

**CARACTERIZACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA EN LETICIA, AMAZONAS 2012-2016**

**Paula Tatiana Pineda-Rivera, Ángela María Pinzón-Rondón, Liliana Correa-
Pérez, Carlos Felipe Duran**

Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Maestría en
Salud pública. Bogotá, Colombia.

Correspondencia:

Paula Tatiana Pineda Rivera

Carrera 8 N° 10 -112 Leticia – Amazonas

+ 57- 313-4996721

paulat75@hotmail.com

CARACTERIZACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA

EXTREMA EN LETICIA, AMAZONAS 2012-2016

RESUMEN

Objetivos: Identificar características sociodemográficas, del embarazo y de la atención en salud, de mujeres que murieron o estuvieron cercanas a morir a causa de la gestación, en Leticia, Amazonas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por Mortalidad Materna (MM) o Morbilidad materna extrema (MME) entre el 2012 y el 2016. Mediante instrumento de recolección se obtuvo información de: SIVIGILA, historias clínicas, unidades de análisis de MM, evaluación de demoras y autopsias verbales.

Resultados: La razón de mortalidad materna para Leticia fue de 103.1 por 100.000 nacidos vivos. Se reportaron 6 casos de MM y 30 casos de MME, en mujeres entre 16 a 31 años, en su mayoría solteras(55%), dedicadas al hogar(60%) y no usuarias de métodos anticonceptivos (96.7%). Mujeres indígenas presentaron el 66.7% de las MM y el 44.7% de las MME. Se encontró bajo control prenatal e inicio tardío del mismo. La mayoría de las MME ocurrieron al momento del parto (56.7%), la causa principal fue hemorragia obstétrica (53.3%). La mitad de las MM fueron causadas por sepsis. Las demoras I (no reconocimiento de signos de alarma) y IV (fallas en la atención) fueron las más frecuentes.

Discusión y conclusiones: Durante el período de estudio la razón de mortalidad materna en Leticia duplicó el promedio nacional. Es importante generar políticas e intervenciones ajustadas a la región, mejorar la educación sexual y reproductiva, la planificación familiar, el control prenatal, el reconocimiento de síntomas y la atención en salud.

Palabras claves: Mujeres embarazadas, mortalidad materna, Morbilidad.

CHARACTERIZATION OF MATERNAL DEATH AND EXTREME MATERNAL MORBIDITY IN LETICIA, AMAZONAS 2012-2016

SUMMARY

Objectives: To identify sociodemographic characteristics of pregnancy and health care of women who died or were close to dying due to pregnancy, in Leticia, Amazonas.

Materials and methods: Descriptive study of cases reported to the Public Health Surveillance System (SIVIGILA) for Maternal Mortality (MM) or Extreme Maternal Morbidity (MME) between 2012 and 2016. Through a collection instrument, information was obtained from: SIVIGILA, clinical histories, units of analysis of MM, evaluation of delays and verbal autopsies.

Results: The maternal mortality ratio for Leticia was 103.1 per 100,000 live births. There were 6 cases of MM and 30 cases of MME, in women between 16 and 31 years old, mostly single (55%), dedicated to the home (60%) and non-users of contraceptive methods (96.7%). Indigenous women presented 66.7% of the MM and 44.7% of the MME. He was found under prenatal control and late onset of the same. The majority of the MME occurred at the time of delivery (56.7%), the main cause was obstetric hemorrhage (53.3%). Half of the MM were caused by sepsis. The delays I (non-recognition of alarm signs) and IV (faults in attention) were the most frequent.

Discussion and conclusions: During the study period, the maternal mortality ratio in Leticia doubled the national average. It is important to generate policies and interventions adjusted to the region, improve sexual and reproductive education, family planning, prenatal care, recognition of symptoms and health care.

KeyWords: Pregnant Women, Maternal Mortality, Morbidity.

CARACTERIZACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LETICIA, AMAZONAS 2012-2016

INTRODUCCIÓN

Se estima que cada día mueren 830 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo y la gran mayoría de las mismas son prevenibles (3)(4). En Colombia, la mortalidad materna presentó un descenso significativo entre los años 2000 y 2008, pasando de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Entre los años 2008 y 2011, el indicador se mantuvo estable oscilando entre 60,7 y 71,6 (9) (10), y finalmente descendió entre el 2011 y el 2015 llegando a 51,7. Si bien esta reducción es significativa, no llegó a cumplir con la meta propuesta por los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM), los cuáles proponían reducir en 75% la razón de mortalidad materna entre el año 2000 y el 2015 (11) (12).

La MM ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como: *“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”* (4). La MM es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos medios y

bajos (3). Diferentes estudios han mostrado que la MM es un resultado complejo que proviene de una sumatoria de problemas sociales, económicos, biológicos y de los servicios de salud –acceso a servicios de salud, calidad de atención en salud prenatal y acceso a planificación familiar– (3) (4) (5). Por otra parte, la MME es aquel evento relacionado con la maternidad, que amenaza la vida, pero que no lleva al fallecimiento de la mujer (6) (7).

El Ministerio de Salud y la Protección Social, en cumplimiento con las metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y de las metas del milenio, ha incluido la vigilancia y control de la MME como una estrategia prioritaria para contribuir con la reducción de la MM evitable en Colombia (4) (5) (8). La evidencia reciente demuestra que al analizar los casos de MME como eventos centinelas de MM, pueden tomarse decisiones que permitan optimizar la atención y disminuir los casos de mortalidad obstétrica (5).

Otra herramienta importante, que favorece el análisis integral de las causas de MM, es el estudio de las demoras asociadas al ciclo de atención en salud, desde el momento en que la gestante requiere atención en salud hasta que recibe la atención del parto. Este análisis integral de demoras permite identificar los obstáculos a diferentes niveles. La primera demora está relacionada con la falta de información de la gestante sobre posibles complicaciones del embarazo, desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva. La segunda demora hace referencia a las barreras sociales, culturales, económicas o relacionadas con experiencias negativas con los servicios de salud que retrasan la búsqueda de atención por parte de la gestante. La tercera demora está relacionada con el

acceso geográfico, vías, transporte, sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y el personal sanitario. Finalmente, la cuarta demora se refiere a los eventos que ocasionan atención deficiente en los servicios de salud tanto en el acto médico como en las labores administrativas (12) (13)(14) (15) (16).

En Colombia las principales causas de MME y MM son hemorragia, sepsis, trastornos hipertensivos y complicaciones del trabajo de parto, entre otras(17).

Amazonas, un departamento colombiano localizado al sur-oriente del país, representa el 9.6 % del territorio nacional. Está constituido por dos municipios - Leticia y Puerto Nariño- y por 9 corregimientos departamentales. El 60% de sus habitantes pertenece a diferentes etnias indígenas. El municipio de Leticia, su capital, está ubicado en el trapecio Amazónico limitando con Brasil y Perú. De acuerdo a las últimas estadísticas del DANE, el municipio cuenta con un total de 41.326 Habitantes(1)(2). Leticia, se encuentra aislada del resto del país debido a la selva amazónica que impide acceso terrestre al municipio. Por su dimensión y características geográficas, presenta dispersión poblacional y dificultades en transporte y acceso a la prestación de servicios de salud, lo que predispone a morbilidad materna extrema (MME) y a muerte materna (MM) (13). Adicionalmente, en el municipio, no hay continuidad en los procesos de salud por rotación de personal debido a los nombramientos políticos a nivel departamental y hay escasa inversión en salud.

Dada las particularidades sociodemográficas, políticas y de atención en salud en Leticia, resulta importante conocer las características específicas de MME y MM en

el municipio, para generar datos epidemiológicos locales que favorezcan la toma de decisiones e implementación de medidas efectivas para reducir su incidencia.

El presente estudio busca identificar características sociodemográficas, del embarazo y de la atención en salud de mujeres que murieron o estuvieron cercanas a morir a causa del embarazo en Leticia, Amazonas, en los años 2012-2016. La información proveniente de este estudio contribuirá a mejorar la atención a madres gestantes en el municipio de Leticia.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos. La población a estudio fueron todas las mujeres notificadas al sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública SIVIGILA por mortalidad materna o morbilidad materna extrema durante el período 2012-2016 en Leticia, Amazonas. Las fuentes de información utilizadas fueron los sistemas de notificación oficial, las historias clínicas, los Análisis de las Muertes Maternas, las evaluaciones de demoras, las autopsias verbales y la información obtenida de los archivos existentes en la Secretaria de Salud Departamental del Amazonas.

Se elaboró un instrumento para la recolección de los datos con asesoría de epidemiólogos, salubristas, médico gineco-obstetra y especialistas en salud materno-infantil. Se realizó doble recolección de los datos y verificación de los datos obtenidos y digitados por parte de profesionales de salud teniendo en cuenta las definiciones de los eventos descritas en los protocolos de vigilancia en salud pública del instituto nacional de salud para evitar sesgos de información.

Las variables analizadas se dividieron en sociodemográficas -edad, estado civil, etnia, escolaridad, ocupación, aseguramiento, lugar de ocurrencia del evento-, gineco-obstétricas -paridad, semana de inicio del CPN, número de controles, regulación de la fecundidad-, y relacionadas con la prestación del servicio en salud –demora I, demora II, demora III y demora IV, momento del evento de MM y MME con relación al parto, causas del evento, número total de hijos de las mujeres fallecidas-.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23.0, Se realizó consolidación y cálculo de frecuencias absolutas de cada variable con su porcentaje respectivo.

Se calculó la razón de mortalidad materna para el Departamento de Amazonas y para Colombia entre los años 2012-2016. Para este cálculo se tomó el número de muertes maternas, sobre el número de nacimientos en este periodo por 100.000 nacidos vivos. Se calcularon igualmente la razón de mortalidad para Colombia y para Leticia en el período estudiado.

Se siguieron las consideraciones éticas contempladas en las resoluciones 8430 de 1993 y 2738 del 2008 del ministerio de salud colombiano y protección social, al igual que lo estipulado en la declaración de Helsinki. Se contó con autorización de cada una de las entidades con custodia de los datos empleados en esta investigación para el uso de la información. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Universidad del Rosario, mediante acta: DVO005 1-418-CEI 936.

RESULTADOS

Se evidencia una alta razón de mortalidad materna (RMM) en el municipio de Leticia en el periodo del estudio comparada con la RMM del país. (Tabla 1) Según SIVIGILA en el periodo 2012-2016 se encontraron 6 casos de muerte materna y 30 casos de morbilidad materna extrema.

Como se evidencia en la tabla 2, las mujeres se encontraban en los extremos de la edad reproductiva y en su mayoría eran solteras y se dedicaban al hogar. El 66.7% de las MM y el 46.7% de las MME se presentaron en mujeres de etnia indígena. Los casos fueron más frecuentes en zona urbana, MME (73.3%) y MM (50%). En las fuentes de información consultadas no se evidenció el diligenciamiento de la variable escolaridad en todos los casos. La mayoría de las gestantes (94.4%) se encontraban vinculadas al sistema de salud y 14 niños quedaron en condición de orfandad.

Las variables gineco-obstétricas se presentan en la tabla 3. Se encontró que el 96.7% de las mujeres en el grupo de MME no eran usuarias de métodos de planificación familiar y el 66.7% de las mujeres que murieron usaban métodos naturales. En cuanto al control prenatal, las mujeres incluidas en este estudio se realizaron entre 1 y 3 controles e iniciaron los mismos entre la semana 11 y la semana 25. La mayoría de las MME ocurrieron al momento del parto (56.7%) siendo la causa más reportada el shock hipovolémico por hemorragia obstétrica (53.3%). En MM tres de los casos fueron causados por sepsis obstétrica (50%).

La demora IV se encontró en el 90% de los casos de MME y en el 100% de los casos de MM. Mientras que la demora uno se identificó en el 50% en las MME y en el 83.3% de las MM (ver Tabla 4).

DISCUSIÓN

Leticia se encuentra en una zona distante a las principales ciudades del país. El principal acceso al municipio es por medio de transporte aéreo, el cual representa un alto costo para la población y para el sistema de salud cuando se requiere remisión de un paciente a hospitales de mayor complejidad (1). Adicionalmente, algunas comunidades del municipio se encuentran muy lejanas del casco urbano y solo se puede acceder a las mismas por medio de transporte fluvial, requiriendo bote, motor y combustible, lo que representa una barrera de acceso a servicios de salud para sus habitantes. Esta barrera es particularmente preocupante para grupos poblacionales que requieren seguimiento en salud, como el grupo de gestantes (1). El control prenatal es una estrategia ampliamente comprobada para disminuir el riesgo durante el embarazo, el parto y el posparto (22). La Organización Mundial de la Salud recomienda mínimo cuatro controles prenatales durante la gestación y el inicio de los mismos durante el primer trimestre (22). A pesar de que las mujeres en este estudio se encontraban aseguradas casi en su totalidad, los casos de MM y MME se dieron en mujeres con inadecuado control prenatal, teniendo en cuenta su número e inicio. Esto puede explicarse por las barreras de acceso expuestas arriba y por la cultura étnica. Algunas gestantes prefieren acudir a tratamientos de medicina tradicional o ancestral, prácticas que pueden favorecer el retraso en el acceso a los servicios de salud (27). Otros factores que pueden explicar este resultado son la dispersión geográfica y poblacional y la falta de calidad en la atención en salud, ocasionada en parte por la falta de comunicación asertiva de los profesionales de la salud con la población indígena. La mayoría de los médicos y

enfermeras que brindan atención en las diferentes IPS de Leticia son profesionales en servicio social obligatorio, que vienen de ciudades capitales y desconocen las características culturales del municipio (27).

En el análisis de las demoras en salud, el 80% de los casos de mortalidad materna presentaron hallazgos compatibles con primera demora, es decir con el reconocimiento de los síntomas de alarma, actividad que está sujeta a la autonomía y al conocimiento de la mujer (23). El Estado, las Instituciones prestadoras de salud y las entidades promotoras de salud son responsables de generar una demanda inducida a las actividades de promoción y prevención, son responsables de socializar los signos de alarma de la gestación, de enseñar la importancia de asistir a control prenatal y de garantizar la atención con un enfoque diferencial (22).

El 100% de los casos de MM y el 90% de los casos de MME presentaron hallazgos compatibles con la cuarta demora, es decir con una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se encuentran la falta de competencia (conocimiento, destreza habilidades y actitud) y la falta de insumos, medicamentos y equipos adecuados (23). Esto es evidente si consideramos que la mayoría de los casos del estudio se presentaron en la zona urbana donde se encuentran los centros médicos hospitalarios.

La MM tiene un alto impacto dado que genera no solamente la pérdida de mujeres en plena potencialidad de su vida, sino que adicionalmente afecta a sus familias y entornos. La orfandad, 14 niños en el presente estudio, deja en evidencia la gravedad de este fenómeno en Leticia. La madre es fundamental para el desarrollo psicoemocional de los niños. Dado lo anterior resulta importante brindar una

atención integral, para prevenir daños en la salud física y psicológica de la gestante y de su familia (18). La principal causa de mortalidad en este estudio fue la sepsis obstétrica, causa evitable.

La organización mundial de la salud calcula que por cada MM en Latinoamérica, 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con la gestación y aproximadamente 30 quedan con secuelas (28). La causa principal MME en este estudio fue el shock hipovolémico por hemorragia obstétrica patología considerada evitable (26).

Es importante reconocer que el presente estudio tiene limitaciones importantes. En primer lugar se trata de un estudio descriptivo que no permite comparar las características de las gestantes estudiadas con las características de las gestantes que no presentaron MM ni MME. En segundo lugar se contó con una muestra muy pequeña que no permitió realizar comparaciones o asociaciones entre los dos grupos estudiados (MM y MME). Sin embargo, es importante destacar que se realizó un estudio descriptivo y a profundidad de los casos tanto de MM como de MME en el municipio de Leticia que permite conocer las características de las gestantes afectadas.

La información proveniente de este estudio permite conocer los factores que deben ser priorizados para prevenir la MM y la MME en el municipio de Leticia, es necesario mejorar el control prenatal, trabajar en las demoras 1 y 4 y garantizar una atención diferencial a mujeres de etnia indígena. Los estudios en zonas vulnerables permiten aumentar el conocimiento y generar estrategias de solución que impacten en los indicadores sociales y de salud (19)(20). Tanto la MM como la MME son eventos de notificación obligatoria, por lo que se debe seguir fortaleciendo la

notificación y la descripción de los casos para generar un análisis específico, para la toma de decisiones e implementar la búsqueda de estrategias que permitan controlar los desenlaces en salud de la población obstétrica. El nuevo modelo de atención en salud para Colombia debe enfocarse en soluciones que permitan adecuar rutas de atención integral en lugares alejados y vulnerables como Leticia(21), las cuales deberán ser socializadas entre la población prestadores de los servicios de salud, entes departamentales y municipales con el fin de disminuir los casos de muerte y morbilidad materna extrema en la región. Se requiere optimizar programas de planificación familiar, mejorar la gestión de riesgo obstétrico y fortalecer las instituciones prestadoras de servicios de salud y los sistemas de transporte.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud de Amazonas. Análisis de Situación de Salud de Fronteras (ASIS) Amazonas- Municipios Fronterizos de Leticia, Puerto Nariño, Puerto Alegría, El Encanto, Tarapacá, Puerto Arica. Guía Andina. 2012;
2. Leticia A. Amazonas Leticia 2015. 2015;
3. Group WB. WHO_2015_Trends in maternal mortality. 2015
4. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Oms [Internet]. 2012;1–66. Available from: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=304-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-1
5. INS IN de S. Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad materna. Vol. 1. Bogotá: Instituto Nacional de Salud INS; 2016. p. 93.
6. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, 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.
7. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. Reprod Health [Internet]. 2008;5(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-5-6>
8. Colombia., DANE., Dirección de Censos y Demografía. La Mortalidad Materna y Perinatal en Colombia en los albores del siglo XXI. Estimación del Subregistro de nacimientos y defunciones y estimaciones ajustadas de

- nacimientos, mortalidad materna y perinatal por departamentos. 2006;46.
9. Ministerio De Salud Y Protección Social. Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. Dane. 2011;1–160.
 10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. 2015.
 11. Lim SS, Allen K, Bhutta ZA, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1813–50.
 12. Rochel DF. Informe anual departamental de maternidad segura 2016 (mortalidad materna, morbilidad materna extrema mortalidad perinatal y neonatal tardía). Leticia: Gobernación del Amazonas; 2017.
 13. Picón Acuña JE. Transformación urbana de Leticia: énfasis en el período 1950–1960. Leticia: Universidad Nacional de Colombia sede Amazonia; 2010. 144 p
 14. Wang YQ, Ge QG, Wang J, Niu JH, Huang C, Zhao YY. The WHO near miss criteria are appropriate for admission of critically ill pregnant women to intensive care units in China. *Chin Med J (Engl)*. 2013;126(5):895–8.
 15. Ministerio de la Protección Social. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. Una nueva estrategia para la reducción de la mortalidad materna en américa latina. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
 16. Acelas-Granados DF, Orostegui A, Alarcón-Nivia MÁ. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Rev Chil Obs Ginecol* [Internet]. 2016; 81(3):181–188. Available from: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.ACELASGRANADOS0.pdf>
 17. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2014;2(6):323–33.
 18. Ángel M, Calderón K, Montes PB, Campuzano M. Aspectos sociales de la mortalidad materna . Estudio de caso en el Estado de México. *Med Soc* [Internet]. 2007; 2(4):205–11. Available from:

- <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf>
19. PNUD. Colombia rural: Razones para la esperanza [Internet]. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. 2011. 440 p. Available from: http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-ic_indh2011-parte1-2011.pdf
 20. Andrés G. Martínez. Colombia tierra querida: La cara amable de Colombia Toda la información sobre Colombia. 2017.
 21. Ruiz F, Salud MEZVDE, Servicios DE. MIAS Ministerio de salud y protección social de Colombia.
 22. República de Colombia, Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. (Resolución 412 de 2000). Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=9774&IDCompany=3>
 23. Acelas-Granados, David F., Andrea Orostegui, and Miguel Ángel Alarcón-Nivia. "Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia." Revista chilena de obstetricia y ginecología 81.3 (2016): 181-188
 24. República de Colombia, Ministerio de Salud, Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud, 2015. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
 25. República de Colombia, Ministerio de Salud, Profamilia. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Pág. 32. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Bibliotecahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
 26. Murgueitio, J. A., and J. P. Herrera-Escobar. "Mortalidad materna evitable: meta del milenio como propósito nacional." Monitor Estratégico (2014): 4-9.
 27. Bello – Álvarez, L.M & Baños, A.J.P (2017). Caracterización de la mortalidad

materna en comunidades indígenas Colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos Centinela. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

28. John Jairo Zuleta, La morbilidad maternal extrema: una oportunidad para aprender experiencias exitosas en el manejo de las complicaciones obstetricas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1. Razón de mortalidad materna anual Colombia y Leticia, Amazonas

Lugar	2013	2014	2015	2016
Leticia	141.84	65.62	134.23	73.91
Colombia	55.25	53.65	53.71	43.80

Cálculos realizados con datos de: SISPRO. Cubo de indicadores estadísticas vitales 2005- 2016
ASIS 2016 Colombia

Tabla 2. Distribución de las variables socio-demográficas

Variable	Categoría	Distribución de variables			
		Morbilidad Materna Extrema N:30 (83,3 %)		Muerte Materna N:6 (16.7 %)	
		Mediana	RIC (25-75)	Mediana	RIC (25-75)
CUANTITATIVA					
	EDAD	24	18.7-30	27.5	16.5-31
CUALITATIVA		N	%	N	%
AÑOS DE OCURRENCIA DEL EVENTO	2012	3	10	0	0
	2013	0	0	1	16.6
	2014	4	13.3	1	16.6
	2015	12	40	3	50.0
	2016	11	63	1	16.6
ESTADO CIVIL	Soltera	15	50	4	66.7
	Unión Libre	13	43.3	1	16.7
	Separada	1	3.3	1	16.7
INDIGENAS	Indígena	14	46.7	4	66.7
	No Indígena	16	53.3	2	33.3
ESCOLARIDAD	Sin educación	5	16.7	0	
	Primaria Incompleta	2	6.7	2	33.3
	Primaria Completa	1	3.3	0	
	Bachillerato Incompleto	8	26.7	0	
	Bachillerato Completo	1	3.3	3	50
	Sin información	13	43.3	1	16.7
AREA DE OCURRENCIA	Casco Urbano	22	73.3	3	50
	Área Rural	6	20.0	3	50
	Corregimientos Departamentales	2	6.7	0	
OCUPACION	Hogar	24	80	4	66.7
	Estudiante	6	20	1	16,7

Tabla 3. Distribución de las variables de control prenatal para muerte materna y morbilidad materna extrema

Variable	Categoría	Distribución de variables			
		Morbilidad Materna Extrema		Mortalidad Materna	
		Mediana	RIC (25-75)	Mediana	RIC (25-75)
CUANTITATIVA					
	Semana de inicio de control prenatal	20	11.5-25.5	N/a	N/a
	Número de controles prenatales	1.5	0.75-3.25	1	0-2
	Número de semanas MME-MM	36	24.50-38	20	14-32
CUALITATIVA		N	%	N	%
REMITIDO DE OTRA INSTITUCION	SI	7	23.3	1	16.7
	NO	23	76.7	5	83.3
PARIDAD	Prim gestante	10	33.3	2	33.3
	Múltipara	10	33.3	2	33.3
	Gran Múltipara	10	33.3	2	33.3
EMBARAZO PLANEADO	SI	2	6.7	0	
	NO	28	93.3	6	100
PLANIFICACION FAMILIAR	SI	1	3.3	0	
	NO	29	96.7	6	100
REGULACION DE LA FECUNDIDAD	No uso método por desconocimiento	6	20	0	
	No uso método por problemas Administrativos	3	10	1	16.7
	No uso método por que no deseada	6	20	1	16.7
	Método Natural	4	13.3	4	66.7
	Otros	8	26.7	0	
	Sin información	3	10	0	
	SI	23	76.7	3	50

CONTROLES PRENATALES	NO	7	23.3	3	50
TOTAL HIJOS DE MUJERES FALLECIDAS	Hijos vivos	N/A		14	100
PACIENTE ASEGURADO	SI	29	96.7	5	83.3
	NO	1	3.3	1	16.7

Tabla 4. Descripción de las condiciones para la presentación de los eventos mortalidad materna y morbilidad materna extrema.

Variable	Categoría	Distribución de variables			
		Morbilidad Materna Extrema		Mortalidad Materna	
		N	%	N	%
CUALITATIVA					
MOMENTO EL EVENTO	Antes de Parto	5	16.7	3	50
	Durante el parto	17	56.7	3	50
	Después del parto	8	26.7		
CAUSAS	Trastornos Hipertensivos	9	30	0	
	S. Hipovolémico /Hemorragia	16	53.3	1	16.7
	Sepsis Obstétrica	2	6.7	3	50
	Insuficiencia Respiratoria	0		1	16.7
	Otras causas sin establecer	3	10	1	16.7
DEMORA 1	SI	15	50	5	83.3
	NO	15	50	1	16.7
DEMORA 2	SI	1	3.3	2	33.3
	NO	29	96.7	4	66.7
DEMORA 3	SI	3	10	1	16.7
	NO	27	90	5	83.3
DEMORA 4	SI	27	90.0	6	100.0
	NO	3	10	0	0