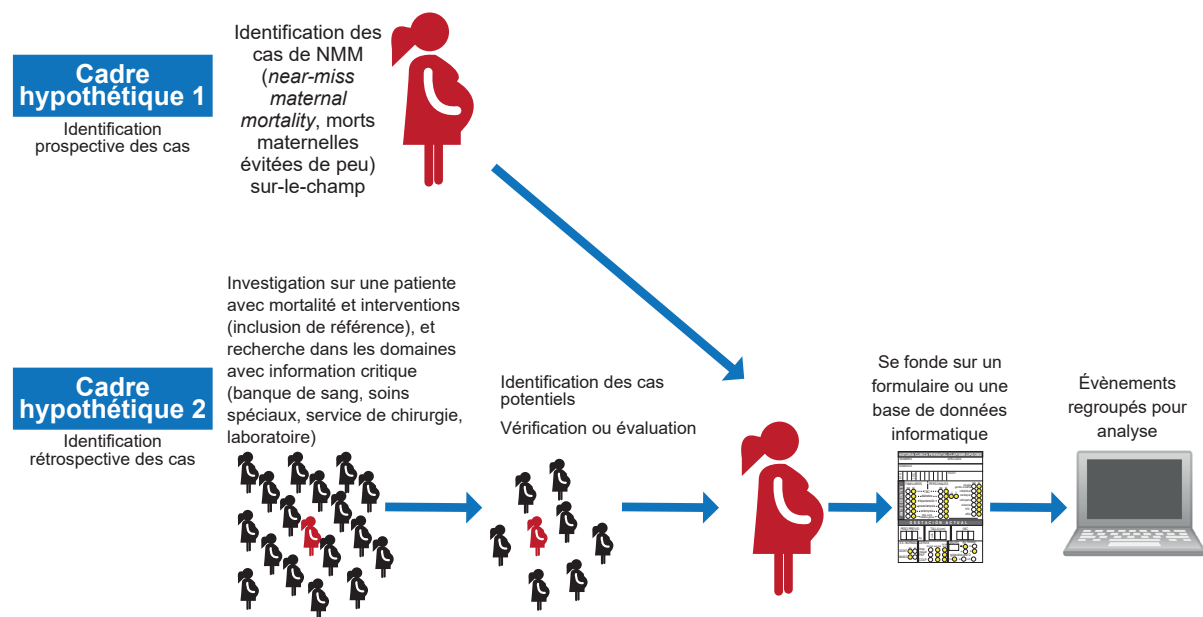
Surveillance de l'indicateur de morbidité maternelle extrêmement grave

La surveillance de l'indicateur de MMEG peut être prospective ou rétrospective. Elle est prospective lorsqu'un établissement de santé identifie, pendant la prestation des soins cliniques à la patiente, au moins un élément de gravité définissant la MMEG selon l'un ou l'autre des trois critères recommandés par l'OMS (clinique, recherches complémentaire ou interventions), et que ces variables sont identifiées, enregistrées et notifiées en temps réel.

La surveillance est rétrospective lorsque l'établissement de santé ou le niveau supérieur emploie des mécanismes d'identification des cas de MMEG à partir d'analyses de groupes présentant une forte probabilité d'avoir donné lieu à des événements de MMEG. Le dépistage de ces groupes permet de confirmer qui entre dans la catégorie des MMEG ou non.

Ces propositions de surveillance de l'indicateur de MMEG énoncent donc deux hypothèses que les établissements pourront adapter pour détecter les cas de MMEG : un cadre hypothétique prospectif, et un cadre rétrospectif avec des options permettant le dépistage de patientes présentant une morbidité et selon des domaines spécifiques (ou critères spécifiques), et qui identifient une population à forte probabilité de présenter des cas de MMEG (figure 3).

Figure 3. Cadres de collecte de données institutionnelles



MMEG : morbidité maternelle extrêmement grave.

Identification des cas de morbidité maternelle extrêmement grave

Cadre hypothétique 1. Identification directe des cas de morbidité maternelle extrêmement grave.



L'établissement pourra opter pour un modèle de collecte de données de type prospectif dans lequel certaines variables sélectionnées dans les antécédents cliniques ou sur un formulaire conçu à cette fin permettront de repérer les cas de MMEG pendant le déroulement des soins.

La présence d'une patiente présentant une morbidité grave et le recours à des interventions spécifiques identifient automatiquement le cas de MMEG. À cet effet, certains pays se sont dotés de formulaires spécifiques qu'ils emploient systématiquement pour notifier les événements détectés à l'échelon de l'établissement. Cette collecte de données peut se faire avec les antécédents cliniques (par ex. le formulaire du système informatique périnatal [SIP Plus] employé à cette fin à Trinité-et-Tobago), ou bien à l'aide d'un formulaire accessoire que l'on complète au cours de l'hospitalisation et de l'évolution de la patiente (par ex. fiche de notification individuelle de morbidité maternelle extrême employée en Colombie).

Cadre hypothétique 2. Dépistage des cas probables de morbidité maternelle extrêmement grave selon la présence de morbidité ou identification dans les services critiques de l'établissement.



Dans le cadre précédent, c'est le médecin qui identifie le cas de MMEG alors même qu'il prodigue des soins à la femme enceinte. Une autre option est de charger une équipe externe du dépistage des cas de MMEG comme cela se fait dans les cas de mort maternelle. À cet effet, et afin d'éviter la perte de certains cas, on se sert d'une liste de critères ayant une forte probabilité d'inclure les cas de MMEG. Cette liste est très inclusive, l'objectif étant d'éviter la perte de certains cas (sensibilité élevée).

Les antécédents cliniques seront la principale source d'information, mais ils risquent de ne pas contenir toute l'information nécessaire au dépistage des cas de MMEG. On pourra donc consulter des données provenant d'autres sources comme les laboratoires cliniques, les services d'hémothérapie et de chirurgie, ainsi que les unités de soins intensifs, entre autres (tableau 2).

Tableau 2. Critères élargis pour le dépistage des cas de morbidité maternelle extrêmement grave

Complications maternelles graves	<ul style="list-style-type: none">• hémorragie post-partum grave• prééclampsie grave• éclampsie• sepsis ou infection systémique grave• rupture utérine• complications graves de l'avortement
Interventions critiques ou recours aux soins intensifs	<ul style="list-style-type: none">• admission aux unités de soins intensifs• radiologie interventionniste• laparotomie (excluant la césarienne et incluant l'hystérectomie)• sang ou produits dérivés

Les personnes chargées du dépistage devront effectuer une analyse des antécédents cliniques des patientes ayant eu des complications maternelles graves pour repérer la ou les variables qui définissent un cas de MMEG. Par exemple elles pourront demander aux banques de sang ou aux centres de transfusion la liste des patientes enceintes et en post-partum qui ont reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins. L'identification des données de laboratoire associées à une dysfonction organique chez des patientes enceintes et en post-partum permet de compléter le dépistage et de détecter les cas qui n'ont pas été correctement identifiés pendant l'épicrise ou dans les résumés à la sortie des antécédents cliniques. De la même façon, il est essentiel de prendre en compte tous les cas de femmes enceintes et en post-partum

qui sont admises aux soins spéciaux, puisque la majorité des cas de MMEG nécessitent des soins spéciaux. Dans ce second cadre hypothétique, on doit considérer qu'il sera nécessaire d'analyser une grande quantité d'antécédents cliniques. Les centres de santé qui disposent de registres de bonne qualité et suivent la Classification internationale des maladies (CIM) (éditions 9, 10 ou 11) pourront se servir de ces données pour identifier le groupe de patientes avec une morbidité grave. Par exemple les Centres pour la prévention et la lutte contre les maladies des États-Unis (CDC) se sont servis d'une méthode de dépistage fondée sur les codes de diagnostic et procédures de la CIE-9 pour ensuite identifier les cas de MMEG (27).

Lorsqu'il est impossible d'effectuer un dépistage exhaustif à partir des données provenant des antécédents cliniques et des différents services ou unités des établissements, on peut toujours instaurer un dépistage fondé sur des critères sensibles et spécifiques. Bien que les données factuelles et la validation des critères de dépistage soient encore limités, certaines études permettent de penser qu'ils pourraient être efficaces (28). Par exemple, le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), et la Société de médecine maternelle-fœtale (Society for Maternal-Fetal Medicine) ont publié conjointement un résumé consensuel où ils établissent que le dépistage des cas de MMEG s'effectue à partir de deux paramètres : 1) transfusion de quatre unités de sang ou plus, 2) admission d'une femme enceinte ou en post-partum dans une unité de soins intensifs, ou les deux (3, 29). Il s'avère que ces deux paramètres ont une sensibilité et une spécificité élevées pour la détection des cas de MMEG, avec une valeur prédictive positive de 85 %. Cependant il est important de souligner que le recours à cette méthode alternative pour le second cadre hypothétique peut mener à l'omission de cas de MMEG non associés à des hémorragies et qui ne mènent pas à l'admission à l'unité de soins intensifs.

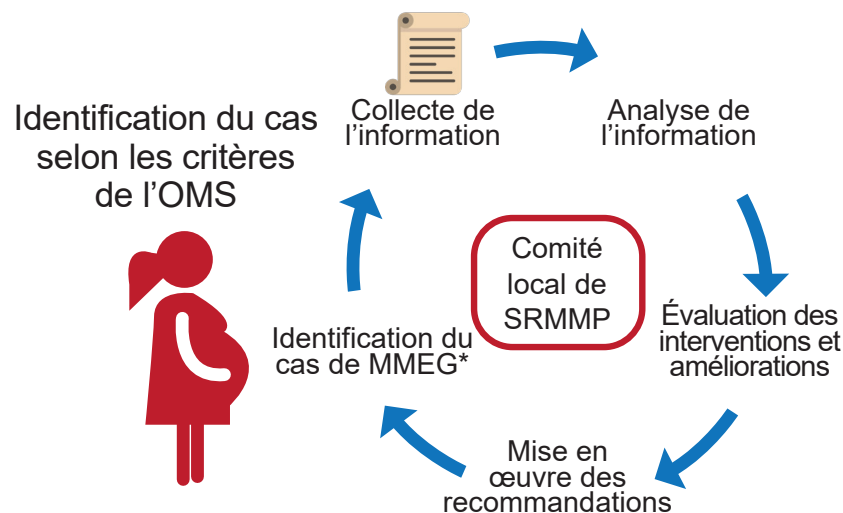
Après avoir effectué le dépistage des patientes, on doit vérifier les cas pour déterminer de façon définitive quels étaient les cas de MMEG selon les critères de l'OMS (transfusion de cinq unités de produits sanguins ou plus) (tableau 1) et enregistrer ces variables. Soulignons que dans notre Région, de nombreux pays, à l'échelon national, utilisent le point de rupture suggéré par la Fédération latino-américaine des sociétés d'obstétrique et de gynécologie, soit trois unités de produits sanguins ou plus. Pour sa part, le Core Group a convenu qu'on pouvait utiliser ce point de rupture dans les pays tout en notifiant toujours, lorsque cela est demandé, selon le point de rupture défini par l'OMS aux fins de comparabilité internationale. Il importe de souligner que ce mode de recherche de données pour le second cadre hypothétique peut se répercuter sur la comparabilité avec les indices des autres institutions ou pays. Il devra être mis en place là où, pour des raisons logistiques ou de manque de personnel, il n'est pas possible de recueillir les données de façon prospective, ou bien quand le dépistage complet des antécédents cliniques et autres sources de données ne peut être fait.

Après avoir identifié le cas, on devra l'enregistrer et le suivre pour déterminer si son évolution confirme la présence d'un cas de MMEG ou si ce cas s'est soldé par une mort maternelle. Dans le modèle d'identification prospective d'un cas de MMEG, il est essentiel de vérifier qu'il n'y a pas eu de mort maternelle dans les 42 jours suivant le terme de la grossesse. Éventuellement il ne s'agirait pas d'un cas de MMEG mais bien de MM (mortalité maternelle). Lorsqu'il a été définitivement confirmé qu'on est en présence d'un cas de MMEG, celui-ci peut être enregistré dans les statistiques locales et notifié à aux échelons régional et central

Analyse des cas de morbidité maternelle extrêmement grave par les comités institutionnels

Il est recommandé aux établissements d'effectuer une analyse des cas de NMM semblable aux vérifications faisant suite aux cas de mort maternelle, l'objectif poursuivi étant d'améliorer la qualité des soins. Dans les établissements où la prévalence de mort maternelle est faible et où les cas sont rares, la bonne pratique consiste à élargir l'analyse aux cas de morbidité grave. Les données issues de ces vérifications sont semblables à celles portant sur les morts maternelles, et elles sont complétées par les données liées à la survie de la patiente et la gravité de l'évènement. Les comités qui analysent les cas de MMEG devront obtenir les données sur la cause de ces cas, les retards pertinents dans les soins, les mesures de prévention à envisager et les mesures à prendre pour éviter de nouveaux cas de MMEG. De plus, on devra souligner les démarches qui ont mené à une bonne prise en charge clinique de la patiente, puisque c'est ce qui a permis d'éviter le résultat négatif, c'est-à-dire le décès. Cet aspect positif est considéré comme fondamental pour l'amélioration de la qualité des soins, et il est bien perçu par l'équipe de santé. Dans ce sens, le concept de réponse des comités de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales est fondamental; en effet, c'est grâce à la rétroaction des données relatives aux résultats et à la mise en œuvre des mesures d'amélioration de la qualité des soins qu'on peut réduire les retards et les lacunes des soins lors de cas semblables à l'avenir (figure 4). Il convient également de rappeler que l'évaluation et la vérification des cas de MMEG ne doivent pas viser à établir une culpabilité, tout comme dans le cas du comité de mortalité maternelle.

Figure 4. Comité de surveillance et de riposte à la mortalité maternelle et périnatale appliqué à la morbidité maternelle extrêmement grave



* On doit vérifier que l'évolution (dans les 42 jours suivant le terme de la grossesse) ne s'est pas soldée par une mort maternelle.

OMS : Organisation mondiale de la Santé; SRMMP : surveillance et réponse à la morbidité et à la mortalité maternelles et périnatales; MMEG : morbidité maternelle extrêmement grave

Mise en œuvre d'un plan d'action

En ce qui concerne la surveillance de la MMEG, l'OPS propose d'envisager diverses activités pour la mise en œuvre d'un plan d'action : processus de vérification et de rétroaction, utilisation de listes pour l'évaluation des interventions fondées sur des données factuelles, activités de formation et rappels, élaboration et application de protocoles locaux avec participation des guides d'opinion (4, 26). Là où le système de surveillance des MMEG concerne un établissement de santé, il facilite l'élaboration de rapports périodiques présentant la prévalence des MMEG et permettant de mieux comprendre les modèles locaux de morbidité et de mortalité, les estimations des retards, les forces et les faiblesses du système de référence et le recours aux interventions clés fondées sur les données factuelles. En outre, l'analyse des cas de MMEG contribue au développement d'une culture de sécurité de la patiente par l'identification des lacunes du système et la mise en œuvre de solutions (réponses) visant à réduire le risque de mort des femmes enceintes et en post-partum. La surveillance de la MMEG peut être instaurée par l'inclusion de cet événement indésirable dans l'analyse effectuée par les comités de surveillance et de réponse à la mortalité maternelle et périnatale. Dans la mesure où la mort maternelle est un événement peu fréquent, les établissements pourront inclure l'indicateur de MMEG dans l'analyse systématique et travailler au cycle d'amélioration continue.

Gestion des données et indicateurs de morbidité maternelle extrêmement grave

Après avoir identifié les cas de MMEG, l'établissement devra les notifier à l'échelon régional (département, État ou province) qui regroupera les données des différents établissements; à son tour, chaque région devra notifier les données ainsi regroupées à l'organisme central chargé de la surveillance épidémiologique à l'échelon national (ministère de la Santé ou autre). Pour définir les indicateurs (tant à l'échelon local que régional ou national), on devra connaître, en plus du nombre d'évènements de MMEG, le nombre de cas de mort maternelle et le nombre total de naissances dans le même secteur géographique et pendant la même période (**tableaux 3 et 4**).

Tableau 3. Données requises à l'échelon de l'établissement pour la mise en œuvre de la surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave

Variable*	Sources possibles
Nombres de naissances vivantes	Registre des naissances ou certificats de naissance
Nombre de morts maternelles	Certificats de décès, comité de SRMMP
Nombre de femmes avec MMEG	Variet selon le cadre hypothétique d'identification des cas de MMEG choisi

*Pour une même période et pour un même secteur géographique ou un même établissement.

MMEG : morbidité maternelle extrêmement grave; SRMMP : surveillance et réponse à la morbidité et à la mortalité maternelles et périnatales.

Tableau 4. Indicateurs liés à la morbidité maternelle extrêmement grave proposés par l'Organisation mondiale de la Santé

Indicateur	Description	Calcul	Signification
Taux de morbidité maternelle extrêmement grave	Nombre d'évènements de morbidité maternelle extrêmement grave (MMEG) pour 1000 naissances vivantes	$(\text{MMEG}/\text{naissances vivantes}) \times 1000$	Il fournit une estimation des besoins en fournitures et structurels d'un secteur géographique ou d'un établissement relativement aux MMEG.
Rapport MMEG/MM	Rapport entre la MMEG et la mortalité maternelle (MM)	Nombre de cas de MMEG/nombre de cas de MM	Un chiffre élevé indique une meilleure qualité de soins (c'est-à-dire une proportion plus élevée de survivantes par rapport au nombre de morts maternelles).
Indice de mortalité	Rapport entre le nombre de morts maternelles et le nombre de femmes ayant présenté des altérations potentiellement mortelles, exprimé en pourcentage	$\text{MM}/(\text{MMEG} + \text{MM}) \times 100$	Plus l'indice de mortalité est élevé, plus le nombre de femmes mortes à la suite d'altérations potentiellement mortelles est élevé (c'est-à-dire plus la qualité des soins est mauvaise).

Références

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. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final (CD56/INF/14): Washington, DC: OPS; 2018 [consulté le 3 mars 2020]. Disponible sur : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45855&Itemid=270&lang=fr
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. Organisation mondiale de la Santé Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Genève : OMS; 2011 [consulté le 3 mars 2020] Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf
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.

Annexe. Formulaire d'identification ou de dépistage des cas de morbidité maternelle extrêmement grave dans la Région

Formulaire d'enregistrement de morbidité maternelle grave du Chili

REGISTRO CONFIDENCIAL DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE (MMG)

PROCEDENCIA				
1. FOLIO	2. FECHA DE REPORTE	3. INICIALES	EDAD/PARIDAD/IMC	ESCOLARIDAD/NACIONALIDAD
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sigla hospital/año/n° correlativo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD MM AAAA	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
TAMIZAJE DE CASOS				
PREGUNTAS DE SCREENING		I. Vía de parto / Modo de resolución del embarazo		
<p>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</p> <p>A. Complicaciones severas / Condiciones de potencial riesgo vital</p> <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 (_____) <p>B. Intervenciones críticas / Admisión a Unidad de Cuidados Intensivos</p> <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 <p>C. Insuficiencia de órganos / Condiciones de amenaza vital</p> <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 <p>D. Muerte materna</p> <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		<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)		K. Con respecto al estado vital del recién nacido especifique: 0 = Vivo 1 = Muerto		
Al parto o aborto (no aplicable si I = "8") <input type="text"/>		Al nacimiento <input type="text"/>		
Al alta o muerte materna (aplicable si I = "8") <input type="text"/>		Al alta o a los 7 días de vida si aún está hospitalizado <input type="text"/>		
INDICADORES DE PROCESO		L. Sobre las condiciones al ingreso al hospital y el proceso de referencia, especificar: 0 = No, 1 = Sí		
<input type="checkbox"/> B0		<input type="checkbox"/> F0 Aborto o parto antes de llegar a cualquier centro de salud		
<input type="checkbox"/> B1		<input type="checkbox"/> F1 Parto dentro de 3 horas del ingreso al centro de salud		
<input type="checkbox"/> B2		<input type="checkbox"/> F2 Laparotomía dentro de 3 horas de ingreso al hospital o en otro centro		
<input type="checkbox"/> B3		<input type="checkbox"/> F3 Paciente trasladada desde otro hospital		
<input type="checkbox"/> B4		<input type="checkbox"/> F4 Paciente trasladada a otro centro de mayor complejidad		
M. Prevención de hemorragia postparto		Sobre el uso de intervenciones, especificar si la paciente recibió cualquiera de las siguientes: 0 = No, 1 = Sí		
<input type="checkbox"/> M0 Oxitocina		<input type="checkbox"/> M1 Otro uterotónico		
N. Tratamiento de hemorragia postparto		<input type="checkbox"/> N0 Oxitocina		
<input type="checkbox"/> N1 Ergometrina		<input type="checkbox"/> N5 Remoción de restos ovulares		
<input type="checkbox"/> N2 Misoprostol		<input type="checkbox"/> N6 Tamponamiento con balón o compresas		
<input type="checkbox"/> N3 Otro uterotónico		<input type="checkbox"/> N7 Ligadura arterial (uterina o hipogástrica)		
<input type="checkbox"/> N4 Ácido tranexámico		<input type="checkbox"/> N8 Histerectomía		
<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)		
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"/> R1 Infección por VIH		<input type="checkbox"/> R3 Trabajo de parto prolongado u obstruido		
<input type="checkbox"/> R2 Cesárea previa		<input type="checkbox"/> R4 Asociado a problema anestésico		
<input type="checkbox"/> R5 Otra condición especificada en normas locales		<input type="checkbox"/> R6 TUS		
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.				
INFORMACIÓN MATERNA Y PERINATAL				
E. Fecha de ingreso a urgencia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Fecha de ingreso hospitalizados	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
G. Fecha de la resolución del embarazo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Fecha de alta hospitalaria o defunción	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes

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 ó 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 rubeola 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

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS

<p>2.8 Sexo</p>	<p>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.</p>	<p>* 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.</p>	<p>SI</p>
<p>2.9 Nacionalidad</p>	<p>Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación.</p>	<p>Seleccione el país correspondiente a la nacionalidad según la lista establecida.</p>	<p>SI</p>
<p>2.10 País de ocurrencia del caso</p>	<p>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.</p>	<p>* 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"</p>	<p>SI</p>
<p>2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia</p>	<p>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.</p>	<p>Revisar que el Municipio coincida con el Departamento. Recuerde que pueden haber coincidencias en el nombre del Municipio en diferentes Departamentos.</p>	<p>SI</p>
<p>2.12 Área de ocurrencia del caso</p>	<p>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. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p>	<p>* Variable de única selección. No se puede ingresar al sistema más de una categoría.</p>	<p>SI</p>
<p>2.13 Localidad de ocurrencia</p>	<p>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. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p>	<p>* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal"</p>	<p>SI</p>
<p>2.14 Barrio de ocurrencia del caso</p>	<p>Ingrese el nombre del barrio donde ocurrió el caso. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p>	<p>* 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.</p>	<p>SI</p>
<p>2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso</p>	<p>Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionado en la variable 2.11 <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p>	<p>* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11</p>	<p>SI</p>
<p>2.16 Vereda/zona</p>	<p>Ingrese el nombre de la vereda o zona donde ocurrió el caso. <i>Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10.</i></p>	<p>* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "rural disperso"</p>	<p>SI</p>
<p>2.17 Ocupación del paciente</p>	<p>Describa claramente la ocupación principal de paciente (en el caso que aplique).</p>	<p>* La codificación de la ocupación está a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88)</p>	<p>SI</p>
<p>2.18 Tipo de régimen en salud</p>	<p>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</p>	<p>* Para la sistematización de la información, se toma una sola categoría de respuesta.</p>	<p>SI</p>
<p>2.19 Nombre de la administradora de salud</p>	<p>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.</p>	<p>* 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</p>	<p>SI</p>
<p>2.20 Pertenencia étnica</p>	<p>"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 comparte 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. Neoro 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.</p>	<p>* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable. Variable con categoría única de respuesta.</p>	<p>SI</p>
<p>2.21 Estrato</p>	<p>Estrato socio-económico donde está ubicada la vivienda del paciente, estos son: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto</p>	<p>Variable con categoría única de respuesta.</p>	<p>SI</p>
<p>2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente</p>	<p>La variable tiene múltiples opciones de respuesta que se pueden diligenciar dependiendo de lo referido por el paciente o de lo observado por quien esté 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".</p>	<p>* 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"</p>	<p>SI</p>

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes

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 ficha 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 ficha 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. 0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 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 permisos 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

Recommandations pour l'établissement d'un système national de surveillance de la morbidité maternelle extrêmement grave en Amérique latine et aux Caraïbes

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

Fiche de notification individuelle de morbidité maternelle extrêmement grave de Colombie



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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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					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

Formulario del sistema de vigilancia de la morbilidad maternelle extrêmement 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 <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		IMC Captación <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		Seguimiento por trimestre <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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2d. Trimestre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3er Trimestre</td> <td><input type="checkbox"/></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="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2d. Trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3er Trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hemoglobina (g/l)	Urocultivo																											
	50 a 200 x	+	-	x																									
1er Trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																									
2d. Trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																									
3er Trimestre	<input type="checkbox"/>	<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 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	Criterios de Morbilidad 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	Intervención quirúrgica <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				

Formulario de suivi épidémiologique des admissions aux unités de soins intensifs de l'Uruguay

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,

Formulaire de morbidité maternelle extrêmement grave du Système informatique périnatal (SIP PLUS)

Voici différentes captures d'écran du formulaire (figures A1 à A5).

Figure A1. Données sur la filiation, les antécédents, la grossesse actuelle et l'aide à l'accouchement

A

B

C

Figure A4. Datos sobre la morbilidad materna extremadamente grave

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

VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS		
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA	LABORATORIO	INTERVENCIONES
Cardiovascular Shock <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Paro cardíaco <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Hepático Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Respiratorio Cianosis aguda <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Respiración jadeante (gaspng) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Taquipnea severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Bradipnea severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Renal Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Hematológicos/coagulación Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Neurológico Coma <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Inconsciencia prolongada >12 hs. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Accidente cerebro vascular <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Parálisis generalizada <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Laboratorio Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si pH < 7,1 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Sat Hb < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
INTERVENCIONES Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Cuál/es: _____ Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si días: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si días: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Histerectomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		

Criterios Near Miss: FLASOG ≥ 3 vol, OMS ≥ 5 vol.

Figure A5. Datos sobre el post-partum y el conged d'hospital

Formulario: SIP Base Sección: 9 / 9 Nombre: - Gesta: 1 / 1 Único: 1 / 1

dia	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter.	loquios	periné	lactancia	observaciones	Responsable	EGRESO MATERNO		FECHA	CONDICIÓN AL EGRESO					
1er										dia	mes	año	hora	min	sana	NA	c/patología	muerte
2º																		
3er																		
5º a 10º																		
CONSEJERIA anticoncepción <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> escrita <input checked="" type="radio"/> ninguna										TIPO DE EGRESO <input checked="" type="radio"/> fallece <input type="radio"/> contra consejo médico <input type="radio"/> egreso médico								
Responsable: _____										ANTICONCEPCION Inicio MAC <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si								
ACO "pildora" <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.										Otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE) <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.								
DIU <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.										EQV masc. <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.								
inyectable <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.										implante <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.								
barrera <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.										condón <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.								
EQV fem <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.										abst-nencia <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.								

D'un point de vue physiopathologique, la mort est le résultat final d'un large éventail de complications qui mènent à une dysfonction multi-organique. Cependant il existe un groupe de femmes qui survivent en dépit de la gravité de leur tableau clinique, et ce résultat dépend principalement de la qualité des services de soins de santé prodigués par un pays ou un établissement. La présente publication propose un système de surveillance épidémiologique de l'indicateur de morbidité maternelle extrêmement grave (MMEG) qui permet d'estimer la morbidité liée aux maladies et complications apparues au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum. Elle fournit aussi des informations plus complètes sur les cas de mort maternelle évitable, prend compte certains aspects de la sécurité de la patiente et aide à mieux détecter les lacunes des systèmes de soins.

Cet ouvrage s'inscrit dans l'objectif plus large de l'Organisation panaméricaine de la Santé qui est de réduire la mortalité maternelle et de renforcer la surveillance épidémiologique de la santé maternelle à l'échelon national. Pour les autorités de santé des pays, cet outil représente un système d'identification, de collecte, de traitement et d'analyse active des informations liées à la MMEG, et il peut également être utile aux prestataires et gestionnaires des services de santé locaux et régionaux.

Pour plus d'information :

Département de la Famille, de la Promotion de la santé et du Parcours de vie
Organisation panaméricaine de la Santé
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037,
États-Unis d'Amérique
<http://www.paho.org>

Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive
Organisation panaméricaine de la Santé
Avenida Brasil 2697 1er Piso, apto. 4, Montevideo, 11300, Uruguay
postmasterCLAP@clap.ops-oms.org
<http://www.paho.org/clap>

OPS



Organisation
Panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amér ues

