

ANÁLISIS MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTÁ EN LOS AÑOS 2006, 2007 Y
2008

ANDREA ALZATE BERRÍO
ALCIDES CAMILO BRACHO CHURIO
LUISA MALELY FAJARDO BERNAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
BOGOTÁ, 2010

ANÁLISIS MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTÁ EN LOS AÑOS 2006, 2007 Y
2008

ANDREA ALZATE BERRÍO
597840
ALCIDES CAMILO BRACHO CHURIO
597841
LUISA MALELY FAJARDO BERNAL
597842

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

DIRIGIDO POR:
DR. ARTURO JOSE PARADA BAÑOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
BOGOTÁ, 2010

A nuestras familias, a nuestros compañeros
residentes, profesores y especialistas,
a nuestras pacientes presentes y futuras.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Secretaria Distrital de Salud por permitirnos acceder a los registros de las pacientes fallecidas durante los años del trabajo.

Y a todos los profesores y especialistas que nos dieron espacio para completar nuestro trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	10
1.1 MUERTE MATERNA.....	11
1.2 NACIMIENTO VIVO	11
1.3 EDAD GESTACIONAL.....	11
1.4 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA:.....	11
1.5 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.....	12
1.6 CONTROL PRENATAL.....	14
2. ESTADO DE LA MORTALIDAD MATERNA A NIVEL MUNDIAL.....	16
2.1 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA A NIVEL MUNDIAL	16
2.2 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EL MUNDO.....	17
2.3 MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA.....	22
2.4 ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE SALUD A NIVEL MUNDIAL	24
2.5 CONSIDERACIÓN SOBRE EL ABORTO A NIVEL MUNDIAL	25
3. MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA.....	26
3.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS - COLOMBIA	27
3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA	35
3.3 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA POR DEPARTAMENTOS	38
3.4 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA POR CAUSA.....	41
3.5 DISTRIBUCION POR EDADES DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA	43

4.	MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTA D.C.....	46
5.	DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	51
5.1	ALTA FECUNDIDAD.....	51
5.2	BAJA PREVALENCIA DE ANTICONCEPCIÓN.....	51
5.3	EDADES EXTREMAS DE LA VIDA.....	51
5.4	TIPO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD.....	51
5.5	NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MATERNAS.....	51
5.6	SITIO DE RESIDENCIA.....	52
5.7	DESPLAZAMIENTO.....	52
5.8	BAJA COBERTURA Y CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD.....	52
5.9	DEMORAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA, COMO DETERMINANTE DE MORTALIDAD.....	52
6.	ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	55
6.1	LEGISLACIÓN DE LA MUJER.....	55
6.2	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS.....	61
7.	IMPACTO DE GUIAS Y NORMAS EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD.....	67
7.1	DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA.....	68
7.2	PASOS QUE DEBEN SEGUIRSE EN LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA.....	75
8.	OBJETIVO GENERAL.....	78
9.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	79
10.	METODOLOGIA.....	80
10.1	TIPO DE ESTUDIO.....	80
10.2	MUESTRA.....	80

10.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	80
10.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	81
10.5 VARIABLES	81
10.6 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	90
10.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	91
11. RESULTADOS.....	92
11.1 RESULTADOS 2006	92
11.2 RESULTADOS 2007	112
11.3 RESULTADOS 2008	127
12. ANÁLISIS DE RESULTADOS GENERALES.....	145
13. RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS)	150
13.1 RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2006	150
13.2 RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2007	171
13.3 RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2008	194
14. ANALISIS DE RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE.....	218
14.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2006.....	218
14.2. ANALISIS DE RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2007.....	222

14.3. ANÁLISIS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS 2008.....	225
15. CONCLUSIONES	230
16. RECOMENDACIONES.....	232
BIBLIOGRAFIA.....	233
ANEXO A.....	236

INTRODUCCIÓN

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta la etapa reproductiva. Los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan, el nivel socioeconómico, educativo, legal o familiar de la mujer y lo relativo a su estado de salud así como patologías previas y su estado nutricional, su conducta reproductiva e historia obstétrica, el acceso y calidad de servicios de atención materna y planificación familiar (1).

La gran mayoría de las muertes maternas son evitables ya que se conocen las principales causas y factores determinantes, y a la vez se cuenta con el material científico y tecnológico para evitarlas en la mayoría de los casos.

Es claro que facilitando el acceso a los servicios de salud de buena calidad se realizará detección temprana del riesgo, remisión adecuada al hospital de nivel correspondiente y se reduciría la mortalidad, sin embargo hay que tener en cuenta que ocurren situaciones impredecibles que ponen en riesgo la vida de la materna y que no pueden ser detectadas en el control prenatal.

La “evitabilidad” estimada de las muertes maternas oscila de acuerdo con diferentes estudios realizados en América Latina entre un 52% en México a un 92% en Colombia. Corrigiendo únicamente las omisiones de los servicios de salud y modificando la conducta familiar al respecto de la maternidad y el uso de los servicios de salud se podría evitar aproximadamente el 85% de las muertes maternas(1).

1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Es importante tener claras ciertas definiciones operativas para tener una nomenclatura unánime:

1.1 MUERTE MATERNA

Defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o durante el puerperio (42 días posparto), independiente del sitio del embarazo y del tiempo de duración de este. Se excluyen muertes por accidentes, envenenamientos y homicidios. Para considerar muerte materna la muerte debe estar relacionada o agravada por el proceso mismo del embarazo, parto o puerperio o la atención recibida durante estos procesos. (1).

Según la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión, organización mundial de la salud, Ginebra 1992 se define muerte materna como:

“la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de un plazo de 42 días a partir de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y de la ubicación del embarazo, por cualquier causa derivada del embarazo, o agravada por éste, o relativa a la forma en que se ha dispensado el tratamiento, pero no por causas accidentales o incidentales”.(5)

Desde el punto de vista obstétrico se dividen en muertes *directas* o *indirectas*, donde las primeras son consecuencia de complicaciones debidas a tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o una mezcla de estas. Las indirectas son consecuencia de enfermedades pre-existentes o que aparecen durante el embarazo que sin estar relacionadas con este provocan la muerte.

El CIE 10 según estas características las define así:

1.1.1 Muertes obstétricas directas: son aquellas que resultan de las complicaciones obstétricas durante el embarazo (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos, o de la cadena de eventos resultante de los eventos anteriores.(6)

1.1.2 Muertes indirectas: son aquellas que resultan de una enfermedad existente previamente o enfermedad que se desarrolla durante el embarazo la cual no tiene una causa obstétrica indirecta pero es agravada por los efectos del embarazo (6).

1.2 NACIMIENTO VIVO

Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida como latidos del corazón pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un nacido vivo (5).

1.3 EDAD GESTACIONAL

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (5).

1.4 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA:

El denominador para calcular la mortalidad materna debe especificarse ya sea como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos (5).

La mortalidad materna se debe expresar como una Razón entre numerador y denominador, multiplicado por K (donde K puede ser 1000, 10.000 o 100.000, como se prefiera o se indiquen el país). Esta Razón puede expresarse así: (5).

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA = RMM

$$\text{RMM} = \frac{\text{Muertes Maternas (Directas e indirectas)}}{\text{Nacimientos Vivos}} \times K$$

En Colombia se tiene en cuenta para la Razón de Mortalidad Materna, el número de Muertes Maternas por 100.000 Nacidos vivos. En esta investigación se tendrá en cuenta esta definición.

1.5 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Constituyen los factores que originan la muerte materna. Son múltiples las causas de mortalidad materna. Para esta investigación, teniendo en cuenta los diagnósticos definidos por el CIE 10, se han distribuido las diferentes causas en 7 grupos:

1. Trastornos hipertensivos en el embarazo.
2. Hemorragias durante el embarazo o el parto.
3. Infección embarazo, parto y puerperio.
4. Aborto.
5. Complicaciones durante el trabajo de parto y el parto.
6. Muertes de causa no especificada.
7. Otras causas de muerte materna.

Cada uno de estos grupos incluyen los siguientes diagnósticos (se tiene en cuenta la clasificación CIE 10):

- 1. Trastornos hipertensivos en el embarazo:**
 - a. **O13** hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa
 - b. **O14** hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa
 - c. **O141** preeclampsia severa
 - d. **O149** preeclampsia no especificada
 - e. **O15** eclampsia
 - f. **O10** hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio
 - g. **O16** hipertensión materna no especificada
- 2. Hemorragias**
 - a. **O72** hemorragia postparto
 - b. **O00** embarazo ectópico

- c. **O45** desprendimiento prematuro de la placenta
- d. **O44** placenta previa
- e. **O67** trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto no clasificados en otra parte
- f. **O20** hemorragia precoz del embarazo
- g. **O678** otras hemorragias intraparto
- h. **O083** choque consecutivo al aborto , al embarazo ectópico y al embarazo molar
- i. **O722** hemorragia posparto secundaria o tardía
- j. **O720** hemorragia en el tercer periodo del parto

3. Aborto

- a. **O03** aborto espontáneo
- b. **O06** aborto no especificado
- c. **O060** otro aborto no especificado: incompleto, complicado con infección genital y pélvica
- d. **O051** otro aborto complicado por hemorragia excesiva o tardía
- e. **O062** aborto no especificado: incompleto complicado por embolia
- f. **O063** aborto no especificado: incompleto con otras complicaciones especificadas y las no especificadas

4. Infección perinatal y sepsis puerperal

- a. **O85** sepsis puerperal
- b. **O411** infección de la bolsa amniótica o de las membranas
- c. **B24** enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación
- d. **O98** enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio
- e. **B20** enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias
- f. **O23** infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo
- g. **B23** enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras afecciones
- h. **O86** otras infecciones puerperales
- i. **B21** enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en tumores malignos.
- j. **B22** enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas.
- k. **O905** otra complicación del puerperio no especificada

5. Complicaciones durante el trabajo de parto y el parto

- a. **O62** anomalías de la dinámica del trabajo de parto
- b. **O75** otras complicaciones del trabajo de parto y del parto no clasificadas en otra parte
- c. **O66** otras obstrucciones del trabajo de parto
- d. **O73** retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia

- e. **O339** desproporción cefalopélvica de origen no especificado
 - f. **O619** fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto
 - g. **O669** otras obstrucciones especificadas del trabajo de parto
 - h. **O758** otras complicaciones no especificadas del trabajo de parto y del parto
- 6. Muertes maternas de causa no conocida**
- a. **O95** muerte obstétrica de causa no especificada
- 7. Otras**
- a. **O99** otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio
 - b. **O88** embolia obstétrica
 - c. **O881** embolia amniótica
 - d. **O888** otras embolias obstétricas
 - e. **O71** otro trauma obstétrico
 - f. **O90** complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte
 - g. **O96** muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto
 - h. **E23** hipofunción y otros trastornos de la glándula hipófisis
 - i. **O02** otros productos anormales de la concepción
 - j. **O22** complicaciones venosas en el embarazo
 - k. **O25** desnutrición en el embarazo
 - l. **O29** complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo
 - m. **O41** otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas
 - n. **O87** complicaciones venosas en el puerperio
 - o. **O269** complicación relacionada con el embarazo no especificada
 - p. **O101** enfermedad hipertensiva preexistente que complica el embarazo , el parto y el puerperio
 - q. **O97** muerte por secuelas de causas obstétricas directas
 - r. **O719** trauma obstétrico no especificado

1.6 CONTROL PRENATAL

El control prenatal está constituido por una serie de visitas médicas encaminadas al cuidado del embarazo (madre y feto), antes del parto, con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y neonatal. Los programas de control prenatal tal como se aplican actualmente, están basados en modelos desarrollados en Europa durante las primeras décadas del siglo pasado. No obstante, a medida que el conocimiento y la tecnología médica han evolucionado, se han incorporado nuevas tecnologías al control prenatal de rutina, especialmente en los procesos de detección. Lamentablemente, no se ha logrado evaluar con criterio científico la significancia de la frecuencia, de las consultas prenatales y los intervalos entre las mismas. Los estudios observacionales suelen demostrar que las mujeres que

reciben control prenatal tienen menor mortalidad materna y perinatal y los resultados del embarazo son mejores. (28).

En esta investigación se considerará como Control Prenatal, una o más consultas con el personal de salud (Promotora de salud, Enfermera, Médico o Especialista) encaminadas al cuidado del Embarazo.

2. ESTADO DE LA MORTALIDAD MATERNA A NIVEL MUNDIAL

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. (2)

En el mundo por cada 100.000 nacidos vivos mueren: en África 900 maternas, Asia 490 maternas, Oceanía 430 maternas, Sudeste asiático 300 maternas, Asia occidental 160 maternas, América Latina y el Caribe 130 maternas y Asia oriental 50 maternas. Estas son estimaciones de mortalidad materna, 2005, OMS/UNICEF/UNFPA (2).

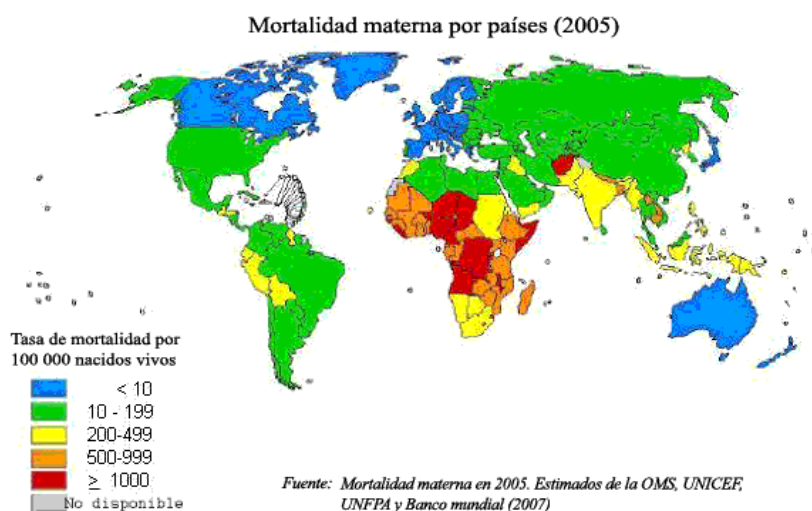
De los 190 países miembros de la OMS, solo 78 países informan correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de Mortalidad materna, lo que significa el 35% de la población mundial. (24).

El 15% de las mujeres grávidas desarrollan complicaciones que ponen en riesgo su vida; 300 millones de mujeres embarazadas sufren complicaciones a largo o corto plazo. (24).

El 53% de los partos en los países en desarrollo anuales se realizan sin atención profesional (médicos - matronas). (24)

2.1 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA A NIVEL MUNDIAL

Gráfico 1. Mortalidad materna en el mundo por países 2005.

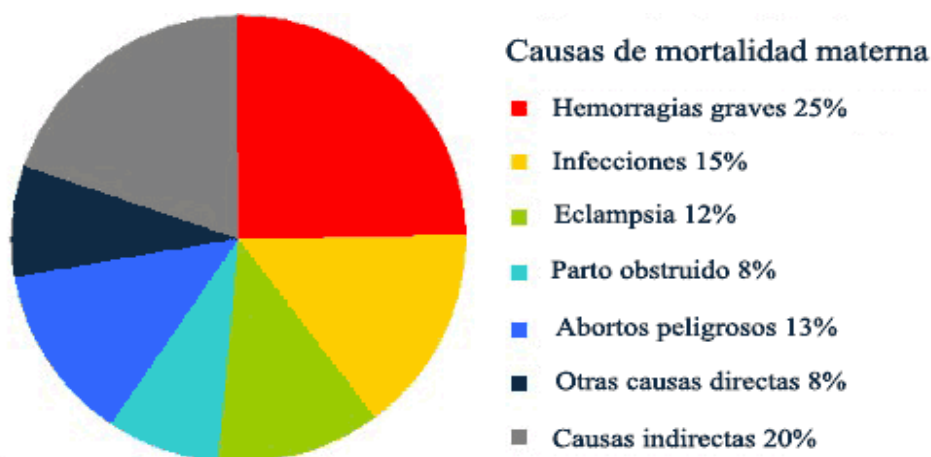


Del total de defunciones de madres en todo el mundo, casi dos terceras partes se deben a cinco causas directas: hemorragia, trabajo de parto obstruido, eclampsia (hipertensión a consecuencia del embarazo), sepsis y aborto realizado en malas condiciones. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, la distribución de causas de mortalidad materna es la siguiente: hemorragia 25%, infección 15%, aborto 13%, eclampsia 12%, trabajo de parto obstruido 8%, causas indirectas (anemia, paludismo, cardiopatías) 20%, otras causas directas (ectópico, embolia y complicaciones anestésicas) 8%. (2).

Según la reunión de especialistas en salud materna reunidos en Bellagio Italia, en el 2003, se determinaron como las cinco principales causas directas de mortalidad materna alrededor del mundo una distribución idéntica a la dada por la OMS (7).

Gráfico 2. Causas de mortalidad materna 2005



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

2.2 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EL MUNDO

La mortalidad materna es un indicador de la salud de la mujer y una variable indicativa del desempeño de los sistemas de atención de salud. La mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave de varias cumbres y conferencias internacionales desde finales de los ochenta, y también de la Cumbre del Milenio de 2000. Uno de los ocho Objetivos de

Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados en la Cumbre del Milenio es mejorar la salud materna (ODM 5). Dentro del marco de seguimiento de los ODM, la comunidad internacional se comprometió a reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartos. Sin embargo, el seguimiento de los progresos hacia esa meta ha sido problemático, pues la mortalidad materna es difícil de medir, especialmente en los países en desarrollo, caracterizados por la precariedad de sus sistemas de información sanitaria y de registro civil. Esto ha despertado el interés por el uso de indicadores alternativos para vigilar los progresos. Se tienen en cuenta dos indicadores asociados a la mortalidad materna: el porcentaje de partos atendidos por un agente de salud debidamente capacitado para ello, y las tasas de parto por cesárea. (2)

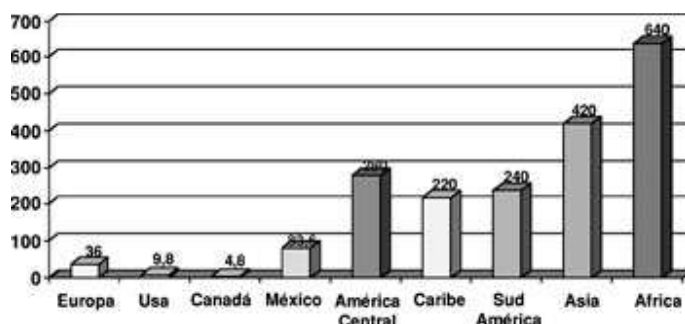
Analizados por Continentes es posible comprobar las grandes y trágicas diferencias en las Razones de Mortalidad, que se demuestran en la siguiente tabla: (24)

Tabla 1. Mortalidad materna en el mundo 2003

PAIS	MORTALIDAD x100.000NACIDOS VIVOS
AFRICA	
AFRICA ORIENTAL	660
AFRICA CENTRAL	690
NOR AFRICA	500
AFRICA DEL SUR	570
ASIA	
ASIA ORIENTAL	55
ASIA SUR ESTE	420
ASIA SUR	650
ASIA OCCIDENTAL	340
AMERICA DEL SUR	240
CARIBE	220
CENTRO AMERICA	280
EEUU	9,8
CANADA	4,8
MEXICO	83,6
EUROPA	36

Fuente: Revista chilena de obstetricia y ginecología (24)

Grafica 1. Mortalidad materna en el mundo 2003



Fuente: Revista chilena de obstetricia y ginecología (24)

El riesgo de morir de mujeres en el embarazo y parto, señalan la mortalidad materna como indicador de desigualdades. Destacando en este cuadro que África con el 20% de los nacimientos en el mundo, es el responsable del 40% de la mortalidad materna. (24)

Los datos sobre el segundo indicador identificado para el seguimiento de los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, es decir, la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado (doctor, partera o enfermera) indican que tal asistencia es limitada allí donde las defunciones maternas también constituyen un problema importante. En África, menos del 50% de los partos cuentan con la asistencia de un trabajador sanitario cualificado, según los datos más recientes disponibles a pesar de un aumento del 43% al 57% entre 1990 y 2005 en todas las regiones en desarrollo, como se indica en el Informe 2007 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tales cifras están muy por debajo de la meta mundial para este indicador, que, acordada en una sesión extraordinaria de las Naciones Unidas en 1999, pretende garantizar que al menos el 90% de los alumbramientos mundiales sean asistidos por personal sanitario cualificado en 2015.(2)

En general, las tasas de parto por cesárea se mantuvieron estables durante los años noventa. Los países con las tasas mas bajas de parto por cesárea y con las mayores necesidades fueron los que registraron la menor variación. Este análisis nos lleva a concluir que, aunque quizá hay motivos para ser optimistas respecto a las tendencias de la mortalidad materna en zonas del norte de África y en América Latina, Asia y Oriente Medio, la situación en el Africa subsahariana sigue siendo preocupante. (25)

En septiembre de 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, aprobó unánimemente el documento CSP26/14 Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad maternas. Al firmar y adoptar las

resoluciones propuestas, los países miembros se comprometieron a priorizar la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y a avanzar conjuntamente en el logro de las metas del milenio.

La reducción de la mortalidad materna es uno de los principales objetivos en las conferencias internacionales y es uno de las metas en el desarrollo del milenio; la mortalidad maternal es difícil de medir lo que dificulta evaluar adecuadamente las dimensiones del problema y evaluar los progresos adecuadamente. (27)

La mortalidad materna se ha estimado por diferentes organizaciones en el año 2000; entre las que se encuentra las Naciones Unidas, la organización Mundial de la Salud, UNICEF y UNFPA el cual fue dado a conocer en el 2004. (27).

Tabla 2. Estimaciones Mortalidad materna en el mundo para 2005

REGION	Mortalidad Materna (muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos	Número de muertes maternas	Riesgo defunción materna: 1 de:
TOTAL MUNDIAL	400	536.000	92
REGIONES DESARROLLADAS	9	960	7.300
PAISES COMUNIDAD DE ESTADOS INDEPENDIENTES	51	1.800	1.200
REGIONES EN DESARROLLO	450	533.000	75
AFRICA	820	276.000	26
NORTE DE AFRICA	160	5.700	210
AFRICA SUBSAHARIANA	900	270.000	22
AMERICA LATINA Y CARIBE	130	15.000	290
ASIA	330	241.000	120
ASIA MERIDIONAL	490	188.000	61
SUDESTE ASIATICO	300	35.000	130
ASIA OCCIDENTAL	160	8.300	170
ASIA ORIENTAL	50	9200	1200
OCEANIA	430	890	62

Fuente: Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial (2)

Tabla 3. Tasa de mortalidad materna, número de muertes maternas

Región	Mortalidad Materna (muertes maternas por 100,000 nacidos vivos)	Número de muertes maternas	Riesgo de morir 1:	Rango de equivocación en MMR estimados	
				Menor estimado	Mayor estimado
OMS Africa	820	276.000	26	410	1.400
OMS Américas	130	15.000	290	81	230
OMS Este Mediterraneo	460	71.000	41	130	830
OMS Europa	39	3.900	1.300	19	61
OMS Sureste de Asia	300	35.000	130	160	550
OMS Oeste Asia	160	8.300	170	62	340
Pacifico	81	21.000	540	39	140
Estados miembros no	51	1.800	1.200	28	140
MUNDO	400	536.000	92	220	650

Fuente: OMS, UNICEF y UNFPA informe elaborado en el año 2005

Comparando las estadísticas del año 2005 con las del año 1990 se evidencia una disminución en el número absoluto de muertes maternas de 576.000 en 1990 a 536.000 en el 2005, y aumento en de 529.000 en el 2000 a 536.000 en 2005. A nivel mundial, se registró un descenso del 5,4% en la RMM entre 1990 y 2005. El Asia oriental registró el mayor descenso (47,1%) frente al del África subsahariana (1,8%). A diferencia de las otras regiones ODM, el África subsahariana experimentó un aumento del número de defunciones maternas (de 212 000 en 1990 a 270 000 en 2005) con un incremento concomitante del número

de nacidos vivos (de 23 millones en 1990 a 30 millones en 2005), lo que se tradujo en una modificación de la RMM insignificante entre 1990 y 2005.

Tabla 4. Mortalidad Materna 1990 versus 2005

Región	2005		1990	
	Tasa de mortalidad materna	Muertes Maternas	Tasa de mortalidad materna	Muertes Maternas
MUNDO TOTAL	400	536.000	430	576.000
REGIONES DESARROLLADAS	9	960	11	1.300
Estados no miembros	51	1.800	58	2.800
REGIONES EN VIA DE DESARROLLO	450	533.000	480	572.000
Africa	820	276.000	830	221.000
Norte de Africa	160	5.700	250	8.900
Africa subsahariana	900	270.000	920	212.000
Asia		241.000	410	329.000
Este Asia	50	9.200	95	24.000
Asia Surcentral	490	188.000	620	241.000
Asia Sureste	300	35.000	450	56.000
Oeste de Asia	160	8.300	190	8.500
America Latina y el Caribe	130	15.000	180	21.000
Oceania	430	890	550	1.000

Fuente: Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial (2)

2.3 MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA

Teniendo en cuenta las últimas estadísticas mundiales dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud, Comparando la tasa de mortalidad en Latinoamérica con la de países desarrollados vemos hay una diferencia muy significativa. Se debe tener en cuenta que hay países con estadísticas que están retrasadas y no se puede realizar una comparación adecuada. (27) Los siguientes son datos de Mortalidad Materna para los países de América Latina.

Tabla 5. Mortalidad en América Latina 2005

	AÑO	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (muerte materna por 100,000 nacimientos vivos)
Colombia	2005	130
Argentina	2005	77
Ecuador	2005	210
Brasil	2005	110
Venezuela	2005	57
Cuba	2005	45
Chile	2005	16
Honduras	2005	280
Haiti	2005	660
Guatemala	2005	290
El salvador	2005	170
Nicaragua	2005	170
Costa Rica	2005	30
México	2005	60
Puerto rico	2005	18
Republica dominicana	2005	150
Panamá	2005	160
Uruguay	2005	20
Peru	2005	240
Paraguay	2005	150
Bolivia	2005	290
Estados Unidos	2005	11
Canadá	2005	7

Fuente Informe OMS elaborado en el 2005

Las estimaciones del 2005 no pueden ser usadas para analizar las tendencias porque tiene márgenes amplias de incertidumbre en las estimaciones de estas; pueden ser subestimadas o sobrestimadas debido a que no hay un registro adecuado. Las comparaciones entre los países deben ser cautelosa teniendo en cuenta el gran rango de incertidumbre alrededor de los puntos estimados.(27).

El siguiente paso es realizar un registro adecuado de las muertes maternas para que de acuerdo a esto se realicen medidas adecuadas y así se pueda evaluar adecuadamente y tomar las medidas para contrarrestarla.(27).

Es interesante destacar que en el mundo las causas indirectas de Mortalidad Materna, como accidentes y otras patologías sin relación directa con la gestación representan un 20% aproximadamente.(24).

2.4 ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE SALUD A NIVEL MUNDIAL

A nivel mundial se encuentra que con respecto al control de embarazo y parto por personal adiestrado, 3.240.000 madres no tienen control prenatal, 3.440.000 no reciben atención de parto en instituciones de salud. 2.980.000 no tienen acceso a atención de parto por personal calificado (24). Dentro los países que tienen menor atención por personal calificado en el mundo se encuentra Etiopia (5,6), Nepal (10,9%), Afganistán (14%), Haití (23,8%), Somalia y Nigeria 34 y 35% respectivamente. En América latina se tienen los siguientes datos:

Tabla 6. Atención del parto por personal de salud calificado para países de América latina

PAIS /REGION	%PERSONAL ENTRENADO	AÑO
Argentina	98.7	2004
Bolivia	60.8	2004
Brazil	87.6	1996
Chile	99.8	2003
Colombia	90.7	2005
Costa Rica	97.5	2002
Cuba	99.9	2004
Republica Dominicana	98.7	2002
Ecuador	68.7	1999
Mexico	85.5	1997
Panamá	92.5	2003
Paraguay	77.2	2004
Perú	71.1 ⁱ	2004
Portugal	99.7	2000
Puerto Rico	99.8	2003

Uruguay	99.4	2002
Venezuela	94.0	2000

Fuente informe mortalidad materna, OMS 2004

2.5 CONSIDERACIÓN SOBRE EL ABORTO A NIVEL MUNDIAL

Con respecto al aborto se puede decir: (2, 29)

- 211 millones de embarazos que según se estima se producen cada año, unos 46 millones acaban en abortos provocados.
- De los 46 millones de interrupciones del embarazo que se llevan a cabo anualmente en el mundo, aproximadamente un 60% se practican en condiciones seguras.
- 19 millones de mujeres experimentan un aborto no seguro cada año en el mundo; prácticamente todos ellos tienen lugar en el mundo en desarrollo. Con 34 abortos peligrosos por cada 1000 mujeres, América del Sur presenta la razón más elevada, seguida de cerca por África oriental (31 por 1000), África occidental (25 por 1000), África central (22 por 1000) y Asia meridional (22 por 1000).
- Dos terceras partes son practicados en mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 30 años. Unos 2,5 millones, esto es, casi el 14% de todos los abortos peligrosos realizados en países en desarrollo, se dan en mujeres menores de 20 años.
- El riesgo de morir resultado de un aborto peligroso es de aproximadamente 350 por cada 100.000; cada año fallecen 68 000 mujeres de este modo. 68000 mujeres mueren por complicaciones de abortos no seguros cada año en países en vía de desarrollo: África (30 000), Asia (34 000) y América Latina y el Caribe (4000)

3. MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA

El nivel de desarrollo de un país se ve reflejado directamente por la razón de mortalidad materna, por lo tanto cualquier acción que apunte a la reducción de esta, estará en beneficio de la reducción de la inequidad y el subdesarrollo. La mortalidad materna esta en medio de factores socioeconómicos culturales, legislativos y políticos.

La estimación de las cifras de mortalidad materna en Colombia presenta serios problemas. Los dos componentes de la razón de mortalidad materna provienen de las estadísticas vitales (número de muertes maternas, número de nacidos vivos; RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA: Muertes maternas / 100000 nacidos vivos), estas constituyen la única fuente de información y con frecuencia tienen problemas de calidad y cobertura.

Existen dificultades para el establecimiento de razones de mortalidad confiables: es impreciso valorar el total de muertes maternas principalmente por el subregistro de los partos ocurridos en el domicilio, imprecisión del certificado de defunción. Entre otros; así mismo, dependiendo de la fuente empleada para establecer el número de nacidos vivos (proyecciones DANE vs. Certificados de nacimiento) se producen distintos resultados. Estas dificultades en el registro, propician diferencias entre los datos emanados de distintas entidades. (3)

Utilizando como fuente los datos del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud (INS) y de la OPS (2003) consignados en el documento indicadores básicos 2008, la razón de mortalidad materna es de 75 por 100.000 nacidos vivos, en Colombia. (8-3). Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2002 a 2006, de acuerdo con lo planteado en la Conferencia Mundial Sobre la Mujer de 1995, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y la constitución nacional, ha establecido como meta el reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable, mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal (28).

3.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS - COLOMBIA

Teniendo en cuenta los datos del censo 2005 se evalúan cómo son algunos indicadores demográficos de Colombia que marcan el escenario y podrían incidir en la mortalidad Materna.

3.1.1 Estructura de la población

RESULTADOS CENSO GENERAL 2005 COLOMBIA

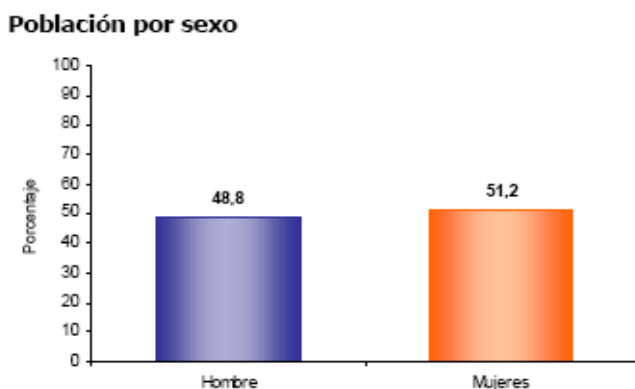
Población censada después de compensada por omisiones de cobertura geográfica y contingencia de transferencia.

Tabla 7. Estructura de la población Colombia 2005

Población	42.090.502
Cabecera	31.566.276
Resto	10.524.226
Hombres	20.668.157
Mujeres	21.422.345

Siendo mayor la población femenina en un 51,2% y hombres en un 48,8%.

Grafica 4. Población por sexo Colombia 2005



Fuente Censo General Colombia 2005

3.1.2 Dinámica de la población

Tabla 8. Tasas de reproducción y tasas de fecundidad según quinquenios 1950-2020

PERIODO	TASAS DE REPRODUCCION		TASAS DE FECUNDIDAD (POR MUJER)		EDAD MEDIA DE FECUNDIDAD (AÑOS)
	BRUTA	NETA	GLOBAL	GENERAL	
1950-1955	3,30	2,44	6,76	2,07	29,55
1955-1960	3,30	2,62	6,76	2,06	29,55
1960-1965	3,30	2,72	6,76	2,05	29,55
1965-1970	3,02	2,56	6,18	1,88	29,34
1970-1975	2,44	2,13	5,00	1,54	29,46
1975-1980	2,12	1,89	4,34	1,37	29,20
1980-1985	1,80	1,65	3,69	1,19	28,99
1985-1990	1,55	1,44	3,17	1,07	27,83
1990-1995	1,47	1,39	3,01	1,01	26,92
1995-2000	1,37	1,30	2,80	0,90	27,01
2000-2005	1,28	1,22	2,62	0,82	27,07
2005-2010	1,19	1,15	2,45	0,74	27,5
2010-2015	1,14	1,11	2,35	0,71	27,71
2015-2020	1,11	1,09	2,29	0,69	27,85

Fuente: DANE, proyecciones septiembre de 2007.

Comparando la tasa de reproducción por mujer en los años 50 y la actual vemos una reducción significativa de número de hijos descende de 6,76 a 2,35 lo que se vería reflejado también en la disminución de la tasa de mortalidad materna.

Tasa global de fecundidad por mujer en el 2008: 2,45

Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (por 1000): 90

Número de personas desplazadas por la violencia en 2009 (Red de Solidaridad Social – S.U.R. Sistema Único de Registro. Fecha de corte: diciembre 31 de 2008):301817.

3.1.3. Gasto nacional en salud

Organización Mundial de la Salud. Indicadores Colombia 2003 y DNP.

GASTO NACIONAL EN SALUD

Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$), 2003 \$116

Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB en 2003, público 3,1%, privado 1,2%, seguridad social (régimen contributivo) 3,5%, para un total 7,8%.

3.1.4 Vinculación al sistema general de seguridad social en salud en el 2006

Tabla 8. Cobertura de afiliación Colombia 2006

Régimen de Afiliación	No de Personas	Cob. Poblacional	Cob. Pobl. Potencial
Régimen subsidiado (a septiembre de 2008)	22.997.637	75,86%	24,14%
Régimen contributivo (a junio de 2008)	17.198.673	78,1%	21,9%
Regímen de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional)	N.D.	N.D.	N.D.
Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos	5.945.653	67,0%	33,0%

Profesionales			
Número de personas NO afiliadas al SGSSS	4.253.950	11,6%	N.A.
Población total (proyección 2008)	44.450.260	88,4%	

Fuente: indicadores básicos Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, 2008.

3.1.5. Indicadores de oferta de servicios de salud y seguridad social

3.1.5.1 Coberturas de servicios de salud

3.1.5.1.1 Atención del parto (2008) Preliminar

Tabla 10. Atención del parto Colombia 2008

Parto institucional	668.148	98%
Proporción de partos atendidos por médico	666.197	97%
Proporción de partos atendidos por enfermera	873	0.1%
Proporción de partos atendidos por auxiliar de	809	0.1%
Proporción de partos atendidos por promotora	269	0.03%
Proporción de partos atendidos por parteras	-	-

Fuente DANE 2008

Según la Encuesta Nacional de Demografía de Profamilia 2005 se tiene el siguiente informe sobre cobertura del parto.

El 92 % de los partos tuvo lugar en una institución de salud, la gran mayoría (88%) del sector público y el resto del sector privado. Menos de uno de cada diez (8%) nacimientos ocurrieron en la casa y muy pocos en otro lugar. En el año 2000, la proporción de personas atendidas en instituciones de salud fue algo inferior (88%) y la de aquellas que tuvieron el niño en casa un poco más alta (12 %).

Los establecimientos públicos de salud los utilizan más las mujeres menores de 35 años, con menor número de hijos, de las zonas urbanas, de Bogotá, de la región Oriental y de las cabeceras de los departamentos de la Orinoquía y Amazonía, de mayor nivel educativo y de mayor índice de riqueza, y que tuvieron más visitas prenatales.

Al sector privado acuden, sobre todo, mujeres de Barranquilla, Bogotá, Medellín y Cali; además de Norte de Santander, Atlántico, Huila, Nariño, Putumayo, San Andrés y Bolívar.

Las mujeres que tuvieron sus hijos en casa aumentan con la edad y con el número de hijos, son más de las zonas rurales, de los departamentos del Chocó (40 %), Caquetá (32%), Cauca (31 %), La Guajira (22 %), Cesar (20 %), Vaupés (16 %), Córdoba, Nariño y Magdalena (15 %). En 1990, la proporción de nacimientos ocurridos en casa en los antiguos Territorios Nacionales, fue casi una cuarta parte, en tanto que ahora solo son 5 por ciento.

La proporción de mujeres atendidas por personal de salud (médico y enfermera) durante el parto es de 91 %, cifra mayor que la lograda en el 2000 (86 %). Al 88 % la atendió un médico y a 3 % una enfermera; al 6% una partera, a 3 % parientes u otras personas, en tanto que menos del 1 % no fue atendida por nadie.

Donde se tiene la mayor atención de las parteras o comadronas es en Cauca, Caquetá y Chocó con 26 % cada uno; Cesar (16 %), Córdoba (13 %), Magdalena (10 %) y Guaviare (11 %). En La Guajira uno de cada cinco partos fue atendido por parientes; también es alta la participación de estos últimos en Vaupés, Cauca, Nariño, Caquetá y Boyacá.

En los antiguos Territorios Nacionales la atención por parte de médicos aumentó de 74 a 92% entre 1990 y 2005, casi siempre la atención es de las parteras, pero también los parientes pueden apoyar a la maternidad.

La cuarta parte (27 %) de los nacimientos fue por operación cesárea. En los antiguos Territorios Nacionales se duplicaron los nacimientos por cesárea, al pasar de 13 a 28 por ciento entre 1990 y 2005.

3.1.5.1.2 Control prenatal

El 87 % de los embarazos de los últimos cinco años fue atendido por médicos y 7 % por enfermeras. Las parteras atendieron muy pocos embarazos (menos del 1 %) y el 6 % de las embarazadas no fue atendida por nadie. (23)

Para las cabeceras de los antiguos Territorios Nacionales, en los últimos 15 años el porcentaje de atención médica pasó de 79 al 88 % y el de atención de

enfermera de menos del 1 % al 6 %; los embarazos sin atención bajaron de 20 a 6 %. (23)

Los departamentos con la mayor atención por parte de médicos (entre 90 % y 96 %) son: San Andrés, Cundinamarca, Quindío, Casanare, Risaralda, Bogotá, Caldas, Vichada, Bolívar, Putumayo y Atlántico. La región Pacífica tiene la menor proporción de atención prenatal por médico, en tanto que se tiene la mayor atención por enfermera. La atención prenatal es escasa también en el resto del litoral Pacífico (Cauca y Chocó), en La Guajira-Cesar-Magdalena, Bolívar-Sucre-Córdoba y Tolima-Huila-Caquetá.

La atención prenatal, llega casi a la totalidad entre las mujeres con educación superior (97 %) y a más de 90 % para los índices medio, alto y más alto de riqueza. (23)

Las mujeres más atendidas por médicos pertenecen a la zona urbana. El 83 % de las embarazadas (87 % urbano y 73 % rural) tuvo 4 o más visitas de control prenatal, 8 % entre 2 y 3 visitas y menos de 2 % una sola visita. El 6 % de las mujeres no tuvo ninguna visita.

La mediana de meses de embarazo a la primera visita fue de 3 meses. El 71 % fue a la primera visita prenatal cuando tenía menos de 4 meses de embarazo y 17 % cuando tenía entre 4 y 5 meses; casi 6 por ciento la tuvieron después de los 5 meses.

En cuanto al contenido del control prenatal, más de tres de cada cinco (64 %) recibieron tal información *sobre posibles complicaciones del embarazo*. A casi todas las mujeres les tomaron la presión arterial, las pesaron y les midieron la altura uterina. A 9 de cada 10 les hicieron exámenes de orina o de sangre, en tanto que a la tercera parte (35 %) le ordenaron una prueba del SIDA. El 76 por ciento recibió complementos de hierro, en pastillas o jarabe.

Dentro de la población materna cuyo parto no fue atendido por personal médico (12%) el 83% no recibió ninguna atención médica en el post-parto (ENDS 2000). A pesar que 42 días después del parto el 68.5 % de las mujeres refirieron haber presentado síntomas como fiebre (15 %) flujo vaginal (14.2%) sangrado vaginal intenso(14%) disuria (12%) infección de los senos (5,7 %) sincopes o lipotimia (4,8%), Incontinencia urinaria (2,8%). Solamente el 54% de las mujeres consulto y recibió tratamiento de un medico en los servicios de salud. 9

Por otra parte se evidencia una falta de cobertura del control puerperal que puede explicar la sepsis como una de las principales causas de muerte materna.

3.1.5.1.3 Atención del puerperio:

Menos de una de cada cinco mujeres, con nacimientos en los últimos cinco años, tuvo problemas en el postparto.

Los problemas que más se les presentaron a las mujeres durante el puerperio se relacionan con depresión postparto (16 %), sangrado intenso de la vagina (13 %), flujos o líquidos vaginales (13 %), y fiebre, temperatura o escalofrío (12 %), dolor o ardor al orinar (11 %). El 7 % tuvo infección en los senos, el 4 % tuvo desmayos o pérdida de conciencia y el 3 % sufrió de incontinencia urinaria. En la encuesta del 2000 se observó mayor proporción de mujeres con fiebre postparto que ahora (15 vs. 12 %); las otras cifras son similares a las del 2005, aunque antes no se tuvo información de la depresión postparto.

El sangrado intenso de la vagina se le presenta más a las menores de 20 años, a las que tuvieron un hijo primogénito y a las que tienen más de 5 hijos, disminuyen con el nivel educativo y con el índice de riqueza. Es alto también en las regiones Orinoquía-Amazonía (Vaupés, Guainía, Putumayo, Amazonas), Bogotá. Además Caldas y Risaralda de la región Central, Guajira, Cesar y Sucre de la región Caribe, Santanderes y Cundinamarca. No hay diferencia entre las zonas urbana y rural.

Las mujeres más jóvenes, menos educadas, de la zona rural y más pobres, sufrieron más de flujos o líquidos vaginales. Para la fiebre o temperatura no se observan diferencias por zona de residencia pero se presenta más entre mujeres menos educadas y con menos de 20 años, de Vaupés, Amazonas, Guajira, Guainía, Arauca y Bogotá.

35 % de las mujeres que sufrieron depresión postparto fue atendida. Donde menos fueron atendidas las mujeres por esta causa fue en Arauca y los Santanderes (20 %), en tanto que recibieron más atención en Bolívar (67%), Meta (57 %) y Cundinamarca Entre 49 y 61 % de los problemas del postparto recibieron atención médica. En cambio, solamente (54 %).

A quienes no habían tenido el parto en instituciones de salud se les preguntó si habían tenido control posterior al parto. El 75 % de ellas no tuvo control postnatal; 3 % lo tuvo antes de 3 días de ocurrido el parto, 3 % en los días 3 a 6 después del parto y 15 % entre 7 y 41 días después del parto; el 5 % no supo responder cuándo recibió el servicio.

Tan solo una cuarta parte de las madres que tuvieron sus niños por fuera de los servicios de salud tuvo atención postnatal: de médico (24 %) y de enfermera (3). Las que no fueron atendidas son menores de 20 años, aumentan con el número de hijos y disminuyen con la educación.

3.1.5.2 Número de instituciones prestadoras de servicios de salud con atención ambulatoria (2006)

Tabla 11. Instituciones prestadoras de salud Colombia 2006

Total	21.384
Sector público	8.400
Sector privado	12.984

Fuente Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de servicios

3.1.5.3 Recursos humanos en salud

Tabla 12. Recurso humano en salud estimaciones 2007

Razón de médicos generales por cada 1000 habitantes	0.9
Razón de médicos por cada 1000 habitantes	1.6
Razón de enfermeros profesionales por cada 1000 habitantes	0.8
Razón de odontólogos por cada 1000 habitantes	0.9
Razón de auxiliar de enfermería por cada 1000 habitantes	3.4
Promedio de médicos egresados por año (2006)	2610
Promedio de enfermeros profesionales egresados por año (2006)	1777

Fuente Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos. Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia.

3.1.6 Indicadores de mortalidad 2006

Tabla 13. Mortalidad específica Colombia 2006

Tasa de mortalidad general (por 1000 habitantes).	4,4
Tasa de mortalidad general en hombres (por 1000 habitantes)	5,1
Tasa de mortalidad general en mujeres (por 1000 habitantes)	3,7
Tasa de mortalidad materna por (100.000 nacidos vivos)	75,0

Fuente. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas vitales. Registro de nacimientos y defunciones del año 2006.

3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA

La estimación de las cifras de mortalidad materna provienen de Estadísticas vitales (muertes maternas, recién nacidos vivos), por lo tanto estas estadísticas tienen problemas de calidad y cobertura y propician diferencias en los datos aportados por las distintas entidades. Los datos que se tiene actualmente son principalmente provenientes del Ministerio de Protección Social, el Instituto nacional de salud y la OPS.¹¹ Otras fuentes que aportan datos están constituidas por el DANE, SIVIGILA y La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia 2005 (ENDS).

3.2.1 Subnotificación de las Muertes Maternas:

El estudio de éste índice de salud (Mortalidad Materna) ha sido difícil debido al déficit en los sistemas de notificación en los diferentes departamentos. Bogotá ha sido clasificado en un comportamiento regular con patrón en ascenso al igual que Bolívar y Boyacá , en cuanto a la mortalidad materna.(9.10)

Considerando que el registro de eventos al SIVIGILA, muestra que el porcentaje de notificación de casos en los diferentes territorios oscila entre 20 o 50%, se considera pertinente identificar el porcentaje de subnotificación de este evento (Mortalidad Materna), con la finalidad de identificar la confiabilidad de esta información para el análisis rutinario y la toma de decisiones. (9).

Al comparar la dos fuentes de información (Sivigila y DANE), se observó que el porcentaje de notificación del sistema de notificación semanal obligatorio, no es superior al 50 % en 1998. (9).

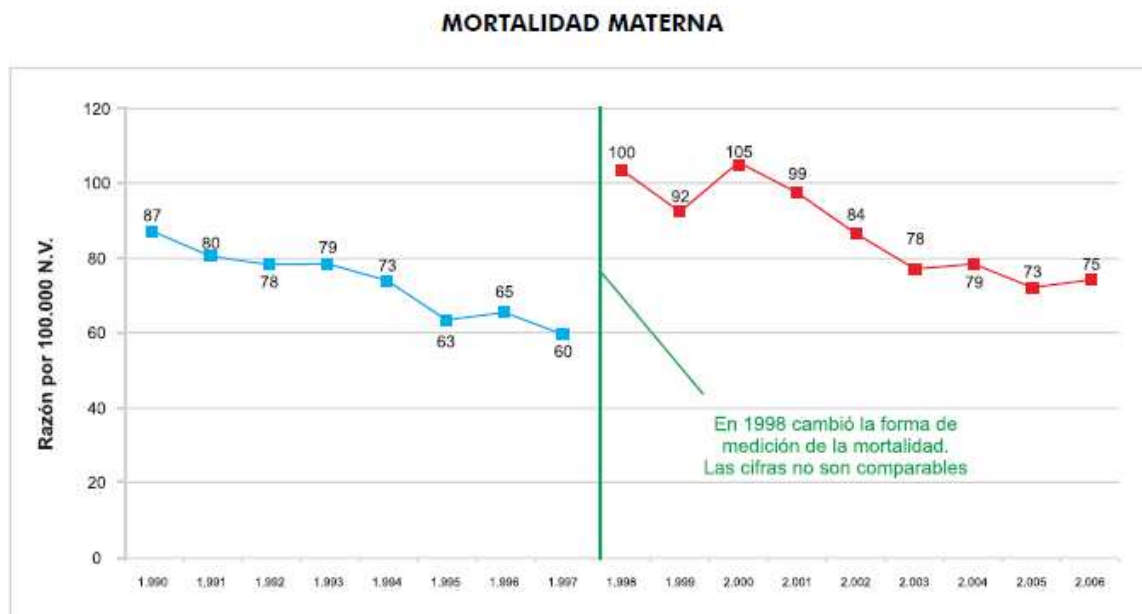
Esta misma comparación por departamentos muestra que solo 7 departamentos (Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Guaviare y Santander), tienen una notificación por encima del 70% sugiriendo una alta confiabilidad de la información obtenida. (9).

3.2.2 Reporte de muertes maternas en Colombia

3.2.2.1 Periodo 1995-2000

En Colombia, según el DANE se reportan 2.443 muertes maternas entre 1994-1998. La tasa de mortalidad materna general en Colombia ha presentado un descenso paulatino desde 1990 a 1994, con una variación diferencial entre estos años de 0,49 puntos porcentuales por año. Se presenta un descenso súbito en 1995, que se mantiene durante los siguientes 3 años, hasta 1998 donde observa un incremento las tasas de Mortalidad Materna (TMM) con valores similares a los encontrados en 1994. Este comportamiento de la TMM sugiere que en estos 3 años en Colombia el subregistro sea mayor 30% del estimado por Pabón. A Ruiz M. 1988.(9-10)

Grafico 5. Razón de mortalidad materna en Colombia 1990- 2006



Fuente: estadísticas vitales, Ministerio de la Protección social 2006

3.2.2.2 Periodo 2000-2005

Según los reportes realizados por el DANE desde el año 2000 hasta el 2007 se tienen los siguientes datos sobre la mortalidad materna en Colombia:

Tabla 14. Mortalidad materna en Colombia 2000-2007

AÑO	MUERTES MATERNAS	NACIDOS VIVOS	RAZON MORTALIDAD MATERNA
2000	790	752834	104.9
2001	714	724319	98.5
2002	591	700455	84.3
2003	553	710702	77.8
2004	569	723099	78.6
2005	526	719968	73.1
2006	536	714450	75.0
2007	536	709253	75.57

Fuente. Datos tomados del reporte aportado por el DANE 2007.

Grafica 6. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA 2000-2007



FUENTE: Reportes del DANE 2007.

Se evidencia un descenso en la razón de mortalidad materna en Colombia en los últimos 5 años, las cuales venían de un total de 790 para el año 2000, pasando a 536 muertes en el año 2007.

3.3 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA POR DEPARTAMENTOS

La mortalidad materna en Colombia se distribuye de la siguiente manera para cada departamento.

Tabla 15. Muertes maternas en Colombia por departamento 2000-2007

DEPARTAMENTO	AÑO															
	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ANTIOQUIA	76	9,6	67	9,4	55	9,3	59	10,6	65	11,4	62	11,8	70	13,1	39	7,3
ATLANTICO	35	4,4	35	4,9	33	5,6	31	5,6	30	5,3	29	5,5	31	5,8	26	4,9
BOGOTA	114	14,4	92	12,8	74	12,5	69	12,4	73	12,8	67	12,7	62	11,6	57	10,6
BOLIVAR	24	3,0	29	4,1	25	4,2	30	5,4	28	4,9	29	5,5	30	5,6	29	5,4
BOYACA	28	3,5	25	3,5	21	3,6	15	2,7	14	2,5	16	3,0	14	2,6	22	4,1

CALDAS	17	2,2	19	2,7	14	2,4	15	2,7	12	2,1	6	1,1	12	2,2	6	1,1
CAQUETA	19	2,4	18	2,5	12	2,0	5	0,9	14	2,5	8	1,5	10	1,9	11	2,1
CAUCA	41	5,2	36	5,0	23	3,9	21	3,8	22	3,9	23	4,4	18	3,4	22	4,1
CESAR	21	2,7	14	2,0	12	2,0	17	3,1	20	3,5	8	1,5	13	2,4	13	2,4
CORDOBA	38	4,8	26	3,6	26	4,4	25	4,5	29	5,1	7	1,3	14	2,6	38	7,1
CUNDINAMARCA	29	3,7	37	5,1	25	4,2	24	4,3	30	5,3	25	4,8	29	5,4	21	3,9
CHOCO	12	1,5	17	2,4	14	2,4	18	3,3	22	3,9	13	2,5	12	2,2	11	2,1
HUILA	16	2,0	19	2,7	17	2,9	22	4,0	14	2,5	8	1,5	17	3,2	15	2,8
GUAJIRA	28	3,5	4	0,6	5	0,8	10	1,8	13	2,3	15	2,9	19	3,5	20	3,7
MAGDALENA	19	2,4	27	3,8	24	4,1	22	4,0	20	3,5	23	4,4	18	3,4	31	5,8
META	17	2,2	22	3,1	15	2,5	13	2,4	11	1,9	13	2,5	14	2,6	16	3,0
NARIÑO	42	5,3	35	4,9	32	5,4	17	3,1	33	5,8	18	3,4	17	3,2	21	3,9
NORTE DE SANTANDER	19	2,4	15	2,1	17	2,9	13	2,4	14	2,5	19	3,6	13	2,4	12	2,2
QUINDIO	5	0,6	9	1,3	7	1,2	3	0,5	4	0,7	6	1,1	2	0,4	6	1,1
RISARALDA	8	1,0	12	1,7	5	0,8	8	1,4	9	1,6	9	1,7	6	1,1	8	1,5
SANTANDER	23	2,9	30	4,2	14	2,3	18	3,3	16	28,1	19	3,6	18	3,4	13	2,4
SUCRE	12	1,5	11	1,5	11	1,9	7	1,3	9	1,3	8	1,5	10	1,9	16	3,0
TOLIMA	35	4,4	17	2,4	25	4,2	25	4,5	10	1,7	20	3,8	22	4,1	14	2,6
VALLE	82	10,3	59	8,3	51	8,6	43	7,8	31	5,4	56	10,6	44	8,2	42	7,8
ARAUCA	6	0,8	10	1,4	6	1,0	3	0,5	4	0,7	3	0,6	2	0,4	5	0,9
CASANARE	2	0,3	1	0,1	3	0,5	3	0,5	4	0,7	3	0,6	3	0,6	2	0,4
PUTUMAYO	8	1,0	7	1,0	8	1,4	8	1,4	4	0,7	3	0,6	5	0,9	7	1,3
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	3	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,2	1	0,2
GUAINIA	2	0,3	1	0,1	2	0,3	0	0,0	1	0,2	2	0,4	3	0,6	0	0,0
GUAVIARE	1	0,1	10	1,4	0	0,0	3	0,5	5	0,9	3	0,6	3	0,6	1	0,2
VICHADA	7	0,9	0	0,0	2	0,3	2	0,4	3	0,5	0	0,0	1	0,2	4	0,7
AMAZONAS	0	0,0	4	0,6	3	0,5	1	0,2	2	0,4	2	0,4	0	0,0	2	0,4
VAUPES	0	0,0	1	0,1	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,4	3	0,6
EXTRANJEROS	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
SIN DATO			5	0,7	6	1,0	2	0,4	0	0,0	2	0,4	1	0,2	2	0,4
TOTAL	790	100,0	714	100,0	591	100,0	553	100	569	100	526	100	536	100	536	100

Fuente según Reportes del DANE 2000-2007.

Se ve una disminución en el número de pacientes fallecidas en todos los departamentos con excepción de Bolivar, Casanare, y Guaviare los cuales se mantuvieron a aumentaron levemente desde el año 2000 al 2005. Estos datos también se ven reflejados en la razón de mortalidad

Tabla 16. Razón de mortalidad materna por departamento 2000-2007

DEPARTAMENTO	AÑOS							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ANTIOQUIA	73,67	67,73	58,63	62,67	68,31	65,5	74,3	42,1
ATLANTICO	79,67	86,69	80	73,27	71,71	70,6	75,0	63,3
BOGOTA	86,91	71,99	59,51	56,08	59,4	55,2	50,1	44,6
BOLIVAR	73,9	100	85,19	96,99	94,6	93,2	94,3	100,4
BOYACA	121,3	111,7	98,81	71,79	67,6	78,2	70,4	112,3
CALDAS	102,4	119,4	91	97,86	80,06	42,3	88,9	44,9
CAQUETA	265,4	262,9	191,4	76,24	198,9	110,7	140,4	151,4
CAUCA	242,5	216,6	145,2	128,2	130,1	136,4	106,6	142,0
CESAR	117,7	75,47	65,04	84,24	95,41	39,0	62,2	63,5
CORDOBA	147,7	108	112,8	112,1	110,1	25,5	58,6	172,4
CUNDINAMARCA	94,42	124,6	89,21	102,2	109,4	89,7	105,6	75,6
CHOCO	291,1	415,6	331,5	395,4	449,9	270,3	247,4	213,3
HUILA	72,99	86,14	78,19	99,53	64,13	37,9	79,2	70,1
GUAJIRA	295,7	40,3	48,69	99,17	127,2	132,7	157,3	165,7
MAGDALENA	107,1	158,5	135	104,7	90,76	109,6	82,9	139,7
META	115,7	147,1		83,19	68,69	80,1	93,8	101,2
NARIÑO	204,2	169,1	157,8	77,68	144	76,6	75,9	94,1
NORTE DE SANTANDER	77,65	65,55	77,45	58,44	65,68	90,6	58,7	55,2
QUINDIO	50,72	92,83	79,21	35,66	49,64	77,6	27,3	84,6
RISARALDA	50,36	79,58	34,78	55,61	65,14	70,0	46,6	59,7
SANTANDER	62,27	85,66	42,35	52,68	45,45	55,5	54,2	39,9
SUCRE	91,38	80,9	82,62	52,38	63,2	51,4	65,9	105,2
TOLIMA	133,3	66,32	107,6	106,1	43,21	89,2	101,1	66,7
VALLE	121,1	95,14	85,91	69,21	48,14	87,9	69,8	67,8
ARAUCA	111,6	187,6	117,8	56,82	78,29	58,9	37,2	108,1
CASANARE	35,02	17,44	54,82	53,49	72,78	51,9	51,1	32,2
PUTUMAYO	184,8	149	171,1	157,2	82,28	59,4	99,1	146,9
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	294,6	0	102	0	219,7	0,0	117,0	111,1
AMAZONAS	0	299,6	213,6	71,07	129,1	154,6	0,0	288,0
GUAINIA	318,9	176,3	389,8	0	213,2	384,6	570,3	0,0
GUAVIARE	66,53	648,9	0	184,8	287,8	173,5	244,3	64,2
VAUPES	0	175,7	206,6	196	173,6	0,0	350,3	585,9

VICHADA	712,8	0	280,1	293,6	533,8	0,0	235,8	624,0
---------	-------	---	-------	-------	-------	-----	-------	-------

FUENTE: Reportes del DANE 2000-2007.

3.4 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA POR CAUSA.

CAUSAS	AÑO															
	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO	235	29,7	191	26,7	167	28,2	143	25,8	167	29%	140	26,6	132	24,6	112	20,9
HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO O EL PARTO	134	16,9	122	17	101	17	101	18,2	106	19%	94	17,9	92	17,2	101	18,8
INFECCION EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO	66	8,35	85	11,9	63	10,6	59	10,6	62	11%	52	9,9	44	8,2	56	10,4
ABORTO	44	5,56	42	5,88	38	6,42	31	5,6	36	6%	32	6,1	31	5,8	23	4,3
COMPLIC. DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO	59	7,46	33	4,62	35	5,92	36	6,5	26	5%	21	4,0	29	5,4	31	5,8
MUERTES DE CAUSA NO ESPECIFICADA	21	2,65	20	2,8	17	2,87	17	3,07	18	3%	28	5,3	25	4,7	24	4,5
OTROS	231	29,2	221	30,9	170	28,7	166	30	154	27%	159	30,2	183	34,1	189	35,3
TOTAL	790	100	714	100	591	100	553	100	569	100%	526	100,0	536	100,0	536	100,0

Tabla 17. Causas de muerte materna en Colombia 2000-2005

FUENTE: Reportes del DANE 2000-2007.

Se evidencia una clara disminución en todas las patologías comparando el 2005 con el año 2000 principalmente en lo que respecta a las complicaciones del trabajo de parto y el parto, persiste liderando el grupo los problemas relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo.

3.4.1 Consideraciones

3.4.1.1 Aborto.

Se hace una consideración especial con respecto al aborto; en Colombia según los egresos hospitalarios en 1997 se presentaron 43.114 casos de embarazos terminados en abortos con el diagnóstico de: Mola 0,8% (360/43.114) embarazo ectópico 8,7% (3.760/43.114) aborto retenido 4,7% (2.030/43.114) aborto espontáneo 2,8% (1.236/43.114) aborto inducido legalmente 0,07% (33/43.114) aborto inducido ilegalmente 0,4% (213/43.114) aborto no especificado 80,5% (34.721/43.114).

Las estadísticas en Colombia no registran el aborto provocado, ya que el aborto ilegal solo se registra en los casos que presenten complicaciones que necesiten hospitalización y generalmente se deja en la historia un diagnóstico diferente, por la penalización a la madre. Los matices legales sociales y psicológicos del aborto influyen en que se desestime la notificación, por lo tanto no se posean cifras que describan el panorama de la morbimortalidad por abortos provocados en Colombia.(9-10)

3.4.1.2 Trastornos hipertensivos.

La preeclampsia es el trastorno hipertensivo más frecuente de la gestación, exclusiva de la especie humana que se caracteriza por la aparición durante la segunda mitad del embarazo de hipertensión arterial y proteinuria. Se presenta en todas las poblaciones con una incidencia general que varía entre el 5 y 7%; sin embargo, diferencias geográficas, socioeconómicas y raciales hacen que la incidencia en algunas áreas sea hasta tres veces mayor.

La preeclampsia en Colombia es la primera causa de mortalidad materna y la segunda causa de mortalidad perinatal², adicionalmente produce parto prematuro y retardo en el crecimiento intrauterino. Por estas razones esta entidad es un marcador epidemiológico negativo en la salud pública de nuestra población.

En Colombia, la preeclampsia se constituye en la principal causa de mortalidad materna con el 38% de fallecimientos atribuibles a esta causa; además, se asocia con una mortalidad perinatal cinco veces mayor.² Tiene una incidencia del 7% del total de mujeres embarazadas y ocasiona una tasa de mortalidad materna de 42 por 100.000 nacidos vivos,⁴ teniendo en nuestro país un curso clínico de mayor severidad de la entidad.

3.4.1.3 Complicaciones hemorrágicas.

Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país y la primera causa de mortalidad materna en el mundo, tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los organismos de salud.

3.5 DISTRIBUCION POR EDADES DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA

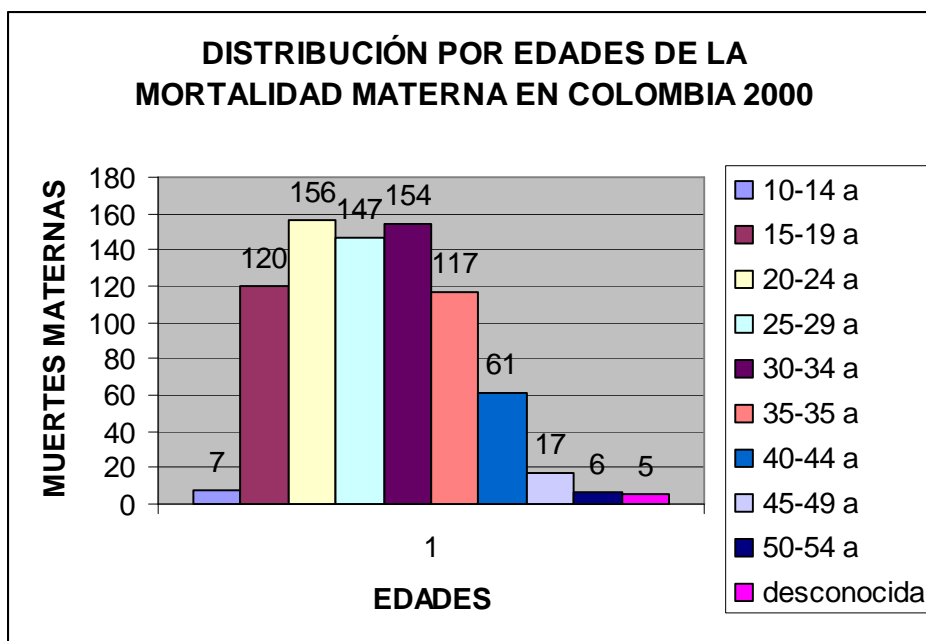
La Mortalidad Materna en Colombia se distribuye según los grupos de edad de la siguiente manera:

Tabla 18 Distribución de la mortalidad materna en Colombia por edades 2000-2007

Edad	00	%	01	%	02	%	03	%	04	%	05	%	06	%	07	%
10-14	7	0,8	8	1,1	6	1,0	3	0,5	7	1	5	1,0	6	1,1	7	1
15-19	120	15,1	116	16,2	81	13	82	14	97	17	92	17,5	91	17,0	72	13
20-24	156	19,7	131	18,3	138	23	126	22	129	22	106	20,2	114	21,3	114	21
25-29	147	18,6	154	21,5	121	20	119	21	101	17	97	18,4	116	21,6	94	18
30-34	154	19,4	129	18,0	86	14	90	16	94	16	92	17,5	88	16,4	112	21
35-39	117	14,8	114	15,9	100	16	85	15	80	14	88	16,7	76	14,2	86	16
40-44	61	7,7	41	5,7	45	7	36	6	44	7	38	7,2	37	6,9	36	7
45-49	17	2,1	13	1,8	7	1	5	0,9	10	1,7	6	1,1	7	1,3	10	2
50-54	6	0,7	2	0,2	0	0	3	0,5	2	0,3	0	0,0	1	0,2	3	1
ND	5	0,6	6	0,8	7	1	4	0,7	5	0,8	2	0,4		0,0	2	0
TL	790	100	714	100	591	100	553	100	569	100	526	100	536	100	536	100

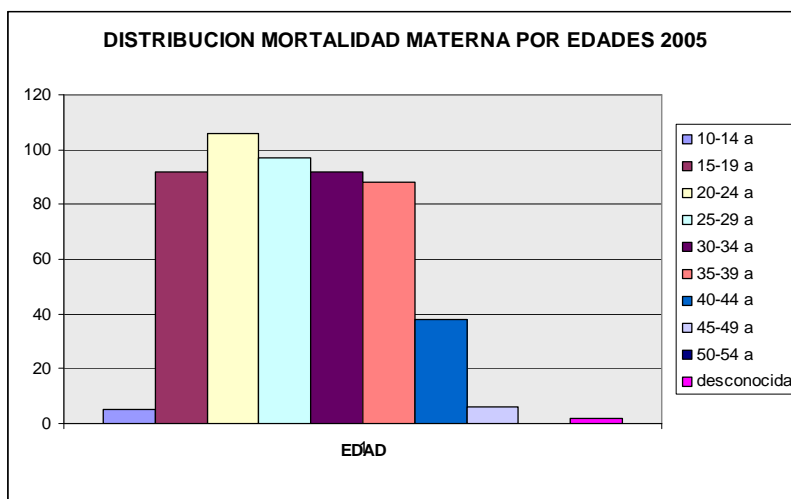
Fuente Reportes del DANE 2000-2007.

Grafica 6. Distribución de la mortalidad materna en Colombia por edades 2000



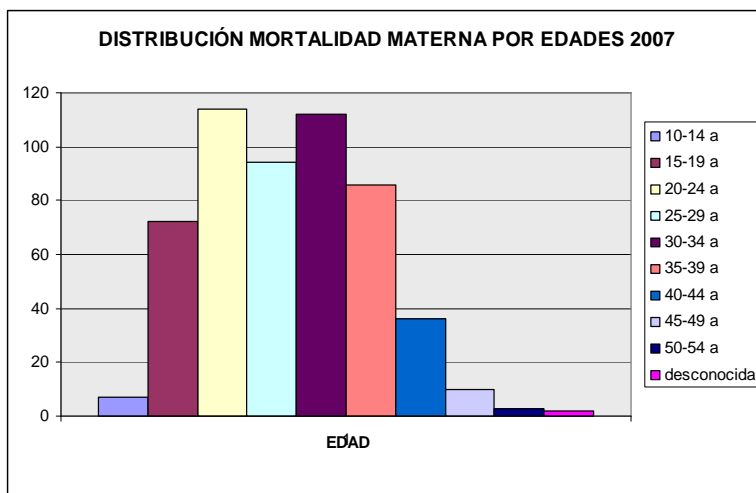
FUENTE: DANE Reportes del 2000

Grafica 7. Distribución de la mortalidad materna en Colombia por edades 2005



FUENTE: DANE Reportes del 2000-2005.* Datos tomados del reporte preliminar aportado por el DANE 2005

Grafica 8. Distribución de la mortalidad materna en Colombia por edades 2007



En el año 2000 la mayoría de mujeres fallecían dentro de los 20 a 24 años y presentaba otro pico de 30 a 34 años y en el 2005 siguen estos grupos etéreos pero se ve un aumento en la proporción de las mujeres en edades entre 15 a 19 años.

Con esto se puede concluir que el 71% de las muertes maternas se presentó en edades de bajo riesgo (16 a 35 años), un 3.8% de las madres eran adolescentes y un 20.6% eran gestantes mayores.

4. MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTA D.C.

Se incluyen datos de la mortalidad materna para Bogotá ya que será la población utilizada para este trabajo y es necesaria esta información en el momento del análisis de los resultados.

La razón de mortalidad materna de Bogotá para el periodo 1992 a 1996 estuvo por debajo de la media del resto del país, siendo mayor la razón de mortalidad materna en Florencia (227) y Pasto (213), y menor en las ciudades de Medellín (37.6), Popayán (40.5) y Cali (40.5).(30)

En Bogotá D.C. la mortalidad materna presentó desde el año 1999 hasta el 2002 una tendencia a la disminución, pasando de 86,46 a 63,51 por 100.000 n.v (30).

Entre las *causas* médicas de mortalidad de materna, durante el año 2002, se evidencian como principales la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia posparto.

En los análisis institucionales y domiciliarios se ha identificado que el 80% de las mortalidades maternas tienen asociadas problemas de calidad en la atención, tales como deficiente control prenatal, no identificación temprana del riesgo y remisión inoportuna. (30).

El promedio de edad de las mujeres que murieron por causa obstétrica para el año 2002 es de 28,8 años, la mediana es de 29,0 años. La edad mínima es de 11 años y la máxima de 46 años. Se presentaron 3 casos en edades menores o iguales a 17 años, lo cual equivale a 4,1 %. Se presentaron 10 casos en edades iguales o mayores a 34 años, lo cual equivale a 13,6%.³⁰ Por edad la razón de mortalidad materna es alta en los extremos etáreos especialmente a los 10 a 14 años (227.3 X 100.000 n.v.), entre los 35 a 39 años (111.4 X 100.000 n.v.), entre los 40 a 44 años (274.6 X 100.000 n.v.), y entre los 45 a 49 años (621.1 X 100.000 n.v.) (30)

Para el año 2002 la mediana de la razón de mortalidad materna de las 20 localidades es de 60,3 defunciones por 100.000 nacidos vivos, siendo mayor en las localidades de Antonio Nariño (169.9), Tunjuelito (129.1), Santa Fe (112.9), Usme (112.4), Chapinero (98.4), Bosa (94.3), Kennedy (83.3), Puente Aranda (75.8), Rafael Uribe Uribe (70.8) y Ciudad Bolívar (60.9). (30)

Según Régimen de Afiliación para el año 2002, al régimen contributivo pertenecían 28 gestantes (38,5%), al subsidiado 21 gestantes (28,7 %) y al vinculado 18 gestantes (4,6 %). Como particulares se identificaron 6 casos (21,4%).(30).

Para el año 2002 la mayoría de gestantes fallecidas (41 de 73) presentaban una condición de unión libre (56.2%), seguidas por las solteras (20.5%). Al momento

de fallecer la mayoría (74,0 % de los casos) no estaba embarazada pero si lo estuvo en las últimas 6 semanas, reflejo de remisiones tardías y deficiente control en el postparto (30).

En Bogotá D.C., la mortalidad materna, desde el año de 1999 al 2002 muestra una tendencia a la disminución en su razón de mortalidad pasando de 86,5 a 64,2 por 100.000 nacidos vivos. (30)

En Bogotá durante el año 2003, la muerte materna por lugar de residencia se presentó en 15 de las 20 localidades, con un valor de mediana para la razón de mortalidad materna de 59,6 por 100.000 n.v. que se ubica en la localidad de Los Martires; encontrando por encima de este valor a las localidades de Santafé (114,5), Usme (98,0), Kennedy (88,9), Usaquén (87,0), Tunjuelito (72,3), Suba (72,3), Ciudad Bolívar (64,4) (30).

En las causas de muerte materna registradas durante el año 2003, según estadísticas vitales, las dos primeras causas fueron, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (eclampsia, preeclampsia e hipertensión inducida por el embarazo) y las hemorragias asociadas al parto. (30).

La edad de las maternas que fallecieron durante el año 2003, el promedio de edad fue de 30 años, con una edad mínima de 16 años, y una máxima de 45 años. La razón de mortalidad específica por edad, fue más alta en el grupo de 45 a 49 años (632,9 por 100.000 nacidos vivos.), sin embargo el porcentaje fue de 1,4% del total de los casos, esto debido a que el número de nacimientos es menor que en los otros grupos etáreos. (30).

En los otros grupos etáreos la razón se presentó así, 21,0 por 100.000 nacidos vivos (15 a 19 años), 53,83 por 100.000 n.v. (20 a 24 años), 54,05 por 100.000 n.v. (25 a 29 años), 56,12 por 100.000 n.v. (30 a 34 años), 126,97 por 100.000 n.v. (35 a 39 años), 325,85 por 100.000 n.v. (40 a 44 años). El número de casos de muerte materna en menores de 19 años corresponde a un porcentaje de 5,47%. (30).

Según el régimen de afiliación para el año 2003, el 38,6% pertenecían al régimen contributivo, 32,9% al subsidiado, 21,4% al vinculado, 5,7% eran particulares y el 1,4% no había datos. Con respecto al estado civil durante el año 2003, el 44,3% estaban en unión libre, el 25,7% casadas, el 21,4% solteras, el 1,4% separadas y sin información el 7,1%. (30).

La política Distrital de "Bogotá Sin Indiferencia", ha puesto mayor atención a la protección a los derechos humanos, a la reducción de las inequidades en salud y a la participación social, marco dentro del cual ha establecido para el sector salud como prioridad la meta de Reducir la Mortalidad Materna a menos de 45 por 100.000 nacidos vivos para el periodo 2004-2008, teniendo como línea de base

que para el año 2003 la mortalidad materna fue de 65 por 100.000 nacidos vivos (30).

En Bogotá durante el año 2004, la muerte materna por lugar de residencia se presentó en 16 de las 20 localidades, con un valor para la razón de mortalidad materna de 58,5 por 100.000 n.v. que se ubica en la localidad de San Cristóbal (16), Kennedy (97), Antonio Nariño (85), y Bosa (79). (30)

La edad de las maternas que fallecieron durante el año 2004, el promedio de edad fue de 20-34 años, con una edad mínima de 10 años, y una máxima de 54 años. (30).

Si bien en los últimos años la mortalidad materna ha tenido una reducción importante en el Distrito Capital, pasando de 114 muertes de mujeres en estado de gestación en el año 2000, a 60 muertes en el 2007, la meta de la BOGOTÁ POSITIVA será reducir la tasa mortalidad materna por debajo de 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil a 9 por cada 1.000 mil nacidos vivos.

Por lo tanto hay que identificar dónde y cómo, y qué mujeres son las que mueren, para orientar las acciones dentro de un marco de universalidad y equidad, y de acción efectiva sobre los determinantes sociales de la mortalidad materna, identificando e interviniendo sobre los grupos sociales más frágiles en cada territorio social, a través acciones transectoriales (30).

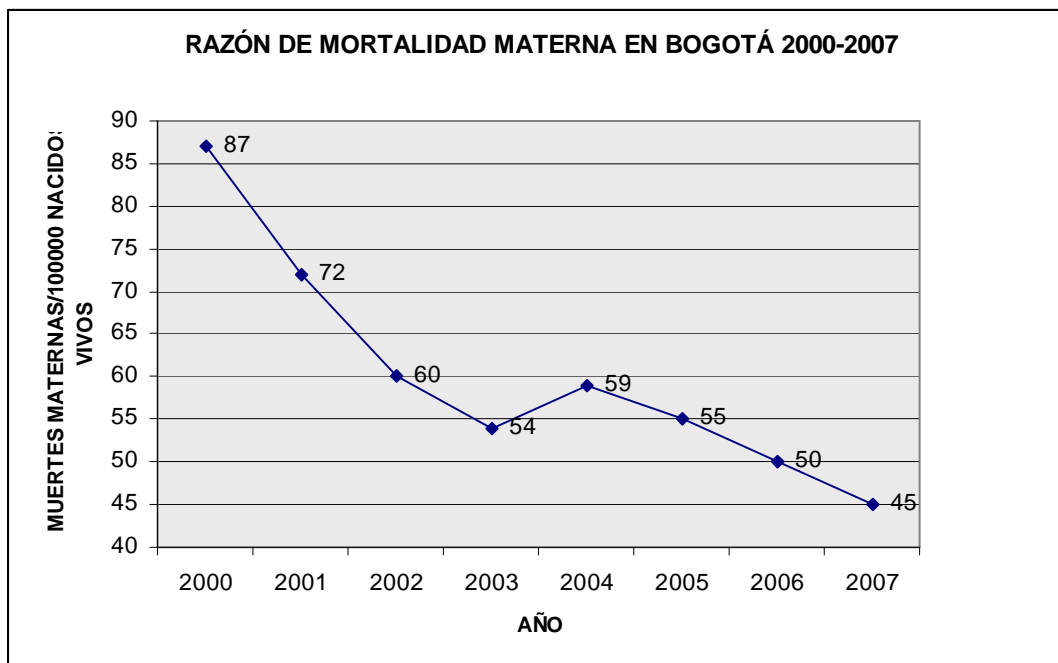
Los datos para Bogotá D.C., en cuanto a mortalidad materna, según los reporte del DANE 2007 son:

Tabla 19. Mortalidad materna en Bogotá en los años de 2000 a 2007

AÑO	MUERTES MATERNAS	NACIDOS VIVOS	RAZON MORTALIDAD MATERNA
2000	114	131170	87
2001	92	127794	72
2002	74	124330	60
2003	67	123037	54
2004	73	122889	59
2005	67	121470	55
2006	62	123649	50
2007	57	127716	45

Fuente DANE 2000-2007.

Grafico 9. Razón de mortalidad materna 2000-2007



Fuente: Reportes del DANE 2000-2007

Tabla 20. Causas de mortalidad materna en Bogotá, según la distribución del DANE para el periodo 2000-2007

CAUSA	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO (O00-O08)	8	7,01	6	6,52	6	8,1	4	5,97	7	9,6	3	4,5	6	9,7	3	5,3
EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO (O10-O16)	41	35,9	25	27,1	25	34	26	38,8	17	23	20	29,9	11	17,7	11	19,3
OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20-O29)	2	1,75	1	1,08		0		0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,8

ATENCIÓN MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO (O30-O48)	5	4,38	2	2,17	3	4,1	1	1,49	2	2,7	0	0,0	1	1,6	1	1,8
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DEL PARTO Y DEL PARTO (O60-O75)	20	17,5	20	21,7	12	16	11	16,4	9	12	5	7,5	4	6,5	8	14,0
COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL PUERPERIO (O85-O92)	9	7,89	16	17,3	11	15	5	7,46	7	9,6	7	10,4	8	12,9	8	14,0
OTRAS AFECCIONES OBSTETRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (O95-O99)	28	24,5	22	23,9	15	20	20	29,8	27	37	31	46,3	29	46,8	24	42,1
CAUSAS ESPECIFICADAS EN OTROS CAPITULOS (A34X,B200-B24X,C58X,D392,E230,F530-F539,M830)	1	0,87		0	2	2,7		0	3	4,1	1	1,5	3	4,8	1	1,8
TOTAL	114	100	92	100	74	100	67	100	73	100	67	100,0	62	100,0	57	100,0

Fuente : Reportes del DANE 2000-2007.

5. DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA

El nivel de mortalidad materna se ha asociado a diversos factores, principalmente de tipo sociocultural y a condiciones de los servicios de salud:

5.1 ALTA FECUNDIDAD

Mujeres con 4 hijos o más presentan tasas por encima de 120/100000 NV, con 2.4 hijos presentan tasas por debajo de 64.

5.2 BAJA PREVALENCIA DE ANTICONCEPCIÓN

En zonas con prevalencia de anticoncepción por encima de 74% la razón de mortalidad es 74 muertes maternas (MM) /100000 NV, cuando la anticoncepción cubre el 62% o menos las tasas de mortalidad ascienden a 111 MM/100000 NV.

5.3 EDADES EXTREMAS DE LA VIDA

El riesgo es más alto al inicio de la vida fértil, baja entre 20 y 29 años y vuelve a aumentar con edades mayores.

5.4 TIPO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD

En estadísticas del 2000, el 27% de las muertes maternas son del régimen subsidiado, 20 % al régimen contributivo, 17% son mujeres sin afiliación y en el 25% de los casos no se conoce a qué régimen pertenecían.¹⁴

5.5 NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MATERNAS

El 31.1% de las mujeres que murieron tenían algún grado de educación básica primaria, 11.2% con educación secundaria incompleta, el 8.9% bachilleres; 3.4% con algún grado de educación superior y en el 39.1% no se obtuvo información.^{9,10}

5.6 SITIO DE RESIDENCIA

El 66.3% de las maternas habitaban en área urbana y el 10.2% en el área rural desconociendo el sitio de residencia en el 23,4% de los casos.^{9,10}

5.7 DESPLAZAMIENTO.

Se puede afirmar que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales o urbanas marginales, el conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros. Todos estos factores relacionados con aspectos económicos sociales y culturales.³

5.8 BAJA COBERTURA Y CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto y el posparto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. (23)

5.9 DEMORAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA, COMO DETERMINANTE DE MORTALIDAD

En la secretaria de Salud se maneja el esquema propuesto por Deborah Maine Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*. Center for Population and Family Health, Columbia University. New York; 1997.

A nivel nacional e Internacional se han identificado tres demoras o retraso en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte y un resultado materno –fetal malo.

Existen muchas causas que pueden ocasionar estas demoras, pueden agruparse utilizando un modelo llamado Las tres demoras. El modelo especifica que los tres tipos de demora posiblemente contribuyen a la muerte materna: (32).

(1) demora en tomar la decisión de buscar ayuda;

(2) demora en llegar a la instalación de tratamiento; y

(3) demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación.

5.9.1 Primera demora:

Tomar la decisión de buscar ayuda. La decisión de buscar ayuda es el primer paso si una mujer con una complicación quiere recibir atención médica. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero, que exista la habilidad de la mujer y de su familia o acompañantes en reconocer que tiene una complicación que amenaza su vida. (32).

También deben saber dónde acudir por ayuda. El personal médico frecuentemente asume que la falta de información en la comunidad es el mayor obstáculo para obtener tratamiento. En una situación dada, esto puede que no sea verdad. Puede ser que las personas saben cuando se necesita ayuda pero escogen no ir a un hospital porque saben que no hay médicos con habilidades obstétricas (32).

Los factores culturales pueden jugar un papel importante en cuanto a tomar la decisión de buscar ayuda. Por ejemplo, en lugares donde el estoicismo es valorado, y las mujeres son respetadas si sufren en silencio, los miembros de la familia tienen dificultades para identificar un parto prolongado. El estatus de la mujer y la autonomía también afecta la decisión de buscar ayuda. Por ejemplo, en algunas comunidades nadie lleva una mujer al hospital sin permiso del esposo. Estos son las historia-caso en Nigeria del Norte donde la mujer desarrollo una complicación mientras su esposo estaba ausente, por lo tanto murió.

La distancia a la instalación de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte, y costo de la atención a la salud y transporte influyen todas en la toma de decisión de la persona en buscar ayuda.

Puede que las personas no busquen ayuda médica rápida o en absoluto si creen que los servicios son de mala calidad. (32).

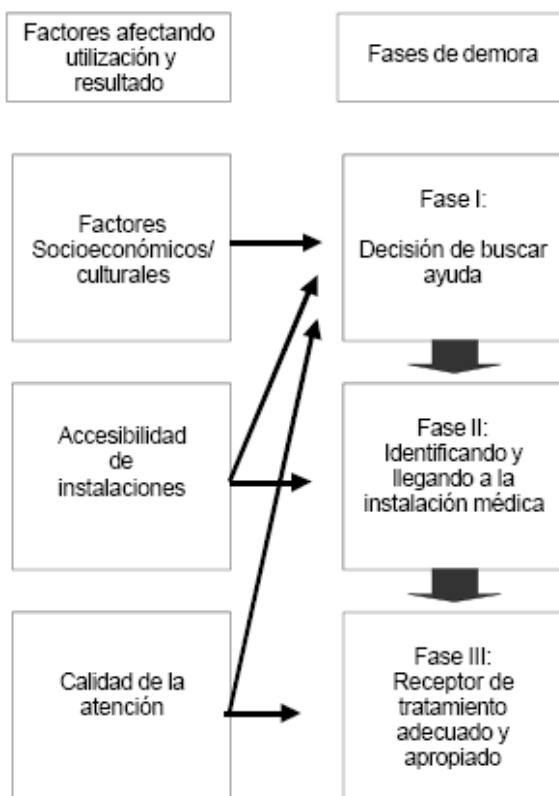
5.9.2 Segunda Demora:

Llegando a la instalación médica. Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la instalación donde está disponible una atención medica. La accesibilidad a las instalaciones de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte, y el costo.

La accesibilidad también es una función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud (32).

5.9.3 Tercera Demora:

Recibiendo tratamiento. Es importante recordar que mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las Fases 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende de un número de factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, y la condición general de la instalación. Además, existe un elemento crucial, el de la administración. Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos, y aún así brindar un mal servicio. Es importante recordar esto al evaluar el rendimiento. Por ejemplo, una lista de suministros y equipos no reflejan si los cuidados se brindan o cuanto tiempo toma (32).



6. ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Los expertos han aconsejado acciones para reducir estos riesgos: proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que estos busquen atención, proporcionar herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada. Otras medidas previas al embarazo son igualmente efectivas tales son la anticoncepción, el retraso de la maternidad y el espaciamiento de los nacimientos, previniendo complicaciones de los abortos y embarazos no planeados.¹⁵

La OMS al analizar el estado de la salud mundial tuvo que formularse una nueva meta: superar las desigualdades injustas y evitables en materia de salud, para lo cual debía recuperarse la vieja propuesta de la APS (atención primaria en salud), ahora más articulada a la construcción colectiva de condiciones de vida dignas para todos y todas.

El Informe sobre la salud en el mundo 2003 de la OMS comienza afirmando: “Mientras que la esperanza de vida de una niña nacida hoy en el Japón es de unos 85 años, la de otra nacida en Sierra Leona es de 36 años. Para que se logren progresos reales en materia de salud se requieren sistemas mejores basados en la atención primaria.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, tampoco ha logrado las metas de salud para toda la población, aunque existan familias y grupos sociales que comparten los indicadores del mundo desarrollado. Bogotá no escapa a este panorama. Si bien los indicadores de salud de la población bogotana han mejorado de manera global, existen desigualdades enormes entre las localidades que no pueden enorgullecer a ningún ciudadano.

6.1 LEGISLACIÓN DE LA MUJER

6.1.1 Nivel mundial.

La comunidad internacional ha adoptado instrumentos y ha creado órganos y mecanismos especiales destinados a reconocer las necesidades particulares de las mujeres y de las niñas, y a contrarrestar las situaciones de desigualdad, discriminación y de violencia ejercidas contra éstas en los ámbitos públicos y privados (34).

Los Estados, por su parte materia de derechos humanos, incluyendo aquellos sobre los derechos de la mujer, asumen voluntariamente el deber de adecuar su legislación, al ratificar estos instrumentos internacionales en interna y de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la igualdad de derechos y de oportunidades entre hombres y mujeres.

En el mundo durante la primera y la segunda guerra mundial se crearon las primeras leyes para protección de las mujeres prisioneras de guerra. Ahora varias organizaciones tienen convenios para la protección de la mujer que a continuación se enumeran:

1929 , la mujer goza de protección especial en virtud del derecho internacional humanitario.
Convenio de Ginebra de 1964 suerte que corren los militares heridos (incluyen a las mujeres)
convenios de la Haya 1899 1907 protección de prisioneras de guerra .
Convenios de 1949 del Derecho internacional humanitario protección y manejo especial a las mujeres embarazadas o con niños menores en conflicto armado.
CEDAW, 1979 . La Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.
Declaración y programa de acción de Viena en 1993 y declaración plataforma de acción de Beijing (cuarta conferencia mundial) en 1995 : Derechos humanos de la mujer y la niña.
Conferencia Internacional de Población y el Desarrollo (Cairo, 1994).
Convención Interamericana sobre la Prevención, Sanción, y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará, 1994).
Resolución 1325/ 2000 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas: velar por que aumente la representación de la mujer en todos los niveles de adopción de decisiones de las instituciones y mecanismos nacionales, regionales e internacionales para la prevención, la gestión y la solución de conflictos.
El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas en 2003 declara que las adolescentes deben tener acceso a información sobre las repercusiones de los matrimonios contraídos a edades muy tempranas y los embarazos precoces y a servicios de salud que respondan a sus necesidades y derechos.

<p>La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2003 declara que la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho a la salud</p>
<p>El Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas en 2004 hace un llamamiento para poner fin a la práctica de extraer confesiones, con fines de enjuiciamiento, a las mujeres que solicitan asistencia médica de urgencia tras haberse sometido a un aborto ilegal. El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud observa que todas las formas de violencia sexual son contrarias al derecho a la salud.</p>
<p>La Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas en 2004, adopta una resolución sobre «prácticas tradicionales nocivas que afectan a la salud de las mujeres y las niñas»</p>

6.1.1.1 Las disposiciones del derecho internacional humanitario en las que se otorga una protección especial a las mujeres

Convenio de Ginebra de 1929: artículos 3, 4.

Convenios de Ginebra de 1949.

Convenio I: Artículos 3, 12.

Convenio II: Artículos 3, 12.

Convenio III: Artículos 3, 14, 16, 25/4, 29, 49, 88/2,3, 97/4, 108/2.

Convenio IV: Artículos 3, 14/1,16, 17, 21, 22/1, 23/1, 27/2, 38/5, 50/5, 76/4, 85/4, 89/5, 91/2,97/4, 98/2, 119/2,124/3, 127/3, 132/2.

Protocolos adicionales de 1977.

Protocolo I: 8 letra a; 70/1; 75/1 y 5; 76.

Protocolo II: 4/2 letra e; 5/2 letra a; 6/4

6.1.2. Nivel Colombia.

A pesar de los avances legislativos y del fortalecimiento en las políticas del Estado a favor de la igualdad de género, persisten aún en Colombia desigualdades entre

hombres y mujeres en áreas tales como la política, el trabajo, la salud y la educación.

Asimismo, en la sociedad colombiana persisten estereotipos y patrones socioculturales de conducta de hombres y de mujeres que generan diferentes formas de discriminación y de violencia en contra de las mujeres y de las niñas. Esta situación se ve agravada por el conflicto armado interno que enfrenta el país.

Cabe citar como ejemplo del efecto del conflicto armado interno sobre las mujeres, las diversas formas de violencia ejercidas por parte de los distintos grupos armados, incluida la violencia sexual: violación, esclavitud, abortos forzados y uso obligatorio de métodos anticonceptivos; también las amenazas a las mujeres y a sus organizaciones, realizadas por los grupos armados ilegales, particularmente, los grupos paramilitares, y la imposición de trabajos domésticos forzados. Estas acciones impiden el goce de los derechos de las mujeres, dificultan la participación de éstas en los espacios públicos y debilitan sus procesos organizativos. (33).

Desde la ley de leyes como es la constitución política de Colombia se encuentran la leyes que protegen a la mujer en nuestro país:

- Constitución política de Colombia. Artículo 43: protección a la mujer durante el embarazo y después del parto.
- Ley 823 del 2003 sobre igualdad de oportunidades para las mujeres.

Acuerdo nacional de género en octubre del 2003

Proyecto de ley No 202 del 2004: Protocolo facultativo de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer.

Además son bien conocidos los derechos que tienen las mujeres:

- Derechos civiles en el matrimonio: igualdad de condiciones entre hombre y mujer.
- Derechos socioeconómicos: acceso a la propiedad, derechos laborales (ninguna mujer puede ser despedida por motivo de embarazo o lactancia. Desde 1994 no se puede ordenar la práctica de prueba de embarazo como requisito previo a la vinculación laboral y la trabajadora embarazada debe ser reubicada a un puesto que no ofrezca riesgo. Acceso al crédito, acceso a la educación.
- Derecho a la integridad física: violación sexual, violencia domestica (Ley 294 de 1996)

6.1.2.1 Políticas públicas para mujeres en Colombia

1984 Política para la Mujer Campesina, Conpes 2109, Ministerio de Agricultura.

1992 Política Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud, Resolución 1531 de 1992, Ministerio de Salud.

Política Integral para las Mujeres, Conpes 2626, Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia.

1994 Política para el Desarrollo de la Mujer Rural, Conpes Social, Consejería presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia.

Política EPAM. Política de Equidad y Participación de la Mujer, Conpes 2726, DNP.

1997 Avance y Ajustes de la Política de Equidad y Participación de la Mujer, Conpes 2941, DNP.

2003 Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Protección Social

Política Nacional *Mujeres Constructoras de Paz y Desarrollo*.

El actual gobierno teniendo el objetivo de reducción de la mortalidad materna involucra la estrategia de *maternidad segura* en la política nacional de salud sexual y reproductiva. Uno de los objetivos del plan de Choque es la reducción en la mortalidad materna en un 50%.(3).

En Colombia, el Estado garantiza dentro de los planes de beneficios del sistema (POS-PAB, ECAT y ATEP), de manera gratuita la prestación de servicios de atención y prevención de daños durante todo el periodo que transcurre entre el embarazo y el primer mes de vida del recién nacido, independientemente de la vinculación o no al sistema general de seguridad social, mediante la demanda inducida, detección temprana y protección específica y vigilancia de los riesgos de las embarazadas con la consecuente probabilidad de reducción de la mortalidad materna y perinatal (9).

Se han formulado e implementado iniciativas concretas para la reducción de la mortalidad materna por parte del gobierno, pero a pesar de esto hay un estancamiento (y/o aumento) de las cifras de mortalidad materna en la última década. A partir de La Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención materno-infantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. (3).

El Ministerio de Salud a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y reproductiva. Uno de los objetivos era la reducción de la mortalidad materna; se hizo un amplio proceso de difusión nacional y se estableció un sistema de monitoreo llamado Sistema de Fortalecimiento de la gestión de las Administradoras que tienen indicadores de cumplimiento de las acciones planteadas en la norma, sin embargo, a pesar de este esfuerzo en las evaluaciones realizadas al régimen contributivo se observan indicadores (consultas de control prenatal, atención del parto institucional, consulta de puerperio entre otros) en grado deficiente o muy deficiente en la mayoría de las EPS. El proceso de monitoreo en las ARS ha tenido dificultades en algunos departamentos y distritos y los indicadores de cumplimiento tampoco han demostrado un desempeño adecuado. La prestación de las acciones de planificación familiar es responsabilidad de los municipios (ley 715 de 2001), tan solo el 53% de estos reportan acciones y la mayoría se sitúan en rango deficiente o muy deficiente. (16).

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones el proceso de referencia y contra-referencia y el traslado de pacientes ha sido reglamentado a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Resolución 2309). Sin embargo es claro que existen zonas del país donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen, lo cual conlleva riesgos para las mujeres que se atienden allí. Se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoria continua de calidad enfocada en atención prenatal y obstétrica y en mecanismos de referencia y contra-referencia y traslados de pacientes (3).

En el plan de atención básica (PAB) se incluye la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública y se determinan acciones concretas para su intervención así como indicadores para su monitoreo y su vigilancia. (3).

Los actos administrativos para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna son: Resolución de estadísticas vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre comités de estadísticas vitales en las direcciones territoriales y Decreto 955 de 2002 Comisión Intersectorial de gestión de las estadísticas vitales. Las muertes maternas son además, objeto de reporte obligatorio a través del sistema nacional de vigilancia en salud pública SIVIGILA. (3).

Se han tratado de implementar diferentes estrategias a nivel mundial y otras diseñadas por los gobiernos de cada país para tratar de disminuir la tasa mortalidad materna. Implementando diferentes políticas, normas y guías de manejo.

6.2 IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS

En Colombia el plan de choque tiene áreas prioritarias tales son: indiferencia social ante la mortalidad materna, barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada del parto con y sin complicaciones, discriminación de la mujer gestante en la vida cotidiana, falta de reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo, detección de signos y síntomas de alarma de complicación del embarazo. Además vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios, vigilancia del cumplimiento de las normas técnicas y guías de atención y de los indicadores de gestión en relación con la planificación familiar, la atención del parto y el puerperio y sus complicaciones y la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna. (3).

Se consideran 3 pilares importantes para que todas estas estrategias tengan resultado: un personal capacitado, uso adecuado de la tecnología y cumplimiento de protocolos de manejo para el abordaje de las principales patologías obstétricas causantes de la muerte materna.

La OMS/UNFPA/UNICEF/BANCO MUNDIAL, *DECLARACIÓN CONJUNTA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA 1999*, dan el concepto de “atención por personal capacitado denota la existencia de agentes de salud que han recibido formación profesional y adquirido los conocimientos prácticos necesarios para atender un parto normal y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir esas pacientes a establecimientos de mayor capacidad. Esos agentes de salud son por lo general médicos, parteras o enfermeras. El personal capacitado debe estar en condiciones de atender el trabajo de parto y el parto en condiciones normales, detectar cuanto antes las complicaciones y practicar cualquier intervención esencial, además de comenzar a administrar tratamiento y supervisar la remisión de la madre y el niño, de ser necesario, a un establecimiento que pueda ofrecer atención de nivel superior. Su clasificación como personal capacitado se refiere a que han recibido capacitación, y no al lugar en que ejercen su profesión. No se incluyen en esta categoría las comadronas y parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación.” (2).

Colombia tiene la infraestructura para cumplir con el compromiso de disminuir la mortalidad materna en los próximos años, en esta tarea se deben comprometer las entidades como: Ministerio de Salud, INS, IPS, EPS, ESEs y ARS, otros sectores del Estado y la comunidad, para fortalecer y mejorar la atención a la materna en Colombia sin importar su edad, régimen de afiliación, residencia o estrato socioeconómico y etnia. De forma tal, que la mortalidad materna por causas evitables, como son en la mayoría de casos, disminuya sustancialmente;

logrando mejorar la calidad de vida de la población, y con esto, fomentar el desarrollo de la comunidad colombiana. (9-10).

La preocupación sobre mortalidad materna no solo la tienen la secretaria de salud sino también instituciones educativas y prestadoras de salud de todo el país.

La prevención y la detección temprana son medidas importantes para la reducción de la mortalidad materna pero no podemos olvidar que a pesar del cubrimiento en el control prenatal de las maternas la reducción de la mortalidad debe incluir la capacitación del personal de salud para enfrentarse a la urgencia obstétrica. Y la mejor forma de capacitación para estas situaciones no solo es la realización de guías de manejo sino la diseminación de las mismas con un adecuado entrenamiento teórico-práctico, donde se brinde una atención rápida efectiva sistemática y oportuna para el manejo del episodio agudo.

6.2.1 Nivel Bogotá.

En el contexto de un nuevo gobierno distrital que ha manifestado claramente su orientación por la superación de la pobreza, la inequidad y la exclusión, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) presenta al público bogotano su propuesta de política pública, orientada hacia la garantía del derecho a la salud y apoyada, "Salud a su hogar" implica la intención de aproximar el sector salud a la vida cotidiana de las personas, superando las barreras de acceso a los servicios hoy reconocidas.

Para poner en marcha esta estrategia de APS, en la Bogotá de comienzos del tercer milenio, se desarrollará un cambio radical, tanto en el modo de organización y orientación del sistema como en el modelo de atención en salud. En efecto, se propone un modo promocional de la calidad de vida y la salud que permita superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva de la salud, es decir, de una verdadera salud pública.

Esta desigualdad se expresa en severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana. Si bien los indicadores de mortalidad evitable han mejorado, el ritmo es lento y no ha sido igual para todos. En 1993 ocurrieron 90 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, mientras en 2002 se registraron 63. En el mismo período, las muertes de niños y niñas menores de un año disminuyeron de 26 a 15 por mil nacidos vivos. Las muertes por enfermedades evitables como la diarrea y la neumonía de los niños menores de cinco años disminuyeron considerablemente.

A pesar de la disminución de estas tasas, la mayoría de los indicadores de salud muestran diferencias entre las localidades que resultan, a todas luces, injustas y evitables. Por ejemplo, en Ciudad Bolívar se presentó una tasa de mortalidad en niños menores de cinco años en 2002 de 250.9 por 100.000, mientras que en Teusaquillo fue de 166.08 por 100.000. Si se reconoce que se trata de vidas de niños y no sólo de tasas, resulta insoportable que la diferencia sea de 217 a 12, mientras Suecia no reportó ninguna muerte de niños menores de cinco años en 1999. En Kennedy, se presentó una razón de mortalidad por causas perinatales de 809.9 por 100.000 nacidos vivos en 2002, mientras en Teusaquillo fue de 235.89. En Kennedy, la razón de mortalidad por embarazo, parto y puerperio fue de 83.27 por 100.000 nacidos vivos, esto es, 11 mujeres muertas ese año, mientras en Teusaquillo no se reportaron muertes. Estas inequidades constituyen el principal problema de salud de la población bogotana. (34).

La oferta de servicios ha aumentado. En 2003 la SDS registró 12.502 prestadores en la ciudad; de éstos, 2.196 corresponden a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), 31 a entidades de transporte asistencial y 10.275 a profesionales independientes. Pero el mayor número de estos prestadores se ubica al norte de la ciudad con una relación de 38 prestadores por cada 10.000 habitantes. Le siguen en su orden Centro Oriente con 10, Sur Oriente con 6 y Sur con 4. El 78% de los prestadores se ubican en la zona norte y el 11%, 6% y 5% en las zonas sur oriente, centro oriente y sur de la Ciudad, respectivamente.

Esta distribución ha respondido a la dinámica del mercado de servicios, siguiendo las preferencias de los oferentes más que las necesidades de atención de la población, situación que hoy se reconoce como una seria barrera para el acceso a los servicios de los más pobres. (34).

Según la naturaleza jurídica, predomina el sector privado: de las 2.196 IPS, hay 185 [8,46%] de carácter público, 1.684 [76,60%] privadas, 326 [14,90%] son fundaciones sin ánimo de lucro y hay una [0,05%] mixta.

La red hospitalaria pública, adscrita a la SDS, está conformada por 22 instituciones, transformadas en Empresas Sociales del Estado (ESE) mediante el Acuerdo 17 de diciembre de 1997 del Concejo de Bogotá, que constituyen una fortaleza en nada despreciable. Por niveles de complejidad tecnológica, la distribución es la siguiente: cinco corresponden al tercer nivel de atención, siete al segundo nivel y diez al primer nivel de atención; estas últimas compuestas por centros de atención médica inmediata (CAMI), unidades primarias de atención (UPA) y unidades básicas de atención (UBA). En total, la red pública cuenta con 137 puntos de servicios y 1.932 camas hospitalarias distribuidas en las 20 localidades de la ciudad. (34).

Existen serios problemas en la respuesta institucional y social a los problemas de salud en Bogotá de los más importantes esta la fragmentación. En diferentes

escenarios y estudios se reconoce que el sistema de salud está fragmentado en varios sentidos: en la acción de los agentes involucrados, sean prestadores, aseguradores, moduladores o usuarios; en la disposición de los servicios, pues existen diferentes planes de beneficios según la capacidad de pago de las personas, tales como el plan obligatorio de salud del Régimen Contributivo (POSc), el plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado (POSs), el plan de atención básica (PAB), otros planes complementarios ofrecidos por los seguros privados de salud, el plan de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) del Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios de los regímenes especiales. También está dividido en las competencias de los entes territoriales y la Nación, lo que dificulta el ejercicio de la rectoría territorial del sistema. En la actualidad, no es posible saber a ciencia cierta cuál es el perfil de morbilidad de la población bogotana. (34).

La SDS recibe y analiza la información proveniente de la atención prestada por las ESE y otras IPS, pero no obtiene información sobre la atención de la población en el régimen contributivo, que es la mayoría. Esta situación se debe a la decisión de centralizar esta información en el Ministerio de la Protección Social a través de varios mecanismos no unificados, sin que los entes territoriales puedan utilizarla para la toma de decisiones. De manera que no existe un sistema de información suficiente para ejercer la rectoría del sistema en los territorios concretos y ésta se reduce a las labores de inspección, vigilancia y control en los aspectos señalados por las normas. (34).

El segundo problema grave es la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. Por ejemplo, cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados o establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, se generan barreras inaceptables que ponen en peligro la vida de las personas. Las cuotas moderadoras se han convertido en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres y más aún el copago y las cuotas de recuperación de los hospitales públicos. La atención de urgencias tiene restricciones económicas y trámites administrativos injustos que la reducen a las intervenciones mínimas e insuficientes. Hoy se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen contributivo. Esta población va en aumento, si se tiene en cuenta la situación de desempleo, subempleo e informalización laboral creciente.

En el marco del aseguramiento y en un modo de atención centrado en la enfermedad, el énfasis se ha puesto en los servicios de atención curativa individual y se ha debilitado la capacidad preventiva. La inversión en acciones preventivas por parte de las aseguradoras no alcanza los montos establecidos en la ley mientras en la SDS, la dirección de salud pública sólo recibió el 8% del

presupuesto en 2003. Pese a todos los obstáculos la administración distrital ha decidido dar pasos en firme, orientada por la concepción de la salud como bien público, derecho humano esencial, deber del Estado y responsabilidad social (34).

Si se asume el derecho a la salud en la dimensión que se ha propuesto, se hace necesario cambiar la orientación o el modo de organización de los servicios de salud y asumir los modelos de prestación de servicios que más se adecuen a él. (34).

Esta opción implica pasar de un modo de atención basado en la enfermedad, en el que predomina la gestión de los servicios curativos, se filtran las demandas y se identifican las necesidades de la población de manera fragmentada, hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales por medio de un modo de promoción de la calidad de vida y la salud, con un modo de gestión apropiado. (34).

Para tal efecto se crean los equipos básicos de atención familiar y comunitaria, conformados, como mínimo, por un médico, una enfermera profesional y tres promotores, con algunas variaciones que dependerán de los recursos disponibles y las particularidades territoriales. Cada equipo tendrá a su cargo entre 800 y 1000 familias, con un promedio de 3500 a 4000 personas, según la composición familiar en Bogotá. Las familias serán adscritas a los equipos y éstos estarán en conexión permanente con una red o complejo de APS que incluye la vinculación a las UBA, UPA y CAMI, para el caso de la red hospitalaria pública adscrita, como se muestra en la figura 2. Se impulsará el desarrollo de complejos similares entre las IPS privadas para ampliar progresivamente la cobertura (34).

La primera actividad de los equipos será la caracterización de las familias y de las necesidades sociales en el territorio. Progresivamente, los equipos elaborarán y desarrollarán planes de atención familiar y comunitaria que integran las funciones señaladas anteriormente. Este esquema permitirá, sin lugar a dudas, superar muchas barreras de acceso a los servicios de salud del actual sistema. De allí la denominación “Salud a su hogar” del modelo (34).

6.2.1.1 Infraestructura de la red Bogotá.

La red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud cuenta con 22 Empresas Sociales del Estado, conformadas por: cinco (5) hospitales de III nivel, siete (7) de II nivel y diez (10) de I nivel; actualmente cuenta con 142 puntos de atención, donde se oferta servicios de baja, mediana y alta complejidad.

Se han desarrollado adicionalmente algunos servicios especiales en los hospitales de mayor complejidad, especializándose cada uno en un área de las especializaciones medicas.

A continuación se mencionan todos los Hospitales de I, II y III pertenecientes a la red distrital de salud.

Hospital de I NIVEL: Hospital de Chapinero, Hospital Usaquén, Hospital del Sur , Hospital Pablo VI de Bosa, Hospital San Cristóbal, Hospital Rafael Uribe Uribe, Hospital Vista Hermosa, Hospital Nazareth y Hospital de Usme

Hospitales de II NIVEL: Hospital de Suba, Hospital de Engativá, Hospital de Fontibón, Hospital de Bosa, Hospital San Blas, Tunjuelito y Hospital de Meissen.

Hospitales de III NIVEL: Hospital Simón Bolívar, Hospital de Kennedy, Hospital La Victoria, Hospital Santa Clara y Hospital El Tunal

Cada uno de estos Hospitales de I nivel tiene sus correspondientes CAMI , UPA y UBA.

7. IMPACTO DE GUIAS Y NORMAS EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD

Otro punto importante es lo que corresponde a las guías de manejo existente creadas por los diferentes entes responsables de la salud en Colombia y de las instituciones prestadoras de salud no han tenido el impacto esperado en la disminución de la mortalidad materna. Tal vez por falta de difusión de las mismas al personal de salud encargado del manejo de las maternas y una inadecuada aplicación del mismo. Y llama la atención que en ninguna de estas se ha tenido en cuenta el tiempo como elemento primordial en el manejo de la urgencia obstétrica para reducir la mortalidad materna.

Ya se ha tenido experiencia en otros campos de la medicina que requieren manejo agudo tales como el trauma y la enfermedad cardiovascular donde se han implementado estrategias de acción inmediata para disminuir mortalidad y mejorar pronóstico tales como ATLS (Advanced Trauma Life Support) y ACLS (Advanced Cardiac Life Support) en donde enfatizan en el diagnóstico oportuno y acertado en el manejo primario y secundario fáciles de aprender y aplicar necesarios durante la primera hora luego de ocurrido el traumatismo o la injuria.

Hay que evaluar el impacto de guías normas en la reducción de la mortalidad. Las guías de práctica clínica tienen un potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando las inefectivas, para esto es necesario que las guías se incorporen en la práctica clínica, o sea que se adopten sus recomendaciones y las apliquen a los pacientes, pero esto supone un cambio en la práctica clínica y como tal depende de diferentes factores. Por lo cual si se quieren reponer a la pregunta de por qué en general las guías de práctica clínica no se siguen con el éxito esperado aun cuando paradójicamente los clínicos las reconocen como instrumentos útiles, probablemente encontraremos factores relacionados con las características de las propias guías, con las creencias y actitudes de los clínicos y los pacientes, o con el contexto en el que se aplican. Además, otro aspecto muy relevante estará relacionado con el proceso de elaboración de la guía, en el sentido de si se ha planificado una diseminación e implementación efectivas que faciliten la puesta en marcha de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

7.1 DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA

7.1.1 Definición términos

- La **difusión** es la distribución de información al clínico, consiste en distribuir la guía por los medios tradicionales. Habitualmente no existe una planificación previa ni unos objetivos determinados.
- La **diseminación** es la comunicación de la información al clínico para mejorar sus conocimientos o habilidades. Es un concepto más activo que el anterior, en el sentido que intenta transmitir los contenidos de las guías de práctica clínica de una forma más orientada a un público determinado. Por ejemplo la formación continuada en forma de conferencias o charlas.
- La **implementación** significa trasladar la guía a la práctica clínica. Implica estrategias de comunicación efectiva e identificar y superar las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones que propone.
- La **adopción** hace referencia a la decisión de la necesidad u obligación de cambiar la práctica clínica, una vez que se conocen los contenidos de las guías de práctica clínica.

La complejidad y el costo de las intervenciones es ascendente: la difusión es menor que la diseminación y ésta menor que la implementación. No obstante, hay aclarar que habitualmente cuando hablamos de “plan de implantación” o “estrategias de implementación” nos estamos refiriendo a una combinación de distintas estrategias de difusión, diseminación e implementación.³⁵

7.1.2 Descripción de las estrategias de implementación.

Cualquier estrategia de implementación debería tener impacto a cuatro niveles, y en el siguiente orden:

- *Aumentando el conocimiento*, de forma que los clínicos y los pacientes conozcan los mensajes de la guía de práctica clínica.
- *Cambiando actitudes*, de forma que los clínicos acepten que las recomendaciones propuestas en la guía de práctica clínica representan un mejor estándar de asistencia.

- *Cambiando los hábitos y comportamientos de los profesionales*, en su práctica clínica siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica, teniendo en cuenta también las preferencias del paciente y las influencias administrativas y económicas.
- *Modificando resultados*, lo que significa mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población con el cumplimiento de las recomendaciones de la guía de práctica clínica.³⁵

7.1.3 Intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud

- *Distribución de material educativo*: es la forma más empleada para dar a conocer una la guía de práctica clínica. Pueden utilizarse guías en formato papel, publicaciones en revistas científicas, en función del público al que quiera llegar. Es un método de coste relativamente bajo. Sin embargo, es difícil conseguir el cambio en el comportamiento de los clínicos únicamente con la distribución del material educativo.
- *Formación médica continuada*: en este caso los contenidos de la guía de práctica clínica se presentan en distintas actividades formativas tanto en el propio medio de trabajo, mediante conferencias o sesiones clínicas (congresos o participando en talleres prácticos interactivos). Como método educativo estos últimos son preferibles en comparación con los métodos teóricos tradicionales con la presencia de asistentes pasivos (tipo clase magistral).
- *Procesos de consenso local*: consiste en involucrar a los diferentes grupos de profesionales a los que va dirigida guía de práctica clínica en una discusión o puesta en común para asegurarse de que están de acuerdo con la importancia de las cuestiones clínicas abordadas y con el manejo de la misma. La inclusión de los distintos grupos de profesionales que conocen el medio local es útil para identificar las dificultades o barreras y la forma en que pueden superarse.
- *Visitas educativas individualizadas en el centro de trabajo* (“Educational outreach visits”, “academia detailing”). Consiste en que personas entrenadas del entorno sanitario realicen visitas individualizadas y personalizadas (“cara a cara”) con los clínicos en el propio lugar de trabajo, utilizando diferentes propuestas de aprendizaje que tienen como finalidad enseñar. La información puede incluir feedback de datos de actuación clínica. Algunos países con una producción importante de guías cuentan con profesionales específicos para esta actividad.

- *Líderes locales de opinión:* en este caso son profesionales nominados por sus pares como “educacionalmente influyentes” los encargados de transmitir los contenidos de guía de práctica clínica. Se trata de profesionales de referencia a nivel local, considerados clínicamente competentes y con habilidades de comunicación.
- *Intervenciones mediadas por pacientes:* son actividades que tienen la finalidad de cambiar el comportamiento de los clínicos con las intervenciones de los pacientes, cuando estos conocen las recomendaciones de guía de práctica clínica. Son ejemplos de las mismas.
 - La información obtenida con la entrega o distribución de material que contenga los mensajes de guía de práctica clínica, en las salas de espera.
 - Enviando información por correo electrónico o convencional, mediante diferentes asociaciones de pacientes de enfermedades relacionadas con el tema objeto de la guía.
 - A través de los conocimientos que pueden recibir de otros profesionales sanitarios.³⁵
- *Auditorías y feed-back:* consiste en conocer como se está desarrollando la actuación clínica en determinados procesos sanitarios, en un periodo de tiempo concreto. La información puede obtenerse de las historias clínicas, bases de datos informatizadas o incluso de las opiniones de los pacientes. Se denomina auditoría externa si se recoge por profesionales externos al medio de trabajo o auditorías internas si la realizan los propios profesionales, es muy importante que el resultado de la auditoría se devuelva a los clínicos para lograr los cambios esperados.
- *Sistemas de recuerdo (“reminders”):* se trata de cualquier intervención, manual o electrónica, cuyo objetivo principal es avisar al profesional sanitario para que realice una actividad clínica determinada. Entre sus ventajas más destacables estarían que no son difíciles de implementar y su disponibilidad en el momento necesario. Los avisos pueden estar computarizados o en papel para rellenarlo manualmente. Algunos ejemplos son:
 - Sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones. Se trata de información médica informatizada accesible en el lugar de consulta, que puede ser útil en el momento de la toma de decisiones con los pacientes, relacionadas sobre todo con dudas de pruebas diagnósticas, tratamientos o seguimiento de determinadas enfermedades.

- Informes ampliados de laboratorio (paciente diabético con LDL > 100, avisaría que lo tenemos encima del objetivo de tratamiento y señalaría las recomendaciones a seguir).
- Los recuerdos acerca de las diferentes actividades preventivas y de tamizaje o rastreo.
- Diferentes casillas o apastados que hay que completar en la propia historia clínica o en las hojas de actividades preventivas.
- Intervenciones a medida. Son actividades desarrolladas por determinados profesionales, que mediante entrevistas personales o discusiones en grupo, pretenden identificar cuales son las barreras que se han encontrado para llevar a cabo las directrices de la guía de práctica clínica y diseñar un plan para superarlas.
- Revisión por pares.
- Intervenciones con múltiples estrategias. Consiste en utilizar diferentes combinaciones de los métodos citados previamente, con el objetivo de aumentar la eficiencia en los cambios que han de producirse entre los profesionales y pacientes a los que va dirigida la guía de práctica clínica³⁵

7.1.4 Intervenciones sobre las organizaciones.

Pueden concluir:

- *Cambios en las estructuras físicas* donde tendrán que llevarse a cabo las recomendaciones de la guía de práctica clínica y que implican modificaciones en el lugar de trabajo, la educación tecnología necesaria o cambios en los sistemas de registro.
- *Cambios sobre las personas que prestaran el servicio:* pueden llevarse a cabo con la contratación de profesionales encargados específicamente de realizar algunas de las prácticas propuestas en la guía de práctica clínica o crear equipos multidisciplinares de distintos profesionales para trabajar con el mismo objetivo.
- *Intervenciones sobre los pacientes:* Son todas aquellas que sirven para aumentar la participación de los pacientes tanto de forma individualizada como a través de diferentes grupos de asociaciones con el fin de mejorar la aceptabilidad de la guía de práctica clínica. Este objetivo pudo lograrse mediante educación dirigida a este grupo de personas o bien utilizando

distintos tipos de materiales educativos y recomendaciones. La importancia y la eficacia de estas actividades, sobre todo ha recaído en las guías de actividades preventivas y de rastreo.³⁵

7.1.5 Intervenciones reguladoras.

- Son estrategias que tienen como objetivo principal cambiar las prestaciones o los costes de un servicio sanitario mediante una ley o una normativa.

7.1.6 Intervenciones administrativas.

- Pueden solaparse con las intervenciones reguladoras, económicas y organizativas. Normalmente están creadas con la intención de facilitar o forzar los cambios en el trabajo clínico de los profesionales sanitarios para ajustarlos a las recomendaciones de la guía de práctica clínica, y entre ellas estarían: la necesidad de que sea un especialista el que solicite una prueba diagnóstica en vez de que sea el médico de atención primaria, o realizando pagos extras a los mismo por el perfil de descripción (incentivos). En este aparatado se incluyen también los pactos entre gerencias y centros sanitarios, que pueden diferir entre Comunidades Autónomas (pactos, objetivos, contratos programa contratos de gestión clínica..), que pueden incluir o no incentivos.³⁵

7.1.7 Adaptación local de las Guías de Práctica Clínica.

Cada vez son más los grupos productores de guías que incorporar la adaptación local de una guía de ámbito nacional en guías o protocolos locales dentro de la fase de implementación. El desarrollo local aumenta la familiaridad y el sentido de propiedad de la guía, ya que tiene en cuenta aspectos locales de tipo organizativos, incluye líderes de opinión o profesionales relevantes del medio y en definitiva, tienen en cuenta cuales son los principales problemas en el lugar en que se va aplicar la guía, y si las recomendaciones son aplicables en dicho entorno (valorando existencia de personal, disponibilidad de medios diagnósticos o de tratamiento, barreras culturales, etc..).³⁵

7.1.8 Medios de comunicación de masas.

Utilizan distintos métodos de comunicación para llegar a un gran número de personas: televisión, radio, periódicos, folletos y otros. Están dirigidos a toda la población en general y cada vez es más importante su potencial de impacto.

Independientemente de cuál sea la estrategia de implantación de la guía de práctica clínica que se utilice entre las descritas, siempre hay que cuestionarse su efectividad esperada y si dicha estrategia es la más apropiada a las barreras y circunstancias del lugar donde se quiere implantar. Ausencia de una planificación estructurada desde el inicio para la implantación.³⁵

7.1.9 Efectividad de los métodos de implementación.

El grupo de la Cochrane denominado EPOC (Effective Practice and organization of Care) se constituyó con la finalidad de realizar revisiones sistemáticas relacionadas con intervenciones de implementación, para poder determinar la efectividad de las mismas. Recientemente Grimshaw y cols han llevado a cabo una revisión sistemática muy exhaustiva (bases de datos EPOC, MEDLINE, EMBASE, Healthstars, Cochrane-ensayos clínicos, SIGLE), y que incluya 235 estudios.

Los hallazgos más relevantes han sido los siguientes:

- Se observan mejoras en el resultado medido en 86,6% de las comparaciones, aunque el efecto es variable dependiendo del tipo de intervención y también del estudio.
- Las intervenciones más valoradas fueron los sistemas de recordatorios, materiales educativos, auditorias y feedback. La mayoría producen de pequeño a moderado efecto: así, la medida de mejora es del 14,1% para los recordatorios, 8,1% para materiales educativos, 7% para auditorias y feedback y un 6% para las intervenciones con múltiples estrategias. Los máximos efectos observados nos suelen pasar de un 25% de mejora absoluta.
- Los sistemas de recordatorio son las intervenciones que han demostrado ser más efectivas.
- Las intervenciones con múltiples estrategias no son necesariamente más efectivas que las intervenciones simples, aunque si suelen serlo.

- Los materiales educativos tiene poca eficacia, pero potencialmente pueden tener efectos importantes (van dirigidos a muchos profesionales) y sus coste es realmente bajo.³⁵

7.1.10 Barreras y facilitadores.

Las barreras en el contexto de las guía de práctica clínica se definen como aquellos factores que impiden o dificultan los cambios que se pretenden alcanzar. Los facilitadores son los factores que propician los cambios. Las estrategias y los planes de implementación que tengan en cuenta e identifiquen las barreras que van surgiendo, tanto durante el proceso de implementación como después del mismo, e intentan poner los medios para superarlas, tendrán mayor probabilidad de éxito.

Se pueden clasificar en 4 grupos:

7.1.10.1 Barreras que dependen de las características de la guía:

- Objetivo de la guía poco definido, el grupo redactor es poco representativo, la síntesis de la evidencia o la forma en que se ha utilizado la evidencia es inadecuada, las recomendaciones son ambiguas o poco claras, no se ha empleado un método de consenso para las recomendaciones.
- En la redacción de las GPC, son demasiado largas, de uso complejo, con formatos de publicación incómodos para el manejo en la consulta o puede que las recomendaciones finales presenten dificultades para su interpretación.
- En el contenido de las guías, esto hace referencia a la validez, fiabilidad y reproducibilidad, todas estas características facilitaran o no su credibilidad por parte de los clínicos. (35).

Las barreras de la guía son las mas fáciles de superar, si se elaboran con contenido, formatos adecuados y un equipo redactor multidisciplinario que incluya personas que conozcan el medio.

7.1.10.2 Barreras relacionadas con el clínico:

- Conocimientos y habilidades: el clínico desconoce que existe la guía, o no está familiarizado con las guías de práctica clínica y la medicina basada en la evidencia.
- Actitudes: el clínico está en desacuerdo con el contenido de las guías o con la importancia de las mismas, presenta una actitud crítica, los líderes de opinión en desacuerdo, percepción de la guía como algo impuesto.
- Comportamientos: resistencia al cambio.
- Sobrecarga asistencial.

Todos estos factores van a tener influencia en la adopción de una guía y no son fáciles de superar.

7.1.10.3 Barreras relacionadas con el medio local o con la organización sanitaria:

- Escaso apoyo institucional y la falta de recursos para el desarrollo e implementación de las guías.
- Falta de reconocimiento a los profesionales que siguen las recomendaciones de las guías.
- Demanda asistencial excesiva que no deja tiempo revisar las guías.

7.1.10.4 Barreras relacionadas con el propio proceso de implementación:

- Ausencia de planificación estructurada desde el inicio de la implementación. (35)

7.2 PASOS QUE DEBEN SEGUIRSE EN LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA

Teniendo en cuenta el grupo de la Guía de práctica clínica de Nueva Zelanda y las de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), sin embargo hay que tener en cuenta que deberá adaptarse al medio y a las circunstancias locales, teniendo presente los recursos disponibles, la población diana a la que vamos a

dirigir, las características de los pacientes y los distintos factores culturales propios de la zona. Pasos:

- Desarrollar un plan de implementación (tener en cuenta cuales son los objetivos y que mejoras y cambios tienen que suceder con la implementación de las guías de práctica clínica.
- Identificar que personas van a participar en el proyecto de implementación, así como las que van a liderarlo, si es posible contar con el grupo que elaboro la guía, gestores de sanidad, personas con experiencia en metodología de GPC y lectura crítica, es importante introducir profesionales que conozcan el medio local, para mejorar así la aceptación de la guía.
- Decidir cuál es la población diana a la que hay que dirigirse (de acuerdo a esto se realizaran los métodos) una vez identificados, elaborar las estrategias para cada uno de ellos.
- Analizar los vacíos que existen entre la práctica que se está llevando a cabo de forma habitual y la practica ideal que propone la GPC, es decir evaluar que se hacía y que se propone, para esto se puede hacer una auditoria lo cual ayudaría a plantearse objetivos realistas en la implantación de la guía.
- Seleccionar cuales son los mensajes clave que propone la guía y que deben comunicarse, porque con su cumplimiento se resolverán los vacíos entre la práctica clínica habitual y la ideal. A veces cada de estos mensajes necesita estrategias distintas de comunicación para cada uno de los grupos diana, así como diferentes formatos y recomendaciones.
- Identificar cuáles son las barreras que podrían interferir en el desarrollo de una implementación adecuada.
- Decidir cuáles son los métodos de implementación que pueden funcionar en el contexto de la guía, teniendo en cuenta el grado de complejidad de las recomendaciones para que la población diana utilice la guía, los facilitadores aprovechables y las barreras a superar. Preparar a los profesionales para la implementación de la guía explicándoles cuales son los objetivos que se pretenden llevar a cabo asegurándose de que consiguen una actitud positiva y favorable al cambio. Hay que preparar el medio de trabajo equipándolo adecuadamente.
- Considerar cuales van a ser los costos del plan de implementación, el objetivo es alcanzar un equilibrio teniendo en cuenta los beneficios que se obtendrán a largo plazo con la implementación.

- Elaborar un plan de actuación con el consentimiento de todos los responsables en cada uno de los pasos que se han decidido para llevar a cabo las mejoras en la práctica clínica.
- Evaluaron del impacto que han tenido las estrategias de implementación de las guías y para esto hay que tener en cuenta: 1. Qué grupos de personas conocen y se han familiarizado con los contenidos de la guía. 2. Comprobar el uso actual que se está haciendo de la misma. 3. Recoger información de cuanto se ha consumido en recursos adicionales de salud, necesarios para cumplir las recomendaciones propuestas. 4. cuáles son los cambios obtenidos en los resultados de salud, con el uso de la guía, no solamente a corto plazo si no a lo largo del tiempo.(35).

8. OBJETIVO GENERAL

Por medio del análisis de datos obtenidos de las muertes maternas en Bogotá durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009, identificar el efecto de las tres demoras sobre las muertes maternas y establecer los momentos críticos que contribuyen con la muerte en la urgencia obstétrica, que sean susceptibles de modificar.

9. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reconocer las principales causas de muerte materna y el impacto de cada una sobre dicho desenlace.
- Identificar y clasificar las causas prevenibles y no prevenibles de mortalidad materna en Bogotá.
- Estudiar el comportamiento que ha tenido la mortalidad materna en Bogotá en los últimos años.
- Identificar los grupos de pacientes con factores de riesgo para muerte materna.
- Identificar el momento crítico, enfatizando en las 3 demoras de la atención materna que contribuyen con la mortalidad en este grupo de pacientes.
- Revisar las diferentes políticas que se han implementado para reducir la mortalidad materna.
- Determinar los requerimientos básicos que se deben tener en una las instituciones que manejen pacientes obstétricas para el manejo de una urgencia vital.
- Exaltar la importancia del buen funcionamiento del sistema de Referencia y Contra-referencia en el manejo de pacientes obstétricas para reducir la mortalidad materna.

10. METODOLOGIA

10.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio sin intervención, observacional descriptivo transversal en donde se analizarán variables tanto cualitativas como cuantitativas. Los diseños observacionales son los estudios en los cuales el investigador no interfiere con el fenómeno estudiado. La recolección de datos se realizará de manera retrospectiva.

Por ser un estudio observacional, retrospectivo, es relativamente barato y simple, además es éticamente seguro, sin embargo establece tan solo una posible asociación pero no llena todos los criterios de causalidad. Es susceptible al sesgo de recuerdo. Es el diseño por excelencia para establecer la prevalencia o la tendencia en ciertas acciones o actividades en salud y por ello son muy útiles a nivel de la toma de decisiones en políticas de salud.

10.2 MUESTRA

Nuestro universo corresponde a todas la mujeres con embarazo comprobado y aquellas que se encuentran en puerperio, definido como el período comprendido desde el alumbramiento hasta 42 días posterior al parto, que mueren y fueron registradas en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá durante el período comprendido entre enero 2006 a diciembre del 2009.

10.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres de cualquier edad, condición socioeconómica y paridad, con embarazo comprobado o durante el puerperio, que siendo procedentes de Bogotá, murieron en Bogotá, durante el periodo comprendido entre Enero de 2006 a Diciembre de 2009
2. Se analizarán todos los casos que cumplan los criterios anteriores y que serán reportados en la Secretaría de Salud de Bogotá.

10.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Se excluirán todas aquellas muertes maternas que se presenten por homicidio, suicidio, envenenamientos o accidentes.
2. Procedentes de fuera de Bogotá.

10.5 VARIABLES

TABLA 21. VARIABLES MORTALIDAD MATERNA TABLA RESUMEN DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición	Fuente	Tipo	
EDAD	Número de años cumplidos	Medición según fecha de nacimiento en documento de identidad	Años	Intervalo	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o Historia clínica.	Cuantitativa	
ESTADO CIVIL	Condición de convivencia	Medición según datos de la ficha o CLAP	Casado-Soltero- U. libre-Divorciado-Viudo	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	Tipo de afiliación al régimen de salud	Carné de afiliación u hoja de clasificación socioeconómica	Contributivo-Subsidiado-vinculado-particular	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
EDAD GESTACIONAL	Número de semanas de gestación determinada por el primer día de la última menstruación o por ecografía.	Se utilizará gestograma del CLAP	Semanas	Ordinal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuantitativa	

FÓRMULA OBSTETRICA	Número de gestaciones, número de partos, número de abortos, número de cesáreas, número de ectópicos, número de molas, número de hijos vivos y óbitos.	Se evaluará lo referido por la paciente y consignado en la historia clínica	Números enteros	Ordinal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuantitativa	
TIPO DE EMBARAZO	Número de fetos en gestación en cuestión	Se evaluará en número de fetos por datos de historia clínica (examen físico e imágenes diagnósticas)	Único o múltiple, ectópico, no aplica*	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	*En aborto
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	Número de consultas con personal de salud a las que asistió la materna	Datos obtenidos en Historia Clínica	Números enteros	Ordinal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuantitativa	
CONTROL PRENATAL	Asistencia de la materna a algún control prenatal realizado por cualquier personal de la salud	Datos obtenidos en Historia Clínica	Si o No	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	cualitativa	
PERSONA QUE REALIZÓ CONTROL PRENATAL	Tipo de personal de salud capacitado en la atención de maternas	Datos obtenidos en Historia Clínica	Médico especialista, Médico general, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Promotor de salud.	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
REMISION A ESPECIALISTA	Se registra si durante el control prenatal la paciente fue	Datos obtenidos en Historia Clínica	Si o No	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o	Cualitativa	

	remitida a especialista				historia clínica		
TRIMESTRE EN QUE INICIO CONTROL PRENATAL	Se registra en que trimestre inicio control prenatal	Datos obtenidos en Historia Clínica	No control, no dato, primero, segundo, tercero	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
PROBLEMA DETECTADO EN EL CONTROL PRENATAL	Se describe que patología fue la detectada en el control prenatal	Datos obtenidos en Historia Clínica	se enumera la patología diagnosticada	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
MANEJADO EL PROBLEMA DETECTADO EN EL CONTROL PRENATAL	Se describe si el problema detectado fue manejado	Datos obtenidos en Historia Clínica	No, no aplica*, no dato, si	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	*No fue detectado o problema en el control prenatal
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Enfermedades sobreagregadas actuales o previas no relacionadas con el embarazo	Datos obtenidos en Historia	Se colocan las patologías mas frecuentes (hipertensión arterial, diabetes, y otras en las que se coloca la patología)	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Enfermedades sobreagregadas actuales o previas relacionadas con el embarazo	Datos obtenidos en Historia Clínica	CIE 10, se tienen en cuenta antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia, distocias, parto pretérmino, cirugía pélvica)	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
TIPO DE PARTO	Nacimiento por vía vaginal instrumentado o no	Datos obtenidos en Historia Clínica	Cesárea, parto instrumentado, parto vaginal, sin dato y no	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia	Cualitativa	*Es aborto, ectópico o mola

			aplica*		clínica		
TIPO DE CESÁREA	Tipo de programación quirúrgica	Datos obtenidos en historia clínica	Urgencia o electiva, sin dato, no aplica*	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	*No fue parto por cesárea
CONDICION DEL RECIEN NACIDO	Condición de el recién nacido al momento del nacimiento	Datos obtenidos en Historia Clínica	Vivo, muerto y no aplica*	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	Es aborto, ectópico o mola
OTRA INTERVENCIÓN	Procedimiento quirúrgico no especificado	Datos obtenidos de historia clínica	Se tuvieron en cuenta los procedimientos mas frecuentes realizados en este tipo de pacientes (salpinguectomía, legrado, empaquetamiento, histerectomía abdominal, reintervención, transfusión de hemoderivados	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
REQUIRIO UCI	Paciente estuvo en UCI	Datos obtenidos de historia clínica	Si o no	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA	Tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta que consulta.	Datos de la historia clínica	Horas (menor de 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 2 días, 3 días, 4 días, 5 días, 5-9 días)	Intervalo	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cuantitativa	

MOMENTO EN QUE INGRESA AL HOSPITAL INICIAL	Momento en el cual ingresa la paciente al servicio de urgencias al sitio inicial	Datos de historia clínica	Sin trabajo de parto, trabajo de parto fase latente, trabajo de parto fase activa, trabajo de parto expulsivo, alumbramiento, postaborto, puerperio 0- 5 días, puerperio 6-10 días, puerperio 11-20 días, sin dato	Nomin al	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas.	Cuali tativa	
TRIMESTRE EN QUE OCURRE LA MUERTE	Se registra el trimestre en que ingreso a la institución inicial y que termina en la muerte.	Datos obtenidos en Historia Clínica	No control, no dato, primero, segundo, tercero	Nomin al	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuali tativa	
TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO INICIAL HASTA LA MUERTE	Tiempo que transcurre desde que ingresa hasta que muere en el sitio inicial	Datos de la historia clínica	Horas (menor de 1hora, 2horas, 3 horas, 4 horas, 5 horas, 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 1-5 días, 6- 10 días y mayor a 10 días, no dato.)	Interval o	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuan titativa	
TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO FINAL HASTA LA MUERTE	Tiempo que transcurre desde que ingresa hasta que muere en el sitio final	Datos de la historia clínica	Horas (menor de 1hora, 2horas, 3 horas, 4 horas, 5 horas, 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 1- 5 días, 6- 10 días y mayor a 10 días, sin dato, no aplica*)	Interval o	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuan titativa	No hay remisión y el sitio inicial es igual al final

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	Momento en que ocurre la muerte después del parto	Datos de la historia clínica	Horas (menor de 1hora, 2horas, 3 horas, 4 horas, 5 horas, 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 2 días, 3 – 7 días y mayor a 8 días, sin dato,	Intervalo	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cuantitativa	
SITIO DONDE OCURRIO LA MUERTE	Sitio donde ocurrió la muerte	Datos de la historia clínica	Se deja espacio para colocar en que sitio ocurre (casa, hospital, calle)	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	Persona que acompaña a la materna durante el nacimiento y alumbramiento	Datos de la historia clínica	Médico especialista, Médico general, Enfermera Jefe, auxiliar de enfermería, Promotor de salud, persona ajena al personal de salud.	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
PERSONA QUE LA COMPLICACION	Persona atiende la complicación de la materna	Datos de la historia clínica	Médico especialista, Médico general, Enfermera Jefe, auxiliar de enfermería, Promotor de salud, persona ajena al personal de salud.	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
NIVEL DE ATENCIÓN INICIAL	Nivel de complejidad hospitalario al que asiste la materna en primera instancia	Datos de la historia clínica	Centro de salud, hospital nivel I, II y III, IV.	Ordinal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	

NIVEL DE ATENCION FINAL	Nivel de complejidad hospitalario al que asiste la materna en primera instancia	Datos de la historia clínica	Centro de salud, hospital nivel I, II y III, IV.	Ordinal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
TIEMPO DE REMISION	Tiempo transcurrido desde la solicitud de la remisión hasta que la paciente ingresa al sitio de referencia.	Hoja de remisión e historia clínica	Horas se distribuye así: menor de 1 hora, 1- 3 horas, 4- 6 horas, 7 – 12 horas, 14- 24 horas, mayor de 24 horas, no aplica *, sin dato.	Intervalo	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cuantitativa	No se remitió
DIAGNOSTICO O SITIO INICIAL	Diagnostico principal que se le coloca en el sitio de ingreso	Datos obtenidos de historia clínica	CIE 10 (aborto, eclampsia, ectópico, HELLP, infección, mola, parto obstruido, embarazo normal, preeclampsia, gastritis, Hipertensión arterial crónica, síndrome convulsivo, paro cardiorrespiratorio, neumonía, otro)	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
OTRO DIAGNOSTICO O SITIO INICIAL	Otro diagnostico que se le coloca en el sitio de ingreso	Datos obtenidos de historia clínica	CIE 10	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	

DIAGNOSTICO SITIO FINAL	Diagnostico principal que se le coloca en el sitio donde muere	Datos obtenidos de historia clínica	No, no aplica*, si , sin dato	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	La paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es el mismo del sitio final ya que es el mismo.
OTRO DIAGNOSTICO SITIO FINAL	Otro diagnostico que se le coloca en el sitio donde muere la paciente	Datos obtenidos de historia clínica	CIE 10 se coloca el otro diagnostico	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
CORRELACION DIAGNOSTICO INICIAL – DIAGNOSTICO FINAL	Si se presenta correlación en el Diagnostico principal entre el diagnostico sitio inicial y sitio final	Datos obtenidos de historia clínica	No, si, sin dato, no aplica*	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	Paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es el mismo que el diagnóstico del sitio final.
CORRELACION DIAGNOSTICO-TRATAMIENTO SITIO INICIAL	Si hay concordancia del tratamiento con el diagnostico en sitio de ingreso inicial.	Datos obtenidos de historia clínica	No, si, sin dato	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
CORRELACION DIAGNOSTICO-TRATAMIENTO SITIO FINAL	Si hay concordancia del tratamiento con el diagnostico en sitio de ingreso final.	Datos obtenidos de historia clínica	No, si, sin dato, no aplica*	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	Paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es

							el mismo que el diagnóstico del sitio final.
TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	Oportunidad en el tratamiento en el sitio de ingreso final	Datos obtenidos de historia clínica	No, si, sin dato	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	Oportunidad en el tratamiento en el sitio final	Datos obtenidos de historia clínica	No, si, sin dato, no aplica*	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	cualitativa	Paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es el mismo que el diagnóstico del sitio final.
MOTIVO DE MUERTE	Disfunción del órgano o los órganos que la conducen a la muerte.	Datos de la Historia clínica	Diagnósticos de CIE 10 (disfunción cardiovascular, respiratoria, renal, hematológica, hepática, neurológica, choque hipovolémico, séptico, síndrome de disfunción orgánica múltiple, coagulación intravascular diseminada)	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica	Cualitativa	
OTRO MOTIVO DE MUERTE	Otra disfunción del órgano o los órganos que la conducen a la muerte.	Datos de la Historia clínica	Diagnósticos de CIE 10 (disfunción cardiovascular, respiratoria, renal,	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia	Cualitativa	

			hematológica, hepática, neurológica, choque hipovolémico, séptico, síndrome de disfunción orgánica múltiple, coagulación intravascular diseminada		clínica		
CAUSA DE MUERTE	DIRECTA O INDIRECTA	Datos de la historia clínica	Directa o indirecta	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
DEMORAS	Demoras en la atención médica	Basada en la clasificación de Deborah Meigh	Primera, Segunda, Tercera, Ninguna, Todas, Primera y segunda, Primera y tercera, Segunda y tercera)	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	
MUERTE EVITABLE	Según la definición de muerte evitable	Datos de la historia clínica	Si o No	Nominal	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas	Cualitativa	

10.6 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Mediante gráficas en barras y tortas, tablas. Se realizará una interpretación de cada una de estas. Presentación de conclusiones finales. Socialización.

10.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Tablas en Excel y EPI INFO.

11.RESULTADOS

11.1 RESULTADOS 2006

Según datos obtenidos de la Secretaria Distrital de Salud en Bogotá durante el año 2006 murieron 62 maternas. Se excluyen del análisis 3 mujeres cuya procedencia fue Girardót, Acacias y Facatativa quedando 59 muertes maternas que cumplen los criterios de inclusión. El acceso a historias clínicas y/o estudios de campo para la obtención de datos, solo fue posible para 47 muertes maternas de las 59 seleccionadas, por lo tanto estas constituyen la fuente del análisis.

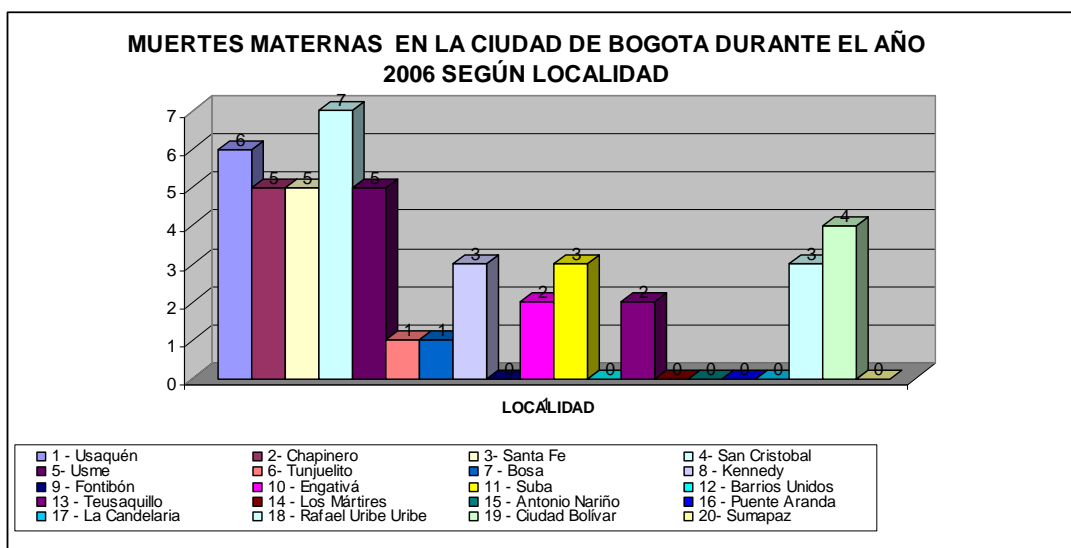
A continuación se presentan las muertes maternas ocurridas en Bogotá durante el año 2006 según localidad:

TABLA 22 MUERTES MATERNAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA DURANTE EL AÑO 2006 SEGÚN LOCALIDAD

LOCALIDAD	NUMERO
1. Usaquén	6
2. Chapinero	5
3. Santa Fe	5
4. San Cristóbal	7
5. Usme	5
6. Tunjuelito	1
7. Bosa	1
8. Kennedy	3
9. Fontibón	0
10. Engativá	2
11. Suba	3
12. Barrios Unidos	0
13. Teusaquillo	2
14. Los Mártires	0
15. Antonio Nariño	0
16. Puente Aranda	0
17. La Candelaria	0

18. Rafael Uribe Uribe	3
19. Ciudad Bolívar	4
20. Sumapaz	0
TOTAL	47

GRAFICO 10. MUERTES MATERNAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA DURANTE EL AÑO 2006 SEGÚN LOCALIDAD



En el periodo analizado, 2006, se presentaron 113.918 nacidos vivos y 62 muertes maternas en Bogotá, según datos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Para el análisis de los resultados de este trabajo se tendrán en cuenta los datos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Después de aplicar el instrumento a cada una de las historias clínicas y/o estudios de campo, se obtuvo una base de datos de donde se extraen los siguientes resultados:

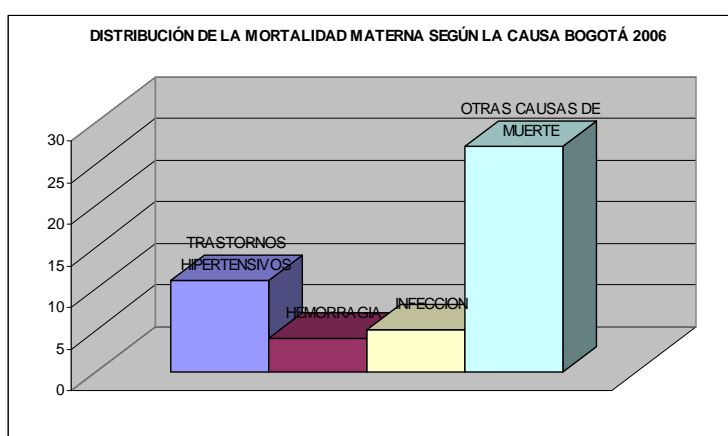
CAUSA DE MUERTE

Las siguientes son las principales causas de muerte encontradas en el periodo 2006 en Bogotá. Para facilitar el análisis se agruparon en 4 categorías:

Tabla 23. Distribución de la mortalidad materna según la causa Bogotá 2006

CAUSA DE MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA %
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	11	22,4
HEMORRAGIA	4	8,2
INFECCION	5	10,2
OTRAS CAUSAS DE MUERTE	27	55,1
TOTAL	47	100%

Gráfica 11. Distribución de la mortalidad materna según la causa Bogotá 2006



Las 49 muertes encontradas se distribuyeron en los 4 grupos de la siguiente manera:

Tabla 24. Muertes maternas por trastornos hipertensivos, hemorragia e infección 2006

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y EMBARAZO	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ECLAMPSIA	5
SINDROME HELLP	4
PREECLAMPSIA Y HEMORRAGIA	1
PREECLAMPSIA	1
TOTAL	11

HEMORRAGIA	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ATONIA UTERINA	2

ACRETISMO	1
OTRAS	1
TOTAL	4

INFECCION*	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ABORTO SEPTICO	2
MIOMETRITIS	3
TOTAL	5

* Se tienen en cuenta solo infecciones ginecobstétricas. Los otros tipos de infección como neumonía, meningitis, ivu etc, se analizarán como *otras causas de muerte materna*.

Tabla 24. Otras causas de muerte materna Bogotá 2006

OTRAS CAUSA DE MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
NEUMONIA	2	7,4
ACV HEMORRAGICO	2	7,4
ANEURISMA ABDOMINAL	1	3,7
CA DE SENO	2	7,4
CARDIOPATIA	3	11,1
APENDICITIS	1	3,7
EMBOLISMO DE LIQ AMNIOTICO	2	7,4
POLIPARASITISMO INTESTINAL	1	3,7
LEUCEMIA	1	3,7
MASA CEREBRAL	1	3,7
FALLA RENAL	1	3,7
MELANOMA	1	3,7
CA LENGUA	1	3,7
OBSTRUCCION INTESTINAL	1	3,7
IVU	1	3,7
TEP MASIVO	3	11,1
PARO CARDIORESPIRATORIO	1	3,7
SIN DATO	2	7,4
TOTAL	27	100%

Tabla 25. Distribución de las muertes maternas según estado civil Bogotá 2006

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADAS	6	12,8
SOLTERAS	10	21,3
U. LIBRE	23	48,9
SEPARADAS	2	4,3
SIN DATO	6	12,8
Total:	47	100%

Gráfica 12. Porcentaje de muertes maternas según estado civil Bogotá 2006.

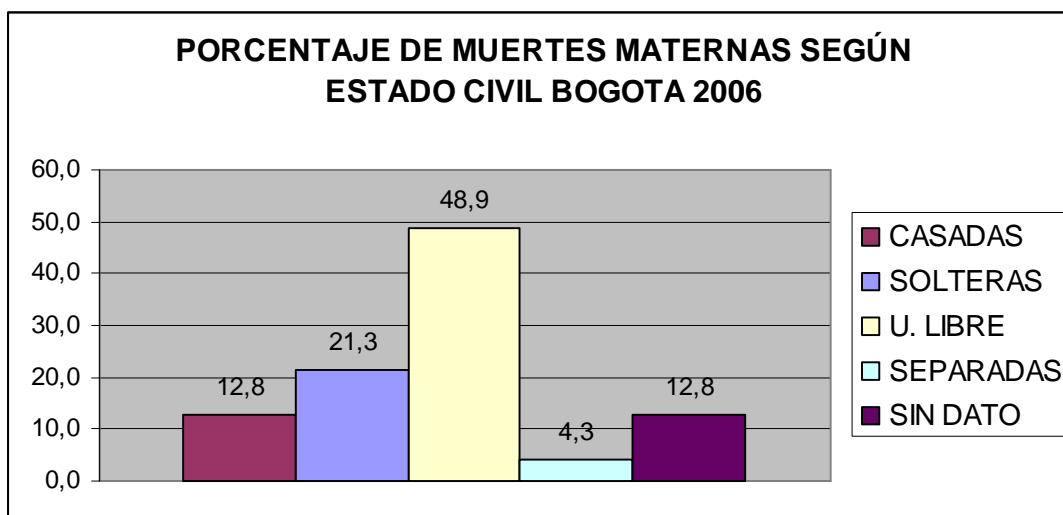


Tabla 26. Distribución de las muertes maternas según edad Bogotá 2006

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15-19	5	10,6
20-24	8	17,0
25-29	11	23,4
30-34	11	23,4
35-39	4	8,5
40-44	6	12,8
45-49	1	2,1
SIN DATO	1	2,1
Total	47	100%

Gráfica 13. Distribución de las muertes maternas según edad Bogotá 2006

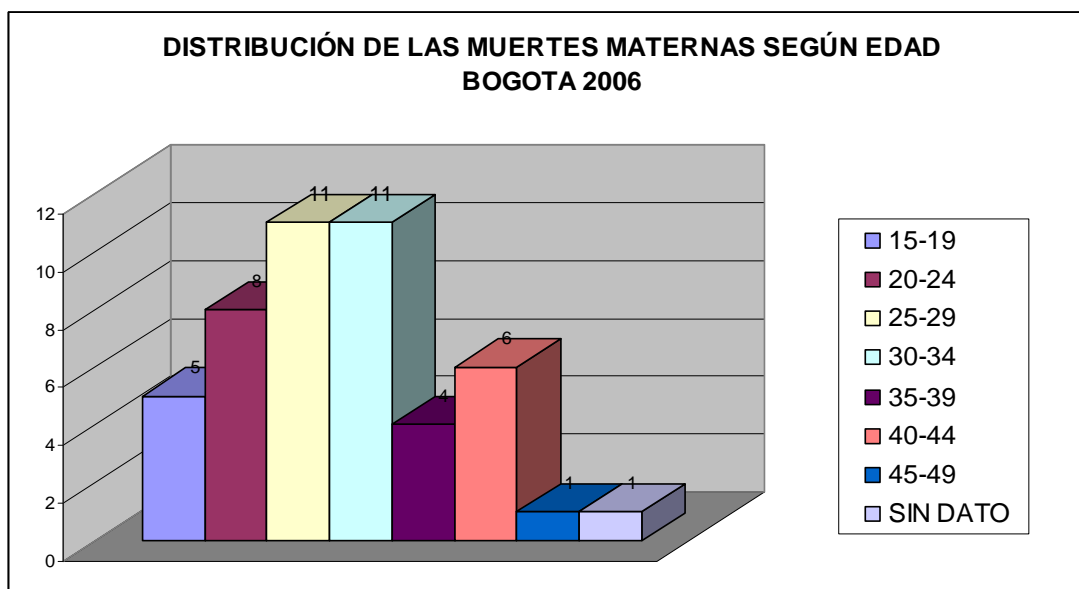


Tabla 27. Distribución de la razón de mortalidad según edad Bogotá 2006

EDAD	MUERTES	NACIDOS VIVOS	RAZON
9-14 AÑOS	0	544	0,0
15-19 AÑOS	5	19778	25,3
20-24 AÑOS	8	32612	24,5
25-29 AÑOS	11	27733	39,7
30-34 AÑOS	11	19116	57,5
35-39 AÑOS	4	10839	36,9
40-44 AÑOS	6	3022	198,5
45-49 AÑOS	1	196	510,2
50-54 AÑOS	0	11	0,0
SIN DATO	1	67	1492,5

Tabla 28. Distribución de las muertes maternas según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Bogotá 2006

SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO	PORCENTAJE
VINCULADO	12	25,5
SUBSIDIADO	15	31,9
CONTRIBUTIVO	17	36,2

ESPECIAL	2	4,3
SIN DATO	1	2,1
Total	47	100%

Gráfica 14. Distribución de las muertes maternas según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Bogotá 2006

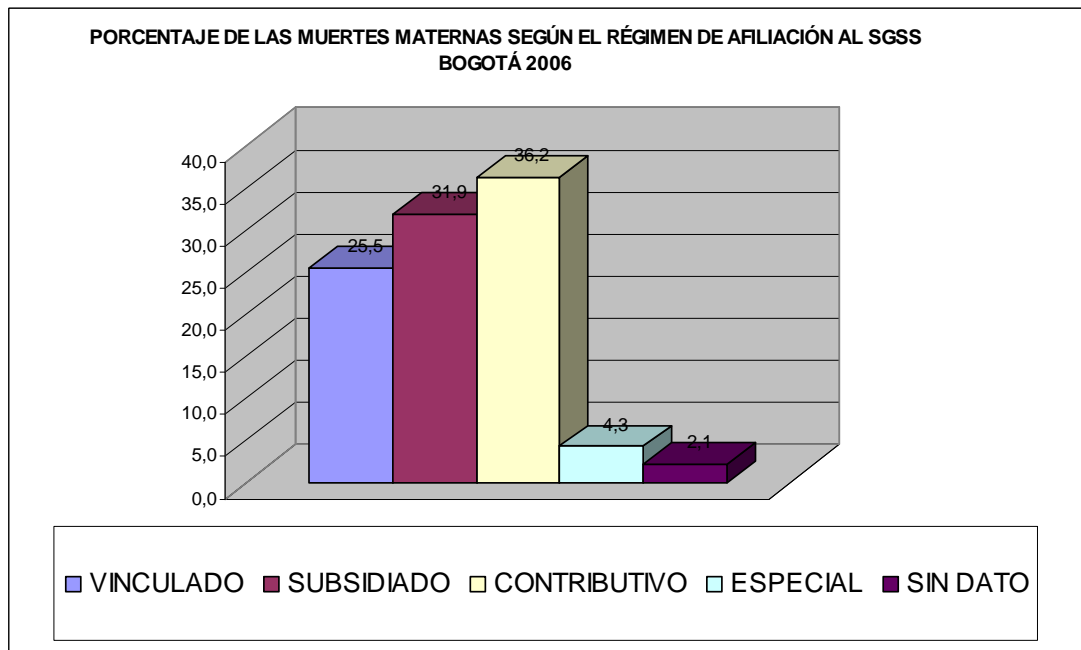


Tabla 29. Distribución de las muertes maternas según la paridad (numero de gestaciones) Bogotá 2006

GESTACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
1 UNO	13	27,7
2 DOS	11	23,4
3 TRES	9	19,1
4 CUATRO	8	17,0
5 CINCO	2	4,3
6 SEIS	1	2,1
7 SIETE	0	0,0
8 OCHO	0	0,0
12 DOCE	1	2,1
SIN DATO	2	4,3
Total	47	100

Gráfica 15. Distribución de las muertes maternas según la paridad (numero de gestaciones) Bogotá 2006

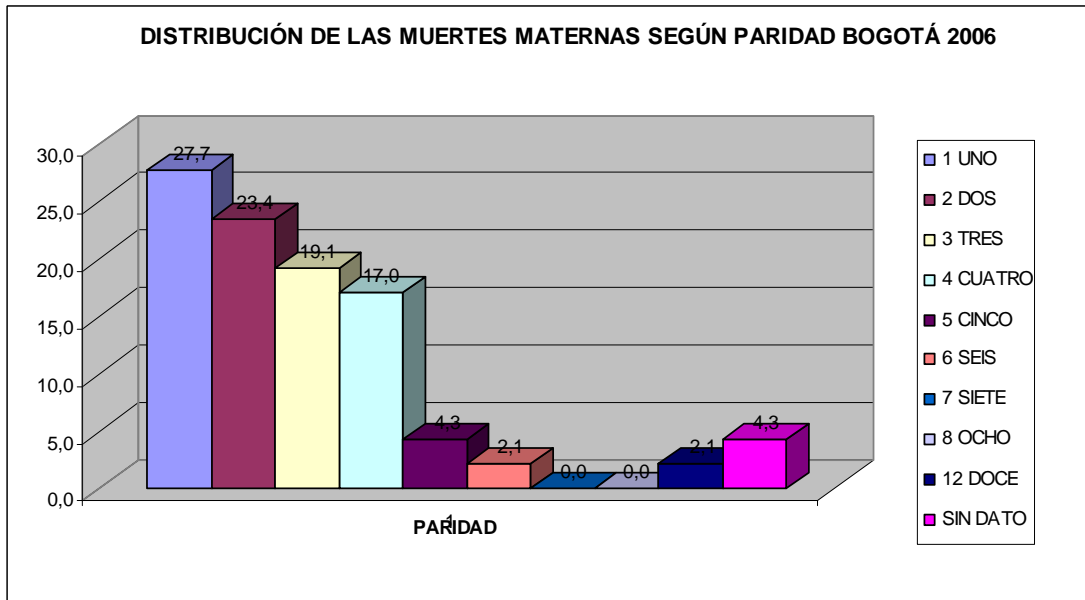


Tabla 30. Distribución de las muertes maternas según si se realizaron o no control prenatal Bogotá 2006

CONTROL PRENATAL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	38	80,9
NO	9	19,1
Total	47	100%

Gráfica 16. Distribución de las muertes maternas según si se realizaron o no control prenatal Bogotá 2006

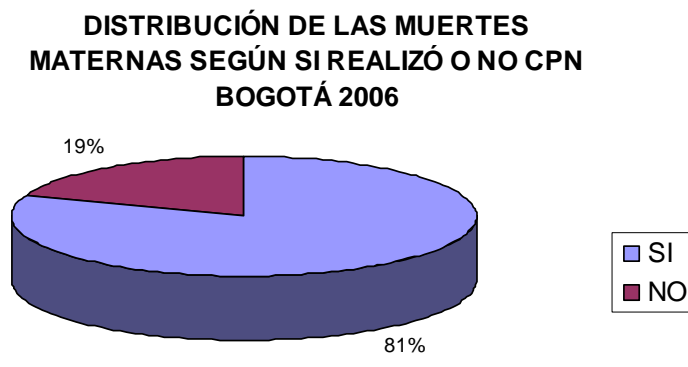


Tabla 31. Distribución de las muertes maternas según el numero de controles prenatales al que asistieron durante el embarazo. Bogotá 2006

NUMERO DE CONTROLES	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
0	9	19,1
1	6	12,8
2	2	4,3
3	3	6,4
4	6	12,8
5	5	10,6
6	0	0,0
7	4	8,5
8	1	2,1
>8	6	12,8
Total	47	100%

Gráfica 17. Distribución de las muertes maternas según el numero de controles prenatales al que asistieron durante el embarazo. Bogotá 2006

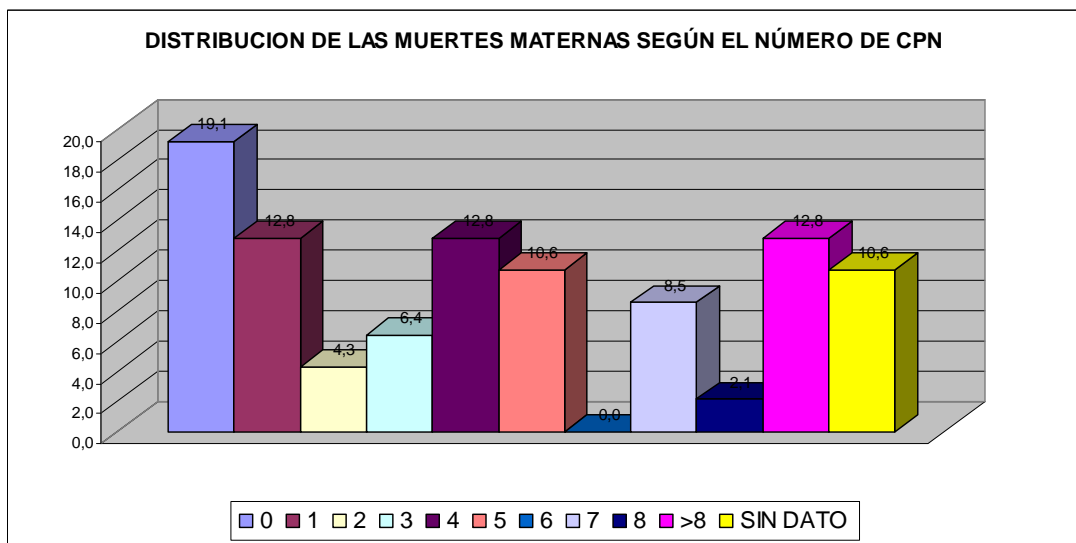


Tabla 32. Distribución de las muertes maternas según el trimestre en que se inicio el control prenatal. Bogotá 2006

TRIMESTRE INICIO CPN	NUMERO MUERTES	FRECUENCIA %
NO CONTROL	9	19,1
SIN DATO	0	0,0
PRIMER TRIMESTRE	27	57,4

SEGUNDO TRIMESTRE	10	21,3
TERCER TRIMESTRE	1	2,1
Total	47	100

Gráfica 18. Distribución de las muertes maternas según el trimestre en que se inicio el control prenatal. Bogotá 2006

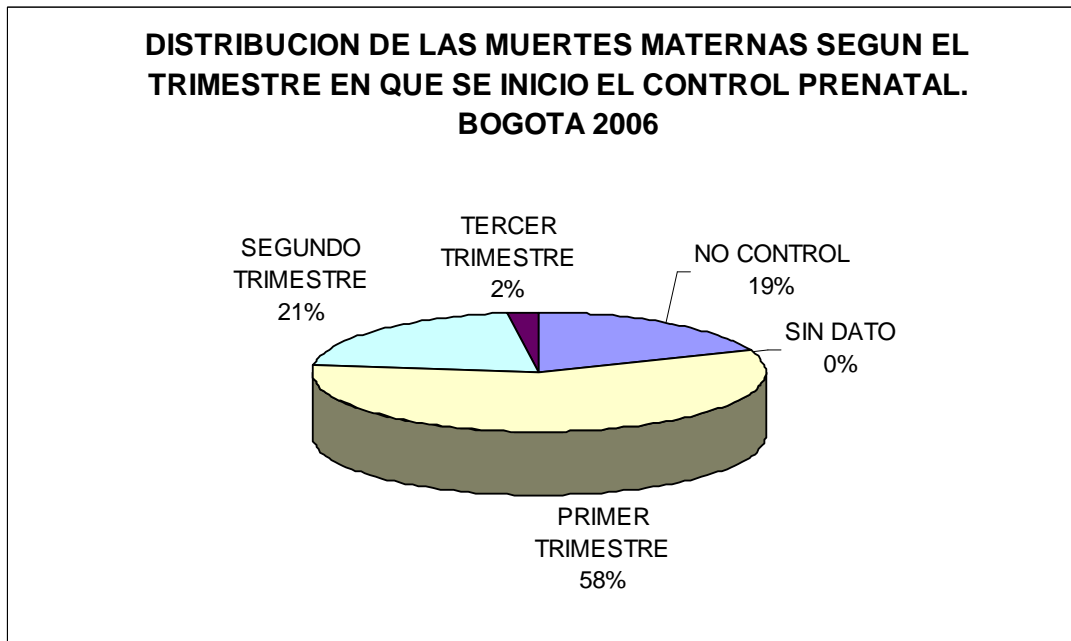


Tabla 33. Distribución de las muertes maternas según remisión a especialista durante el control prenatal. Bogotá 2006

REMISION A ESPECIALISTA	NUMERO MUERTES	FRECUENCIA
SI	29	61,7
NO	15	31,9
SIN DATO	3	6,4
Total	47	100%

Gráfica 19. Distribución de las muertes maternas según remisión a especialista durante el control prenatal. Bogotá 2006

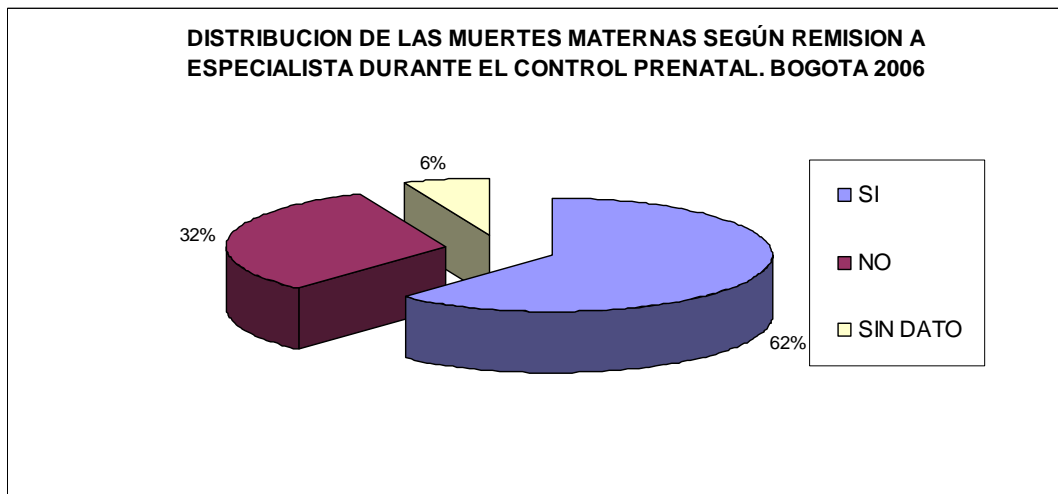


Tabla 34. Distribución de las muertes maternas según la demora en la atención. Bogotá 2006

DEMORAS	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
NINGUNA	10	21,3
PRIMERA	4	8,5
SEGUNDA	1	2,1
TERCERA	11	23,4
TODAS	11	23,4
PRIMERA Y SEGUNDA	3	6,4
PRIMERA Y TERCERA	6	12,8
SEGUNDA Y TERCERA	0	0,0
SIN DATO	1	2,1
Total	47	100%

Gráfica 20. Distribución de las muertes maternas según la demora en la atención. Bogotá 2006

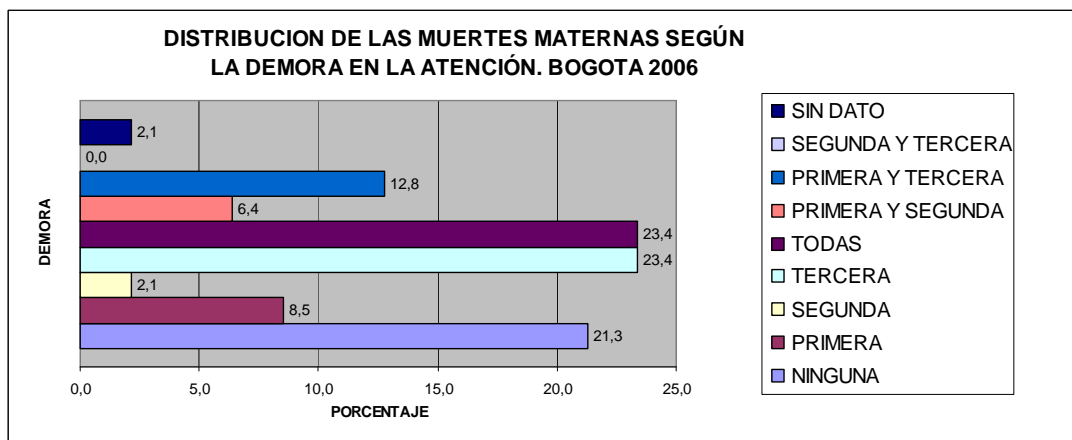


Tabla 35. Distribución de las muertes maternas según la demora en la atención y el número de controles prenatales. Bogotá 2006

DEMORAS	DE 0 – 3	%	DE 4 – 7	%	DE 8- 14	%	SIN DATO	%	TOTAL	%
NINGUNA	2	4,3	3	6,4	3	6,4	2	4,3	10	21,3
PRIMERA	2	4,3	1	2,1	1	2,1	0	0,0	4	8,5
PRIMERA Y SEGUNDA	2	4,3	1	2,1	0	0,0	0	0,0	3	6,4
PRIMERA Y TERCERA	1	2,1	4	8,5	0	0,0	1	2,1	6	12,8
SEGUNDA	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	1	2,1
SEGUNDA Y TERCERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TODAS	9	19,1	1	2,1	0	0,0	1	2,1	11	23,4
TERCERA	3	6,4	4	8,5	3	6,4	1	2,1	11	23,4
SIN DATO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	2,1
TOTAL	19	40,4	15	31,9	7	14,9	6	12,8	47	100,0

Tabla 36. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte directa o indirecta. Bogotá 2006

	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
MUERTE DIRECTA	26	55,3
MUERTE INDIRECTA	19	40,4
SIN DATO	2	4,3
Total	47	100

Gráfica 21. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte directa o indirecta. Bogotá 2006

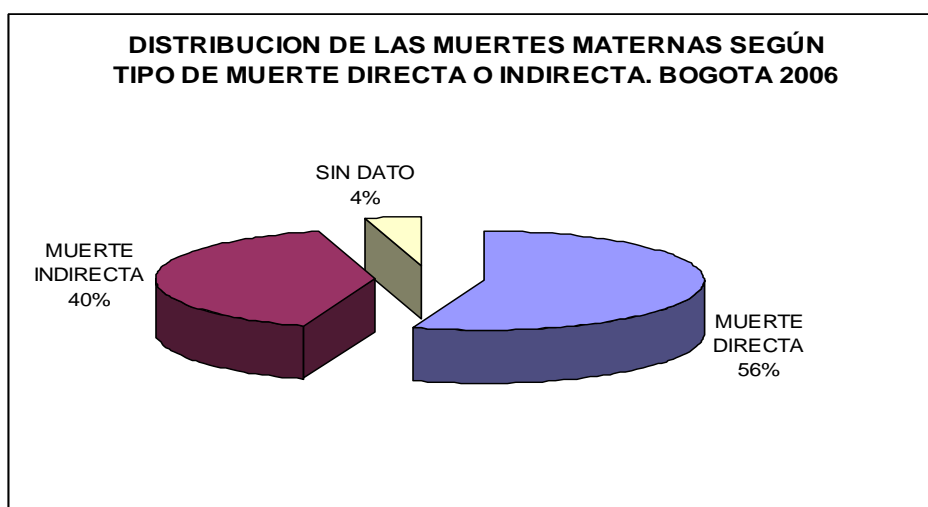


Tabla 37. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte evitable o no evitable. Bogotá 2006

	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
MUERTE EVITABLE	26	55,3
MUERTE NO EVITABLE	19	40,4
SIN DATO	2	4,3
Total	47	100

Gráfica 22. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte evitable o no evitable. Bogotá 2006

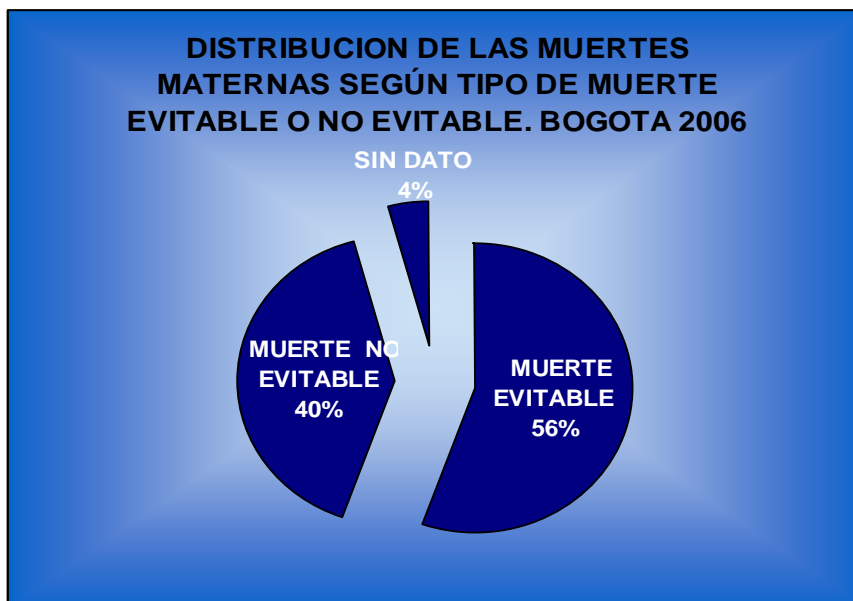


Tabla 38. Distribución de las muertes maternas según el tipo de embarazo. Bogotá 2006

TIPO DE EMBARAZO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
UNICO	44	93,6
MULTIPLE	1	2,1
ECTOPICO	1	2,1
NO APLICA	1	2,1
Total	47	100

Gráfica 23. Distribución de las muertes maternas según el tipo de embarazo. Bogotá 2006

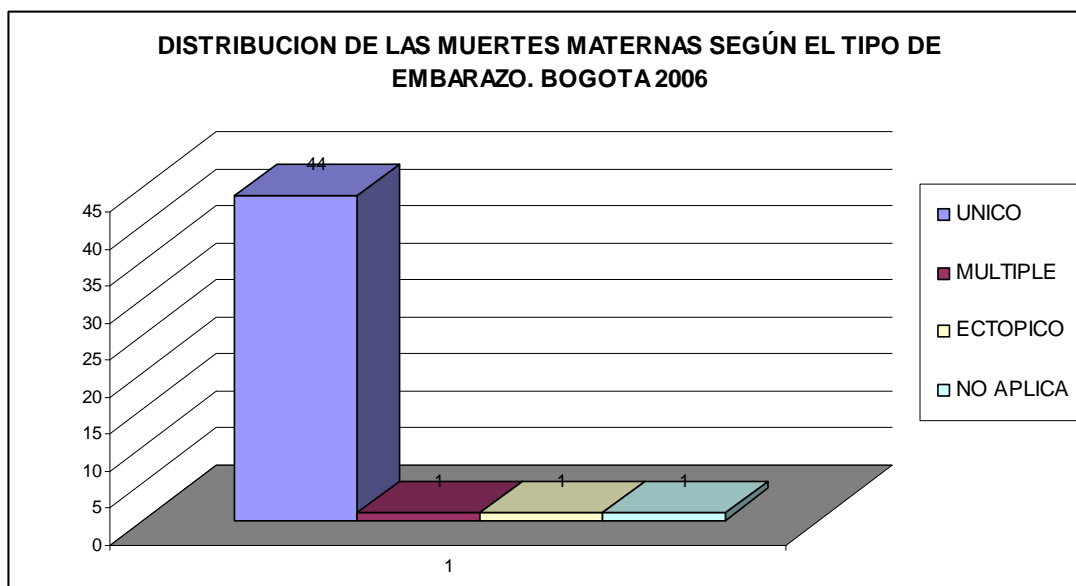


Tabla 39. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EL TIPO DE PARTO. BOGOTA 2006

TIPO DE PARTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
CESAREA	25	53,2
VAGINAL	11	23,4
NO APLICA*	9	19,1
SIN DATO	2	4,3
Total	47	100

*ABORTOS, ECTÓPICO Y MUERTE IN UTERO

Tabla 40. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS QUE SE LES REALIZO OPERACIÓN CESAREA SEGÚN LA URGENCIA. BOGOTA 2006

TIPO DE CESAREA	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
NO APLICA*	20	42,6
PROGRAMADA	2	4,3
URGENTE	23	48,9
SIN DATO	2	4,3
Total	47	100

*PARTOS VAGINALES, ABORTOS, ECTÓPICOS Y MUERTES IN UTERO

Tabla 41. Distribución de las muertes maternas según profesional en salud que atiende el parto Bogotá 2006

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
ESPECIALISTA	35	74,5
MEDICO GENERAL	1	2,1
NO APLICA*	7	14,9
SIN DATO	4	8,5
Total	47	100

*Aborto o no atención del parto.

Tabla 42. Distribución de las muertes maternas según profesional que atiende la complicación. Bogotá 2006

PERSONA QUE ATIENDE LA COMPLICACION	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
ESPECIALISTA	42	89,4
MEDICO GENERAL	3	6,4
OTRO	1	2,1
SIN DATO	1	2,1
Total	47	100

CONDICION DEL RECIEN NACIDO

Tabla 43. Distribución de las muertes maternas según la condición del producto de la gestación Bogotá 2006

CONDICION DEL PRODUCTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
VIVO	33	70,2
MUERTO	4	8,5
NO APLICA	10	21,3
Total	47	100

Tabla 43. Distribución de las muertes maternas según estancia en uci. Bogotá 2006

ESTANCIA EN UCI	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
REQUIRIO UCI	29	61,7
NO REQUIRIO UCI	14	29,8
SIN DATO	4	8,5
Total	47	100

Tabla 44. Distribución de las muertes maternas según nivel de atención inicial. Bogotá 2006

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
I	11	23,4
II	12	25,5
III	17	36,2
IV	6	12,8
SIN DATO	1	2,1
Total	47	100

Tabla 45. Distribución de las muertes maternas según nivel de atención final. Bogotá 2006

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO	PORCENTAJE
I	1	2,1
II	10	21,3
III	26	55,3
IV	9	19,1
SIN DATO	1	2,1
Total	47	100

Tabla 46. Distribución de las muertes maternas según edad gestacional en que consultó la paciente. Bogotá 2006

EDAD GESTACIONAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
SEM 1 HASTA SEM 12	5	10,6
SEM 13 HASTA 24	8	17,0
SEM 25 HASTA 32	12	25,5
SEM 33 HASTA 36	5	10,6
SEM 37 HASTA 40	15	31,9
SIN DATO	2	4,3
Total	47	100

Tabla 47. Distribución de las muertes maternas según tiempo de remisión Bogotá 2006

TIEMPO DE REMISION	NUMERO	FRECUENCIA
--------------------	--------	------------

MENOS DE 1 HORA	0	0,0
1-3 HORAS	7	14,9
4-6 HORAS	4	8,5
7-12HORAS	3	6,4
13-24 HORAS	1	2,1
MAS DE 24 HORAS	1	2,1
NO APLICA*	26	55,3
SIN DATO	5	10,6
Total	47	100

*NO SE REMITIO

Tabla 48. Distribución de las muertes maternas según nivel de atención inicial y nivel de atención final. Bogotá 2006

INICIAL/VERTICAL)/FINAL(HORIZONTAL)	I	II	III	IV	SIN DATO	Total
I	1	0	0	0	0	1
II	2	7	1	0	0	10
III	6	4	15	1	0	26
IV	2	1	1	5	0	9
SIN DATO	0	0	0	0	1	1
Total	11	12	17	6	1	47

Tabla 49. Distribución de las muertes maternas según causa de muerte directa o indirecta evitable o no evitable. Bogotá 2006

CAUSA	INEVITABLE	INEVITABLE	EVITABLE	EVITABLE	TOTAL
DIRECTA	9	47,4%	17	65,4%	26
INDIRECTA	10	52,6%	9	34,6%	19
Total	19	100%	26	100%	45

SIN DATO 2 PACIENTES

Tabla 50. Distribución de las muertes maternas según problema detectado en el control prenatal. Bogotá 2006

PROBLEMA DETECTADO EN CPN	NUMERO	FRECUENCIA
---------------------------	--------	------------

MARFAN DISECCION AORTICA CORREGIDA	1	2,1
LEI BG	1	2,1
PLACENTA PREVIA	1	2,1
VAGINOSIS	1	2,1
AMENAZA DE ABORTO	2	4,3
INSUFICIENCIA CERVICAL	1	2,1
ANTECEDENTE PREECLAMPSIA	1	2,1
HTA	4	8,5
CA MAMA	1	2,1
DIABETES GESTACIONAL	1	2,1
ANTIFOSFOLIIFO	1	2,1
EPILEPSIA	1	2,1
FARMACODEPENDIENTE	1	2,1
CARDIOPATIA	2	4,3
CA ESCAMOCELULAR DE LENGUA	1	2,1
TOXOPLASMOSIS	1	2,1
LES	1	2,1
PROTEINURIA	1	2,1
HIPERTENSION PULMONAR	1	2,1
MELANOMA METASTASICO	1	2,1
BAJO PESO	1	2,1
PIELONEFRITIS	1	2,1
SD VASOESPASMO	1	2,1
OLIGOAMNIOS	1	2,1
OBESIDAD	1	2,1
PODALICO	1	2,1
CONDILOMATOSIS	1	2,1
PROBLEMA NO DETECTADO NO ESPECIFICADO	18	38,3

Tabla 51. Distribución de las muertes maternas según problema detectado y remisión a especialista durante control prenatal Bogotá 2006

PROBLEMA EN CPN	REMISION A ESPECIALISTA						
	SI	%	NO	%	SIN DATO	%	TOTAL
SI	24	51,1	4	8,5	1	2,1	29
NO	4	8,5	3	6,4	0	0,0	7
NO CPN	0	0,0	7	14,9	0	0,0	7
SIN DATO	4	8,5	0	0,0	0	0,0	4
TOTAL	32	68,1	14	29,8	1	2,1	47

Tabla 52. Distribución de las muertes maternas según momento del puerperio en que ocurre la muerte Bogotá. 2006

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA
NO DATO	3	6,4
POSTABORTO	7	14,9
PUERPERIO <1 H	2	4,3
PUERPERIO 2 H	0	0,0
PUERPERIO 3 H	0	0,0
PUERPERIO 4 H	1	2,1
PUERPERIO 5 H	1	2,1
PUERPERIO 6 H	0	0,0
PUERPERIO 7-12 H	3	6,4
PUERPERIO 13-24 H	5	10,6
PUERPERIO 1-2 DIAS	4	8,5
PUERPERIO 3-7 DIAS	6	12,8
PUERPERIO >7 DIAS	14	29,8
SIN TDP	1	2,1
Total	47	100

Tabla 53. Correlación nivel de complejidad en el sitio de atención final con patología

NIVEL	HIE	%	HEMORR	%	INFECC	%	OTRAS	%	SIN	%	TOTAL
-------	-----	---	--------	---	--------	---	-------	---	-----	---	-------

I	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
II	2	4,3	1	2,1	1	2,1	6	12,8	0	0,0	10
III	5	10,6	1	2,1	3	6,4	16	34,0	2	4,3	27
IV	4	8,5	1	2,1	1	2,1	3	6,4	0	0,0	9
TOTAL	11	23,4	4	8,5	5	10,6	25	53,2	2	4,3	47

11.2 RESULTADOS 2007

Según datos obtenidos de la Secretaria Distrital de Salud en Bogotá durante el año 2007 murieron 53 maternas. El acceso a historias clínicas y/o estudios de campo para la obtención de datos, solo fue posible para 49 muertes maternas de las 53 seleccionadas, por lo tanto estas constituyen la fuente del análisis.

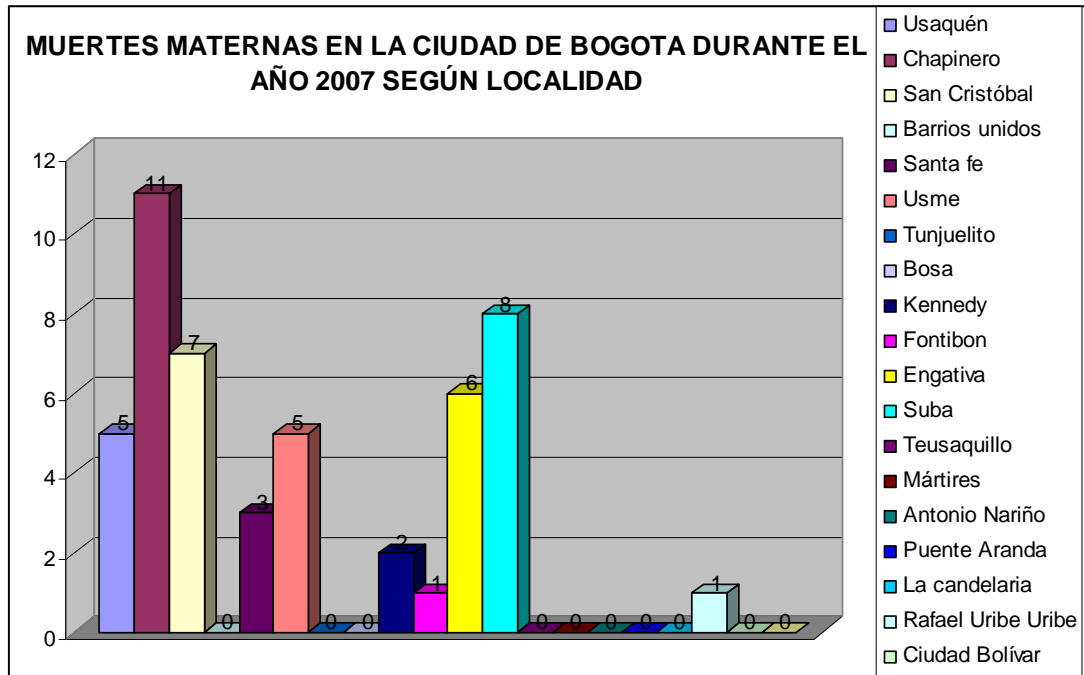
A continuación se presentan las muertes maternas ocurridas en Bogotá durante el año 2007 según la localidad

Tabla 54. Muertes maternas en la ciudad de Bogotá durante el año 2007 según localidad

DEPARTAMENTO	NUMERO
Usaquén	5
Chapinero	11
San Cristóbal	7
Barrios unidos	0
Santa fe	3
Usme	5
Tunjuelito	0
Bosa	0
Kennedy	2
Fontibon	1
Engativa	6
Suba	8
Teusaquillo	0
Mártires	0
Antonio Nariño	0
Puente Aranda	0
La candelaria	0

Rafael Uribe Uribe	1
Ciudad Bolívar	0
Sumapaz	0
Total	49

Gráfica 26. Muertes maternas en la ciudad de Bogotá durante el año 2007 según localidad.



En el periodo analizado, 2007, se presentaron 117.228 nacidos vivos y 53 muertes maternas en Bogotá, según datos del DANE y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Para el análisis de los resultados de este trabajo se tendrán en cuenta los datos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Después de aplicar el instrumento a cada una de las historias clínicas y/o estudios de campo, se obtuvo una base de datos de donde se extraen los siguientes resultados:

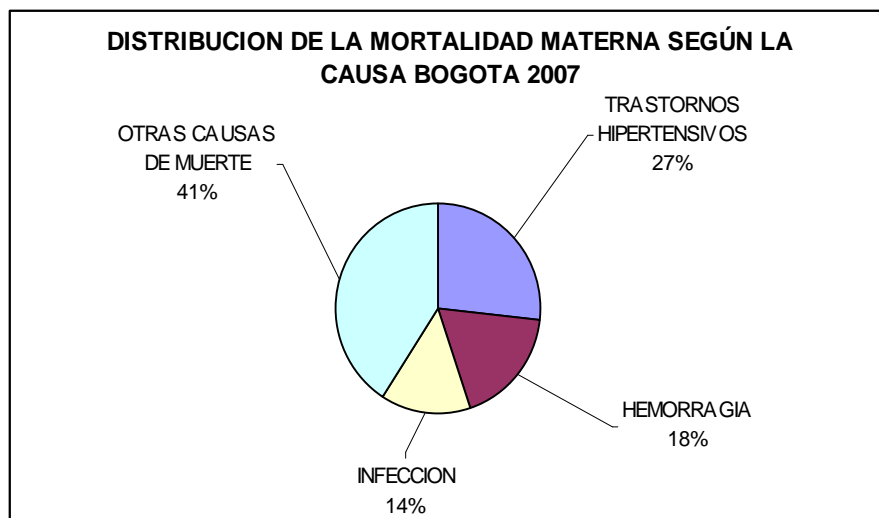
CAUSA DE MUERTE

Las siguientes son las principales causas de muerte encontradas en el periodo 2007 en Bogotá. Para facilitar el análisis se agruparon en 4 ítems:

Tabla 55. Distribución de la mortalidad materna según la causa Bogotá 2007

CAUSA DE MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA %
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	13	26,5
HEMORRAGIA	9	18,4
INFECCION	7	14,3
OTRAS CAUSAS DE MUERTE	20	40,8
TOTAL	49	100%

Gráfica 27. Distribución de la mortalidad materna según la causa Bogotá 2007



Las 49 muertes encontradas se distribuyeron en los 4 grupos de la siguiente manera:

Tabla 56. Causa muertes maternas en Bogotá 2007

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y EMBARAZO	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ECLAMPSIA	2
SINDROME HELLP	6
PREECLAMPSIA	5
PREECLAMPSIA SOBREGREGADA	0
PREECLAMPSIA MAS ABRUPTIO	0
TOTAL	14

HEMORRAGIA	
TIPO	NUMERO DE MUERTES

ATONIA UTERINA	0
ACRETISMO	3
HEMORRAGIA POSPARTO + SINDROME ANEMICO	3
PLACENTA PREVIA	1
HEMATOMA RETROPERITONEAL	1
EMBARAZO ECTOPICO	1
TOTAL	9
INFECCION*	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ABORTO SEPTICO	
MIOMETRITIS	1
ABSCESO TUBO OVARICO	1
SEPSIS	5
TOTAL	7

* Se tienen en cuenta solo infecciones ginecobstetricas. Los otros tipos de infección como neumonía, meningitis etc, se analizarán como otras causas de muerte materna*.

Tabla 57. Otras causas de muerte materna Bogotá 2007

OTRAS CAUSAS DE MUERTE MATERNA		
OTRAS CAUSA DE MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
NEUMONIA	1	5,3
ACV HEMORRAGICO	5	26,3
ANEMIA HEMOLITICA	0	0,0
CA DE SENO	0	0,0
CARDIOPATIA (CIV)	0	0,0
CARDIOPATIA (VALVULOPATIA)	1	5,3
EMBOLISMO DE LIQ AMNIOTICO	0	0,0
FALLA HEPATICA	0	0,0
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	0	0,0
MENINGITIS	0	0,0
TROMBOCITOPENIA	0	0,0
ANEURISMA CEREBRAL	0	0,0
TEP MASIVO	5	26,3
PARO CARDIORESPIRATORIO	2	10,5

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA	1	5,3
EVDA	1	5,3
FALLA RENAL	1	5,3
PANCREATITIS	1	5,3
SIN DATO	1	5,3
TOTAL	19	100%

Tabla 58. Distribución de las muertes maternas según estado civil Bogotá 2007

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADAS	11	22,4
SOLTERAS	11	22,4
U.LIBRE	11	22,4
SIN DATO	16	32,7
Total:	49	100%

Gráfica 28. Distribución de las muertes maternas según estado civil Bogotá 2007

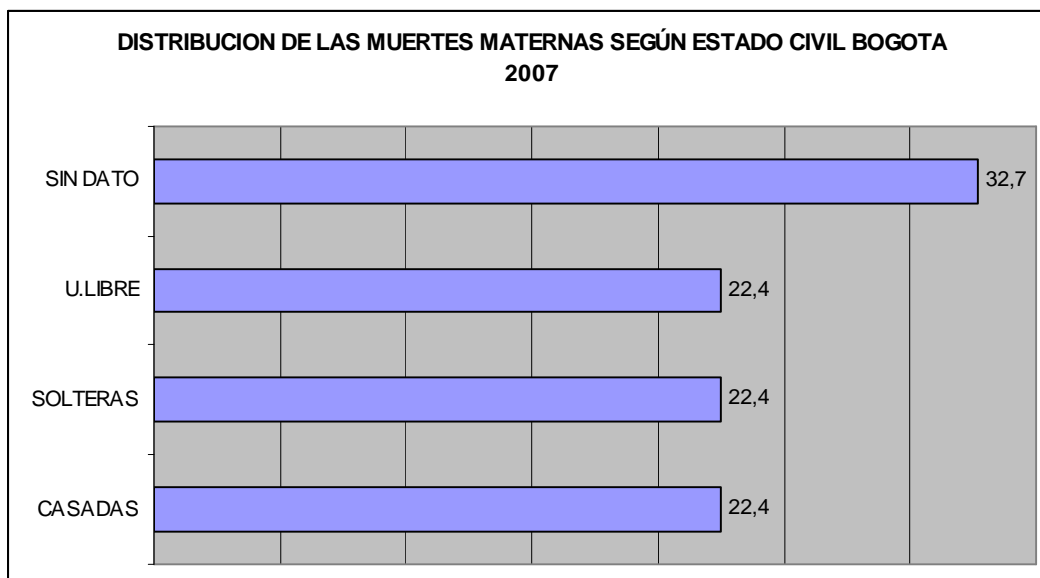


Tabla 59. Distribución de las muertes maternas según edad Bogotá 2007

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
------	--------	------------

9 – 14	1	2,0
15 – 19	2	4,1
20-24	14	28,6
25-29	3	6,1
30-34	9	18,4
35-39	11	22,4
40-44	5	10,2
45-49	2	4,1
SIN DATO	2	4,1
Total	49	100%

Gráfica 29. Distribución de las muertes maternas según edad Bogotá 2007

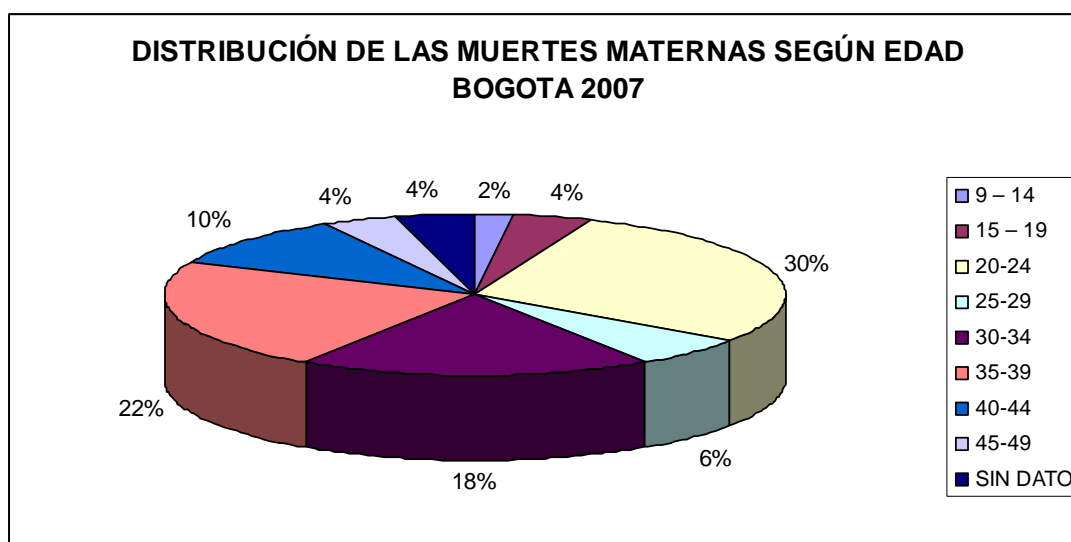


Tabla 60. DISTRIBUCIÓN DE LA RAZON DE MORTALIDAD SEGÚN EDAD BOGOTA 2007

EDAD	MUERTES	NACIDOS VIVOS	RAZON
9-14 AÑOS	1	526	190,1
15-19 AÑOS	2	21095	9,5
20-24 AÑOS	14	32800	42,7
25-29 AÑOS	3	28915	10,4
30-34 AÑOS	9	19592	45,9
35-39 AÑOS	11	11125	98,9
40-44 AÑOS	5	2899	172,5
45-49 AÑOS	2	212	943,4

50 – 54 AÑOS	0	7	0,0
SIN DATO	2	57	3508,8

Tabla 61. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EL REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD BOGOTA 2007

SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO	PORCENTAJE
VINCULADO	8	16,3
SUBSIDIADO	13	26,5
CONTRIBUTIVO	24	49,0
PARTICULAR	1	2,0
REGIMEN ESPECIAL	2	4,1
SIN DATO	1	2,0
Total	49	100%

Gráfica 30. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EL REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD BOGOTA 2007

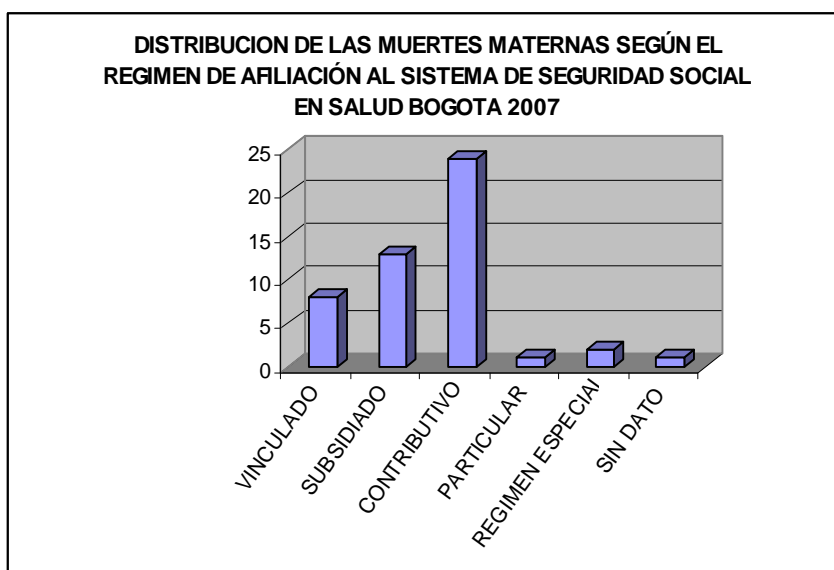


Tabla 62. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN LA PARIDAD (NUMERO DE GESTACIONES) BOGOTA 2007

GESTACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
UNO	20	40,8

DOS	9	18,4
TRES	10	20,4
CUATRO	1	2,0
CINCO	4	8,2
SEIS	0	0,0
SIETE	0	0,0
OCHO	1	2,0
SIN DATO	4	8,2
Total	49	100%

Gráfica 31. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN LA PARIDAD (NUMERO DE GESTACIONES) BOGOTA 2007

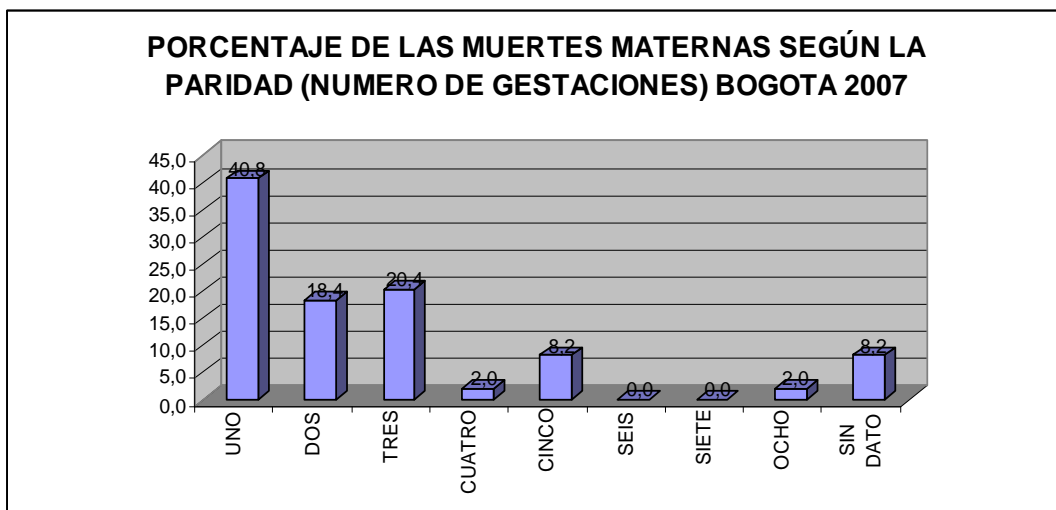


Tabla 63. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGUN SI SE REALIZARON O NO CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2007

CONTROL PRENATAL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	46	93,9
NO	2	4,1
SIN DATO	1	2,0
Total	49	100%

Gráfica 32. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGUN SI SE REALIZARON O NO CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2007

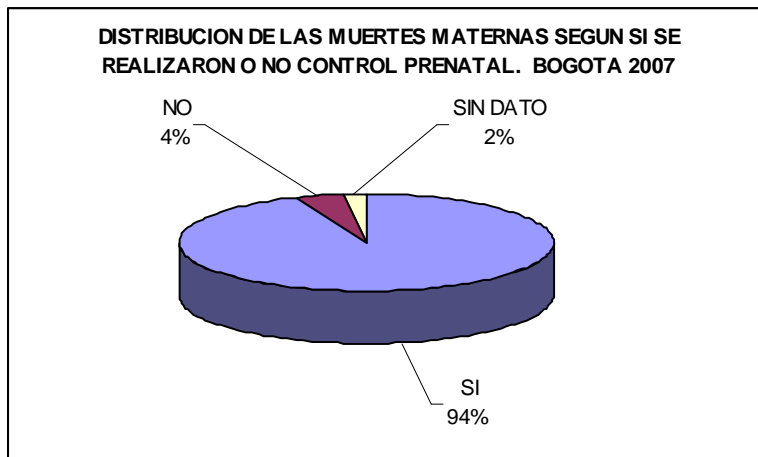


Tabla 64. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES AL QUE ASISTIERON DURANTE EL EMBARAZO. BOGOTA 2007

NUMERO DE CONTROLES	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
0	2	4,1
1	1	2,0
2	3	6,1
3	3	6,1
4	7	14,3
5	7	14,3
6	5	10,2
7	4	8,2
>7	7	14,3
SIN DATO	10	20,4
Total	49	100%

Tabla 65. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGUN EL TRIMESTRE EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2007

TRIMESTRE INICIO CPN	NUMERO MUERTES	FRECUENCIA %
NO CONTROL	2	4,1
SIN DATO	10	20,4
PRIMER TRIMESTRE	29	59,2
SEGUNDO TRIMESTRE	7	14,3

TERCER TRIMESTRE	1	2,0
Total	49	100%

Tabla 66. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN REMISION A ESPECIALISTA DURANTE EL CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2007

REMISION A ESPECIALISTA	NUMERO MUERTES	FRECUENCIA
SI	33	
NO	3	
SIN DATO	13	
Total	49	

Tabla 67. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN LA DEMORA EN LA ATENCIÓN. BOGOTA 2007

DEMORAS	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
NINGUNA	4	8,2
PRIMERA	1	2,0
SEGUNDA	2	4,1
TERCERA	15	30,6
TODAS	14	28,6
PRIMERA Y SEGUNDA	2	4,1
PRIMERA Y TERCERA	10	20,4
SEGUNDA Y TERCERA	1	2,0
Total	49	100

Tabla 68. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN LA DEMORA EN LA ATENCIÓN Y EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES. BOGOTA 2007

DEMORAS	0 a 3	%	4 a 7	%	8 a 14	%	SIN DATO	%	TOTAL
NINGUNA	1	2,0	2	4,1	1	2,0	0	0,0	4
PRIMERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1
PRIMERA Y SEGUNDA	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2
PRIMERA Y TERCERA	2	4,1	3	6,1	3	6,1	2	4,1	10
SEGUNDA	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	2

SEGUNDA Y TERCERA	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1
TERCERA	1	2,0	9	18,4	2	4,1	2	4,1	14
TODAS	4	8,2	6	12,2	0	0,0	5	10,2	15
TOTAL	9	18,4	23	46,9	7	14,3	10	20,4	49

Tabla 69. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN TIPO DE MUERTE DIRECTA O INDIRECTA. BOGOTA 2007

	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
MUERTE DIRECTA	29	59,2
MUERTE INDIRECTA	15	30,6
SIN DATO	5	10,2
TOTAL	49	100

Tabla 70. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN TIPO DE MUERTE EVITABLE O NO EVITABLE. BOGOTA 2007

	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
MUERTE EVITABLE	18	36,7
MUERTE NO EVITABLE	21	42,9
SIN DATO	5	10,2
Total	49	100

Tabla 71. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EL TIPO DE EMBARAZO. BOGOTA 2007

TIPO DE EMBARAZO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
UNICO	42	85,7
MULTIPLE	2	4,1
ECTOPICO	2	4,1
SIN DATO	3	6,1
TOTAL	49	100

Tabla 72. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EL TIPO DE PARTO. BOGOTA 2007

TIPO DE PARTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
CESAREA	28	57,1
VAGINAL	10	20,4
NO APLICA	3	6,1
SIN DATO	8	16,3
Total	49	100

*ABORTOS Y MUERTE IN UTERO

Tabla 73. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS QUE SE LES REALIZO OPERACIÓN CESAREA SEGÚN LA URGENCIA. BOGOTA 2007

TIPO DE CESAREA	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
NO APLICA*	21	42,9
PROGRAMADA	11	22,4
URGENTE	17	34,7
Total	49	100

*PARTOS VAGINALES ABORTOS Y MUERTES IN UTERO

Tabla 74. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN PROFESIONAL EN SALUD QUE ATIENDE EL PARTO 2007

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
ESPECIALISTA	36	73,5
MEDICO GENERAL	0	0,0
NO APLICA* O SIN DATOS	13	26,5
OTRO**	0	0,0
Total	49	100

*Aborto o no atención del parto.** Familiar

Tabla 75. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN PROFESIONAL QUE ATIENDE LA COMPLICACION. BOGOTA 2007

PERSONA QUE ATIENDE LA COMPLICACION	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
ESPECIALISTA	43	87,8
MEDICO GENERAL	0	0,0
SIN DATO	6	12,2
Total	49	100,0

Tabla 76. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN LA CONDICION DEL PRODUCTO DE LA GESTACION BOGOTÁ 2007

CONDICION DEL PRODUCTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
VIVO	28	57,1
OBITO	9	18,4
SIN DATOS U OTROS*	12	24,5
Total	49	100,0

*ECTOPICOS O ABORTOS

Tabla 77. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN ESTANCIA EN UCI. BOGOTÁ 2007

	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
REQUIRIO UCI	36	73,5
NO REQUIRIO UCI	7	14,3
SIN DATO	6	12,2
Total	49	100,0

Tabla 78. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN INICIAL. BOGOTÁ 2007

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
I	1	2,0
II	15	30,6
III	17	34,7
IV	8	16,3
SIN DATOS	8	16,3
Total	49	100

Tabla 79. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN NIVEL DE ATENCION FINAL. BOGOTÁ 2007

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO	PORCENTAJE
I	0	0,0
II	9	18,4
III	22	44,9
IV	13	26,5

SIN DATO	5	10,2
TOTAL	49	100,

Tabla 80. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN QUE CONSULTÓ LA PACIENTE. BOGOTÁ 2007

EDAD GESTACIONAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
SEM 1 HASTA SEM 12	4	8,2
SEM 13 HASTA 24	5	10,2
SEM 25 HASTA 32	11	22,4
SEM 33 HASTA 36	12	24,5
SEM 37 HASTA 40	12	24,5
MAYOR DE 41	0	0,0
SIN DATO	5	10,2
Total	49	100,0

Tabla 81. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN TIEMPO DE REMISION BOGOTÁ 2007

TIEMPO DE REMISION	NUMERO	FRECUENCIA
MENOS DE 1 HORA	0	0,0
1-3 HORAS	4	8,2
4-6 HORAS	4	8,2
7-12HORAS	1	2,0
13_24 HORAS	1	2,0
MAS DE 24 HORAS	1	2,0
NO APLICA*	0	0,0
SIN DATO	38	77,6
Total	49	100

* NO APLICA NO SE REMITIO

Tabla 82. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA DE MUERTE DIRECTA O INDIRECTA EVITABLE O NO EVITABLE. BOGOTÁ 2007

CAUSA MUERTE	INEVITABLE	%	EVITABLE	%	SIN DATOS	%	TOTAL
DIRECTA	13	56,5	11	68,8	5	50,0	29
INDIRECTA	10	43,5	4	25,0	1	10,0	15
SIN DATOS	0	0,0	1	6,3	4	40,0	5
TOTAL	23	100	16	100	10	100	49

Tabla 83. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN PROBLEMA DETECTADO EN EL CONTROL PRENATAL. BOGOTÁ 2007

PROBLEMA DETECTADO EN CPN	NUMERO	FRECUENCIA
CARDIOPIATIAS	2	4,1
EMBARAZO GEMELAR	2	4,1
LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA	1	2,0
VERTIGO POSICIONAL	1	2,0
BAJO PESO MATERNO	4	8,2
ASCUS	1	2,0
EDEMA GESTACIONAL	1	2,0
HEPATITIS B	1	2,0
DEPRESION	1	2,0
RCIU	1	2,0
CONSUMO DE WARFARINA	1	2,0
HIPERTENSION ARTERIAL	3	6,1
PLACENTA PREVIA	3	6,1
GLOMERULONEFRITIS	1	2,0
MIOMATOSIS UTERINA	1	2,0
OBESIDAD	2	4,1
GESTANTE AÑOSA	2	4,1
HIE	3	6,1
GASTRITIS	1	2,0
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	1	2,0
VAGINOSIS	1	2,0
NINGUNO	1	2,0
SIN DATOS	14	28,6

Tabla 84. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN MOMENTO DEL PUERPERIO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTÁ. 2007

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA
NO DATO	11	22,4
POSTABORTO	0	0,0
PUERPERIO <1 H	2	4,1
PUERPERIO 2 H	1	2,0
PUERPERIO 3 H	2	4,1
PUERPERIO 4 H	0	0,0
PUERPERIO 5 H	0	0,0
PUERPERIO 6 H	2	4,1
PUERPERIO 7-12 H	2	4,1
PUERPERIO 13-24 H	1	2,0
PUERPERIO 1-2 DIAS	4	8,2
PUERPERIO 3-7 DIAS	7	14,3
PUERPERIO >7 DIAS	17	34,7
SIN TDP	0	0,0
Total	49	100,0

Tabla 85. CORRELACION NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL SITIO DE ATENCION FINAL CON PATOLOGIA

NIVEL FINAL	HIE	%	HEMORR	%	INFECC	%	OTRAS O SIN DATOS	%	TOTAL	%
I	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
II	2	4,1	3	6,1	4	8,2	1	2,0	10	20,4
III	6	12,2	3	6,1	3	6,1	9	18,4	21	42,9
IV	3	6,1	2	4,1	0	0,0	7	14,3	12	24,5
SIN DATOS	2	4,1	1	2,0	0	0,0	3	6,1	6	12,2
TOTAL	13	26,5	9	18,4	7	14,3	20	40,8	49	100,0

11.3 RESULTADOS 2008

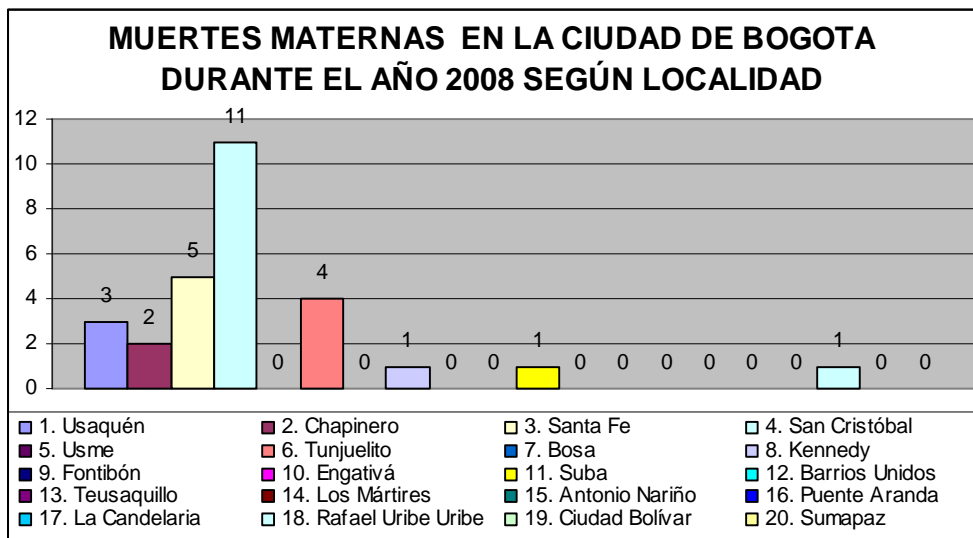
Según datos obtenidos de la Secretaria Distrital de Salud en Bogotá durante el año 2008 murieron 54 maternas. Se excluye del análisis 1 mujeres cuya defunción fue a causa de herida por proyectil de arma de fuego, y 5 mujeres procedentes de fuera de Bogotá, quedando 48 muertes maternas que cumplen los criterios de inclusión. El acceso a historias clínicas y/o estudios de campo para la obtención de datos, solo fue posible para 28 muertes maternas de las 48 seleccionadas, por lo tanto estas constituyen la fuente del análisis.

A continuación se presentan las muertes maternas ocurridas en Bogotá durante el año 2008 según localidad:

Tabla 86. Muertes maternas en la ciudad de Bogotá durante el año 2008 según localidad

LOCALIDAD	NUMERO
1. Usaquén	3
2. Chapinero	2
3. Santa Fe	5
4. San Cristóbal	11
5. Usme	0
6. Tunjuelito	4
7. Bosa	0
8. Kennedy	1
9. Fontibón	0
10. Engativá	0
11. Suba	1
12. Barrios Unidos	0
13. Teusaquillo	0
14. Los Mártires	0
15. Antonio Nariño	0
16. Puente Aranda	0
17. La Candelaria	0
18. Rafael Uribe Uribe	1
19. Ciudad Bolívar	0
TOTAL	28

Gráfica 33. Muertes maternas en la ciudad de Bogotá durante el año 2008 según localidad



En el periodo analizado, 2008, se presentaron 117.446 nacidos vivos y 54 muertes maternas en Bogotá, según datos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Para el análisis de los resultados de este trabajo se tendrán en cuenta los datos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Después de aplicar el instrumento a cada una de las historias clínicas y/o estudios de campo, se obtuvo una base de datos de donde se extraen los siguientes resultados:

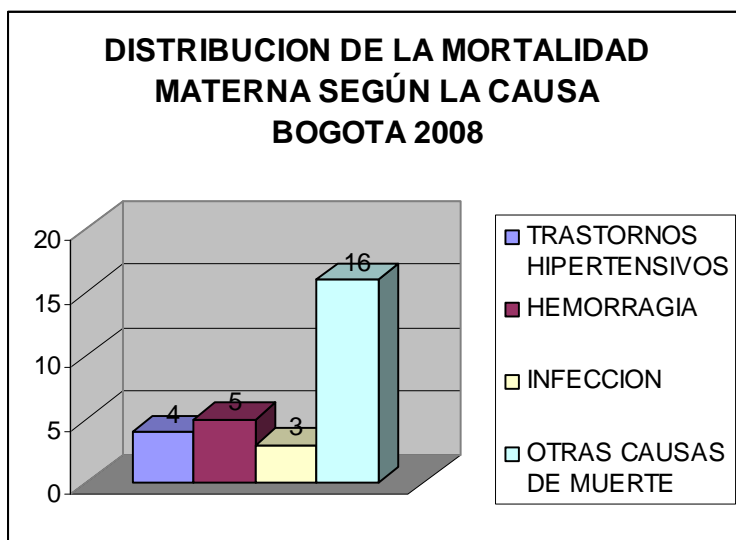
CAUSA DE MUERTE

Las siguientes son las principales causas de muerte encontradas en el periodo 2008 en Bogotá. Para facilitar el análisis se agruparon en 4 categorías:

Tabla 87. Distribución de la mortalidad materna según la causa Bogotá 2008

CAUSA DE MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA %
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	4	14,3
HEMORRAGIA	5	17,9
INFECCION	3	10,7
OTRAS CAUSAS DE MUERTE	16	57,1
TOTAL	28	100%

Gráfica 34. Distribución de la mortalidad materna según la causa Bogotá 2008



Las 28 muertes encontradas se distribuyeron en los 4 grupos de la siguiente manera:

Tabla 88. Distribución mortalidad materna por causa 2008

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y EMBARAZO	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ECLAMPSIA	3
SINDROME HELLP	1
PREECLAMPSIA Y HEMORRAGIA	0
PREECLAMPSIA	0
TOTAL	4
HEMORRAGIA	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ATONIA UTERINA	3
ACRETISMO	0
OTRAS	2
TOTAL	5
INFECCION*	
TIPO	NUMERO DE MUERTES
ABORTO SEPTICO	1
MIOMETRITIS	2

TOTAL	3
-------	---

Se tienen en cuenta solo infecciones ginecobstetricas. Los otros tipos de infección como neumonía, meningitis etc, se analizarán como *otras causas de muerte materna*.

Tabla 89. Otras causas de muerte materna Bogotá 2008

OTRAS CAUSA DE MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
MENINGITIS	1	6,3
ACV HEMORRAGICO	3	18,8
SEPSIS PULMONAR	1	6,3
SEPSIS RENAL	1	6,3
GLIOBLASTOMA	1	6,3
EDEMA PULMONAR	1	6,3
MELANOMA	1	6,3
SIN DATO	7	43,8
TOTAL	16	100%

Tabla 90. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN ESTADO CIVIL BOGOTA 2008

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADAS	4	14,3
SOLTERAS	4	14,3
U. LIBRE	7	25
SEPARADAS	1	3,6
SIN DATO	12	42,9
Total:	28	100%

Gráfica 35. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN ESTADO CIVIL BOGOTA 2008

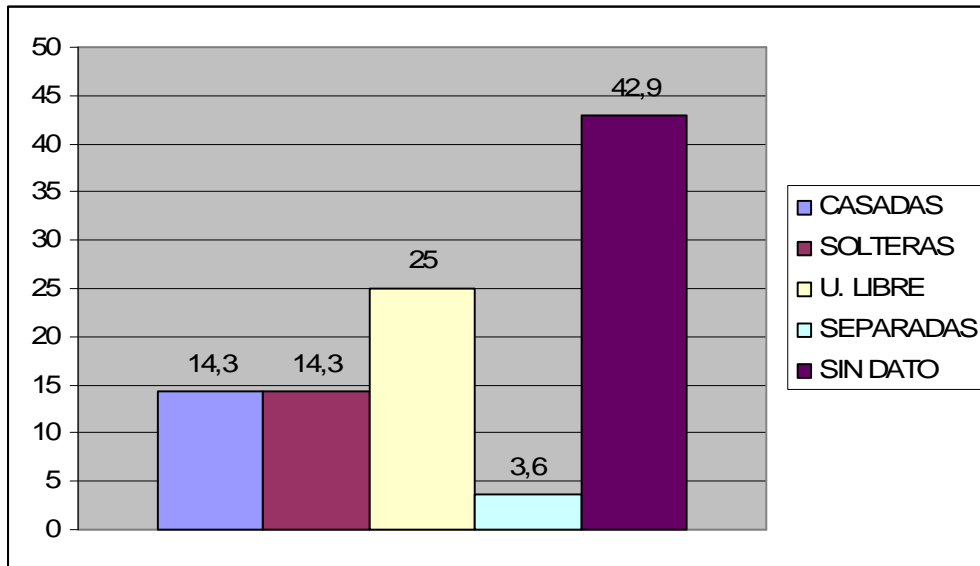


Tabla 91. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EDAD BOGOTA 2008

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
< 14	1	3,6
15-19	5	17,9
20-24	7	25
25-29	7	25
30-34	2	7,1
35-39	4	14,3
40-44	2	7,1
Total	28	100%

Gráfica 36. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN EDAD BOGOTA 2008

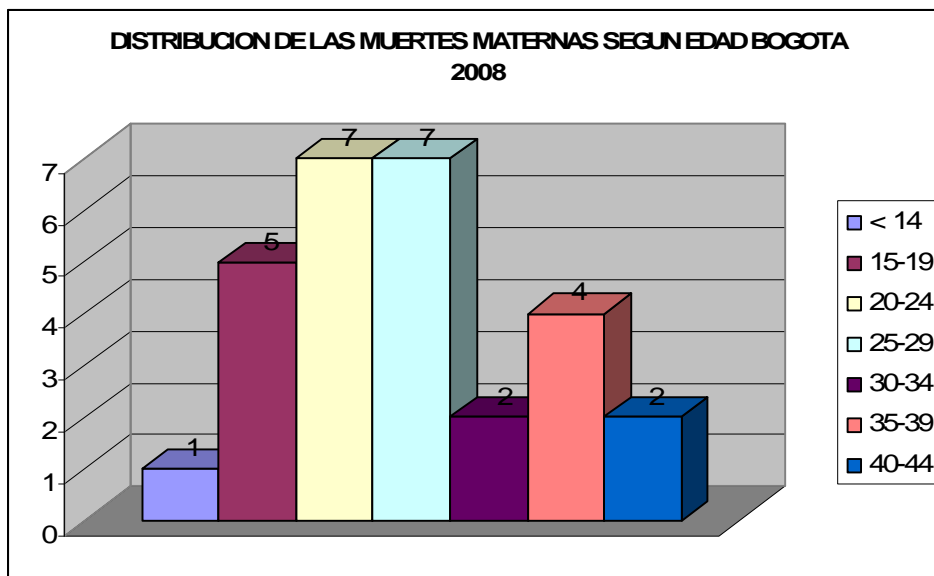


Tabla 92. DISTRIBUCIÓN DE LA RAZON DE MORTALIDAD SEGÚN EDAD BOGOTA 2008

EDAD	MUERTES	NACIDOS VIVOS	RAZON
9-14 AÑOS	1	583	171
15-19 AÑOS	5	20.986	23,8
20-24 AÑOS	7	32.829	21,3
25-29 AÑOS	7	29.124	24
30-34 AÑOS	2	19.770	10,1
35-39 AÑOS	4	10.855	36,8
40-44 AÑOS	2	2.909	68,8
45-49 AÑOS	0	181	0
50-54 AÑOS	0	48	0
SIN DATO	0	161	0

Tabla 93. Distribución de las muertes maternas según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Bogotá 2008

SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO	PORCENTAJE
VINCULADO	3	10,7

SUBSIDIADO	8	28,6
CONTRIBUTIVO	12	42,9
ESPECIAL	0	0
SIN DATO	5	17,9
Total	28	100%

Gráfica 37. Distribución de las muertes maternas según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Bogotá 2008

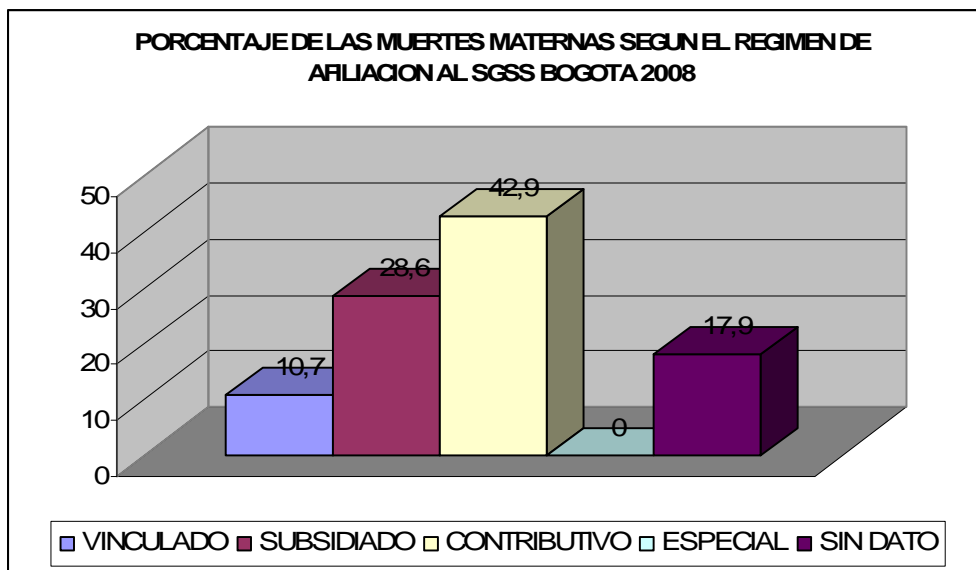


Tabla 94. Distribución de las muertes maternas según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Bogotá 2008

GESTACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
1 UNO	10	35,7
2 DOS	6	21,4
3 TRES	3	10,7
4 CUATRO	2	7,1
5 CINCO	0	0
6 SEIS	0	0
7 SIETE	2	7,1
8 OCHO	0	0
SIN DATO	5	17,9
Total	28	100%

Gráfica 38. Distribución de las muertes maternas según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Bogotá 2008

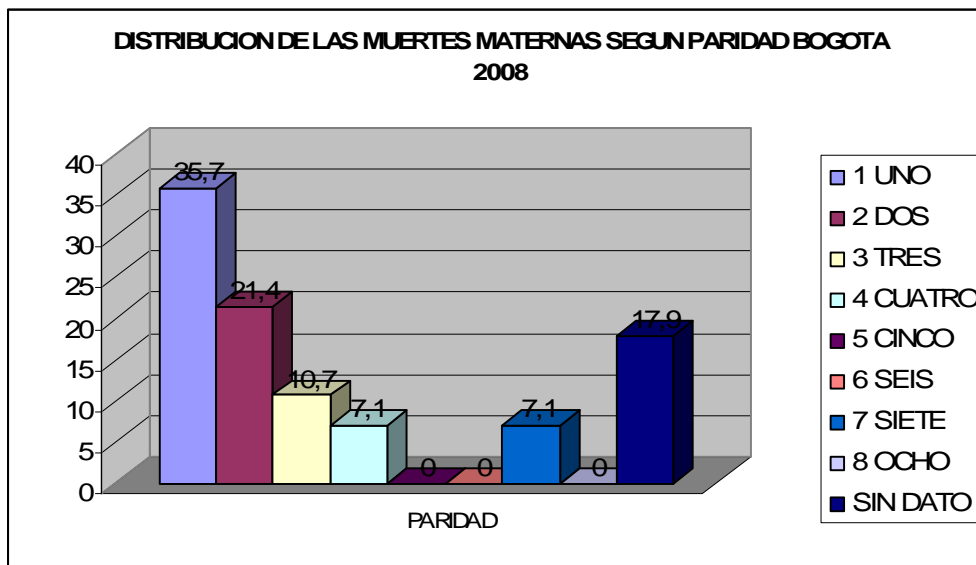


Tabla 95. Distribución de las muertes maternas según si se realizaron o no control prenatal. Bogotá 2008

CONTROL PRENATAL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	21	75
NO	1	3,6
SIN DATO	6	21,4
Total	28	100%

Gráfica 39. Distribución de las muertes maternas según si se realizaron o no control prenatal. Bogotá 2008

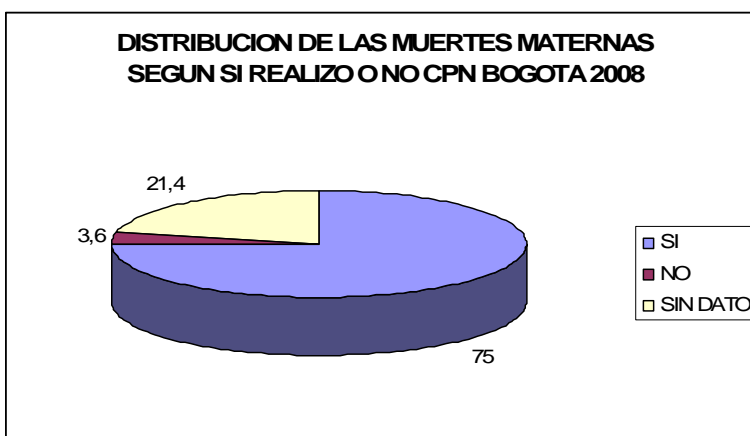


Tabla 96. Distribución de las muertes maternas según el numero de controles prenatales al que asistieron durante el embarazo. Bogotá 2008

NUMERO DE CONTROLES	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
0	0	0
1	2	7,1
2	1	3,6
3	4	14,3
4	2	7,1
5	3	10,7
6	1	3,6
7	0	0
MAYOR O = 8	4	14,3
SIN DATO	11	39,3
Total	28	100%

Gráfica 40. Distribución de las muertes maternas según el numero de controles prenatales al que asistieron durante el embarazo. Bogotá 2008

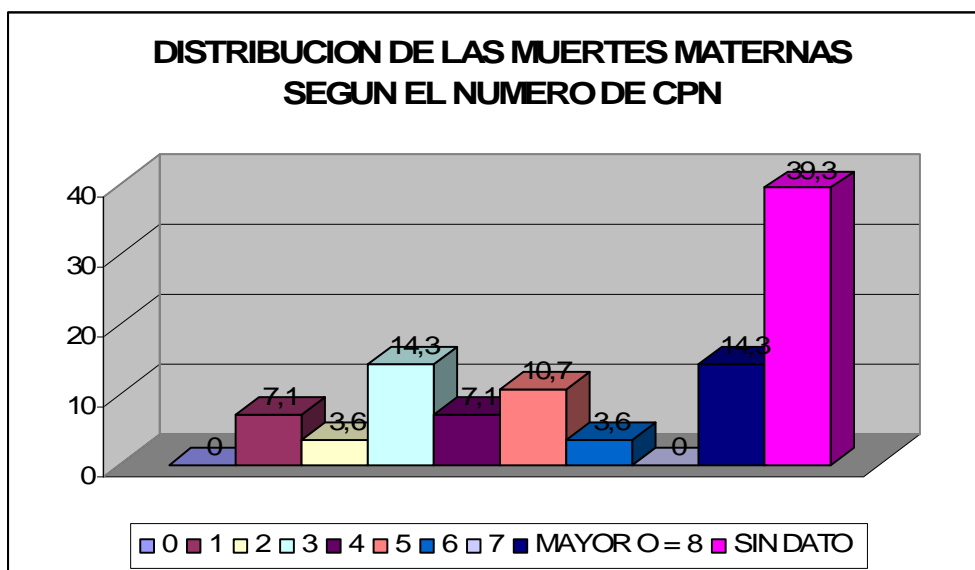


Tabla 97. Distribución de las muertes maternas según el trimestre en que se inicio el control prenatal. Bogotá 2008

TRIMESTRE INICIO CPN	NUMERO MUERTES	FRECUENCIA %
NO CONTROL	0	0
SIN DATO	9	32,1

PRIMER TRIMESTRE	13	46,4
SEGUNDO TRIMESTRE	5	17,9
TERCER TRIMESTRE	1	3,6
Total	28	100%

Gráfica 41. Distribución de las muertes maternas según el trimestre en que se inicio el control prenatal. Bogotá 2008

DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGUN EL TRIMESTRE EN QUE SE INICIO EL CPN. BOGOTA 2008

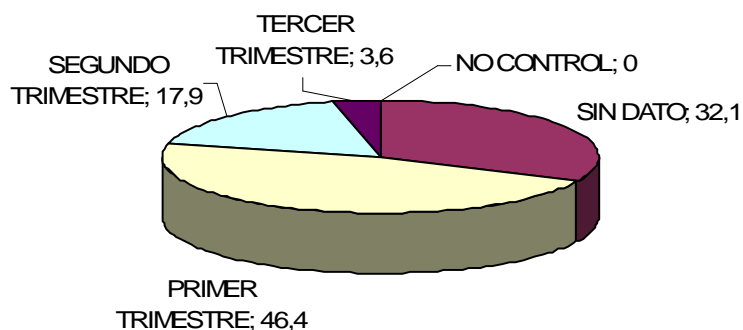


Tabla 98. Distribución de las muertes maternas según remisión a especialista durante el control prenatal. Bogotá 2008

REMISION A ESPECIALISTA	NUMERO	FRECUENCIA
SI	11	39,3
NO	9	32,1
SIN DATO	8	28,6
Total	28	100%

Gráfica 42. Distribución de las muertes maternas según remisión a especialista durante el control prenatal. Bogotá 2008

DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGUN REMISION A ESPECIALISTA DURANTE EL CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2008

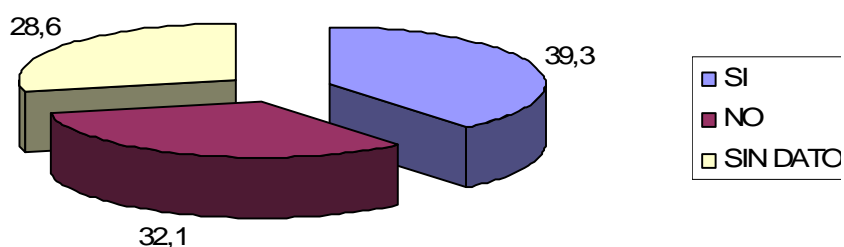


Tabla 99. Distribución de las muertes maternas según la demora en la atención. Bogotá 2008

DEMORAS	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
NINGUNA	7	25
PRIMERA	1	3,6
SEGUNDA	1	3,6
TERCERA	0	0
TODAS	13	46,4
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0
PRIMERA Y TERCERA	1	3,6
SEGUNDA Y TERCERA	1	3,6
SIN DATO	4	14,3
Total	28	100%

Tabla 100. Distribución de las muertes maternas según la demora en la atención y el número de controles prenatales. Bogotá 2008

DEMORAS	DE 0 - 3	%	DE 4 - 7	%	DE 8-14	%	TOTAL	%
NINGUNA	1	3,6	2	7,1	1	3,6	4	14,7
PRIMERA	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIMERA Y TERCERA	1	3,6	0	0	0	0	1	3,6

SEGUNDA	0	0	1	3,6	0	0	1	3,6
SEGUNDA Y TERCERA	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6
TODAS	4	14,3	3	10,7	1	3,6	8	28,6
SIN DATO	12	42,9	0	0	0	0	12	42,9
TOTAL	18	64,4	6	21,4	4	14,4	28	100%

Tabla 101. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte directa o indirecta. Bogotá 2008

	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
MUERTE DIRECTA	13	46,4
MUERTE INDIRECTA	12	42,9
SIN DATO	3	10,7
Total	28	100%

Tabla 102. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte evitable o no evitable. Bogotá 2008

	NUMERO	PORCENTAJE
MUERTE EVITABLE	10	35,7
MUERTE NO EVITABLE	14	50
SIN DATO	4	14,3
Total	28	100%

Gráfica 43. Distribución de las muertes maternas según tipo de muerte evitable o no evitable. Bogotá 2008



Tabla 103. Distribución de las muertes maternas según el tipo de embarazo. Bogotá 2008

TIPO DE EMBARAZO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
UNICO	22	78,6
MULTIPLE	0	0
ECTOPICO	1	3,6
NO APLICA	5	17,9
Total	28	100%

Gráfica 44. Distribución de las muertes maternas según el tipo de embarazo. Bogotá 2008

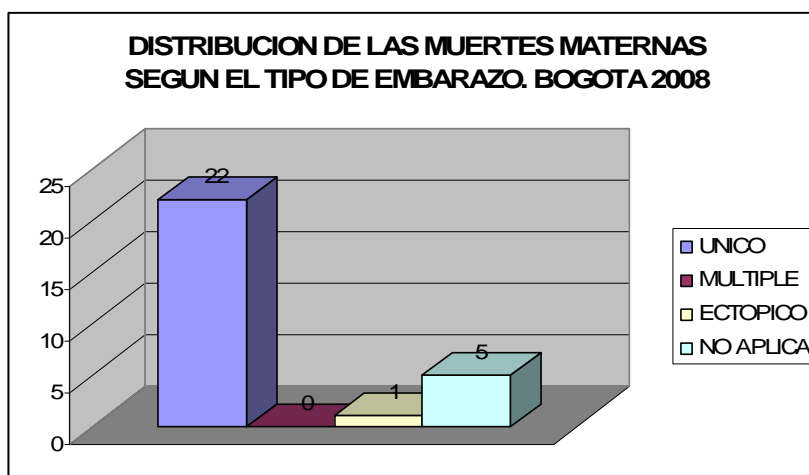


Tabla 104. Distribución de las muertes maternas según el tipo de parto. Bogotá 2008

TIPO DE PARTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
CESAREA	12	42,9
VAGINAL	7	25
NO APLICA*	9	32,1
Total	28	100%

*ABORTOS Y MUERTE IN UTERO

Tabla 105. Distribución de las muertes maternas que se les realizó operación cesárea según la urgencia. Bogotá 2008

TIPO DE CESAREA	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
NO APLICA*	6	21,4

PROGRAMADA	4	14,3
URGENTE	8	28,6
SIN DATO	10	35,7
Total	28	100%

*PARTOS VAGINALES ABORTOS Y MUERTES IN UTERO

Tabla 106. Distribución de las muertes maternas según profesional en salud que atiende el parto

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
ESPECIALISTA	16	57,1
MEDICO GENERAL	1	3,6
NO APLICA*	11	39,3
OTRO**	0	0
Total	28	100%

*Aborto o no atención del parto.** Familiar

Tabla 107. Distribución de las muertes maternas según profesional que atiende la complicación. Bogotá 2008

PERSONA QUE ATIENDE LA COMPLICACION	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
ESPECIALISTA	21	75
MEDICO GENERAL	1	3,6
NO APLICA	6	21,4
OTRO	0	0
Total	28	100%

Tabla 108. Distribución de las muertes maternas según la condición del producto de la gestación

CONDICION DEL PRODUCTO	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE %
VIVO	16	57,1
MUERTO	4	14,3
Sin dato	7	25
No aplica	1	3,6
Total	28	100%

Tabla 109. Distribución de las muertes maternas según estancia en UCI. Bogotá 2008

ESTANCIA EN UCI	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
REQUIRIO UCI	17	60,7
NO REQUIRIO UCI	3	10,7
SIN DATO	8	28,6
Total	28	100%

Tabla 110. Distribución de las muertes maternas según nivel de atención inicial. Bogotá 2008

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO MUERTES	PORCENTAJE
I	8	28,6
II	4	14,3
III	11	39,3
IV	0	0
SIN DATO	5	17,9
Total	28	100%

Tabla 111. Distribución de las muertes maternas según nivel de atención final. Bogotá 2008

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO	PORCENTAJE
I	0	0
II	2	7,1
III	14	50
IV	3	10,7
SIN DATO	9	32,1
Total	28	100%

Tabla 112. Distribución de las muertes maternas según edad gestacional en que consultó la paciente. Bogotá 2008

EDAD GETACIONAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE	NUMERO	PORCENTAJE
SEM 1 HASTA SEM 12	1	3,6
SEM 13 HASTA 24	2	7,1

SEM 25 HASTA 32	2	7,1
SEM 33 HASTA 36	5	17,9
SEM 37 HASTA 40	10	37,1
SIN DATO	6	21,4
PUERPERIO	2	7,1
Total	28	100%

Tabla 113. Distribución de las muertes maternas según tiempo de remisión Bogotá 2008

TIEMPO DE REMISION	NUMERO	FRECUENCIA
MENOS DE 1 HORA	2	7,1
1-3 HORAS	2	7,1
4-6 HORAS	3	10,7
7-12HORAS	3	10,7
MAS DE 24 HORAS	1	3,6
NO APLICA*	7	25
SIN DATO	10	35,7
Total	28	100%
* NO APLICA NO SE REMITIO		

Tabla 114. Distribución de las muertes maternas según causa de muerte directa o indirecta evitable o no evitable. Bogotá 2008

CAUSA	INEVITABLE	%	EVITABLE	%	TOTAL
DIRECTA	6	33,3	7	70	13
INDIRECTA	8	44,4	3	30	11
Sin dato	4	22,2	0	0	4
Total	18	100%	10	100%	28

Tabla 115. Distribución de las muertes maternas según problema detectado en el control prenatal. Bogotá 2008

PROBLEMA DETECTADO EN CPN	NUMERO	FRECUENCIA
DIABETES GESTACIONAL	1	3,6
HIPERTENSION	2	7,1

HIPEREMESIS	1	3,6
AMENAZA ABORTO	1	3,6
IVU	1	3,6
PREECLAMPSIA	1	3,6
BAJO PESO MATERNO	2	7,1
RCIU	2	7,1
PLACENTA PREVIA	1	3,6
MELANOMA	1	3,6
PROBLEMA NO DETECTADO NO ESPECIFICADO	2	7,1
NO CONTROL	11	39,3
VAGINITIS	1	3,6
VAGINOSIS	1	3,6
TOTAL	28	100%

Tabla 116. Distribución de las muertes maternas según problema detectado y remisión a especialista durante control prenatal Bogotá 2008

PROBLEMA EN CPN	REMISION A ESPECIALISTA					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	14	50	1	3,6	15	53,6
NO	2	7,1	0	0	2	7,1
NO CONTROL	0	0	11	39,3	11	39,3
TOTAL	16	57,1	12	42,9	28	100%

Tabla 117. Distribución de las muertes maternas según momento del puerperio en que ocurre la muerte Bogotá. 2008

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA
NO DATO	4	14,3
PUERPERIO MAYOR 8 DIAS	11	39,3
POSTABORTO	1	3,6
PUERPERIO	0	0
PUERPERIO 13-24	2	7,1
PUERPERIO 1H	2	7,1

PUERPERIO 2 DIAS	5	17,9
PUERPERIO 2H	1	3,6
PUERPERIO 3-7 DIAS	0	0
PUERPERIO 3H	0	0
PUERPERIO 6 H	0	0
PUERPERIO 7-12 H	0	0
SIN T DE P	2	7,1
Total	28	100%

Tabla 118. Correlación nivel de complejidad en el sitio de atención final con patología Bogotá 2008

NIVEL FINAL	HIE	%	HEMORR	%	INFECC	%	OTRAS	%	TOTAL	%
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	0	0	2	7,1	0	0	1	3,6	3	10,7
III	2	7,1	3	10,7	3	10,7	9	32,1	17	60,6
IV	2	7,1	0	0	0	0	2	7,1	4	14,2
Sin dato	0	0	0	0	0	0	4	14,3	4	14,3
TOTAL	4	14,2	5	17,8	3	10,7	16	57,1	28	100%

12. ANÁLISIS DE RESULTADOS GENERALES

Revisando los resultados obtenidos en el análisis de la información de las muertes maternas ocurridas en Bogotá en el 2006, 2007 y 2008 encontramos:

- En el 2006 el 48% de las muertas se encontraban en unión libre, siguiendo en frecuencia las solteras con un 21%. En el 2007 nos encontramos con el problema de la falta de datos en el mayor porcentaje (32.7%), al igual que en el 2008 con un porcentaje de falta de datos en (43%), seguidas de 25 % en unión libre en este año.
- La razón de mortalidad materna en la distribución por edades, fue mayor en las gestantes mayores en el 2006 y 2007 (45 a 49 años), en el 2008 la razón de mortalidad fue mayor en las gestantes adolescentes (9 a 14 años) con una razón de 171.
- En el 2006 el 36,2% de las muertas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, le sigue el subsidiado 31,9%, y el vinculado 25,5%. En el 2007 49% de las muertas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, le sigue el subsidiado 26.5%, y el vinculado constituye el 16.3%. En el 2008 el 43% de las muertas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, le sigue el subsidiado 28.6% y el vinculado constituye el 10.7%.
- En este trabajo las muertes maternas se distribuyeron según paridad así: las primigestantes con un porcentaje de 27.7%, 40.8% y 35.7% para el 2006, 2007 y 2008 respectivamente son las que más mueren. Las que cursaban con segundo y tercer embarazo le siguen en frecuencia. Por otra parte las grandes multíparas tienen la menor frecuencia de muerte con un 2.1%, 2% y 7% para los años 2006, 2007 y 2008.
- El control prenatal ha aumentado en los últimos años, esto se refleja en que la mayoría 81%, 94% y 75% de las maternas muertas tuvieron controles prenatales en los años 2006, 2007 y 2008.
- De las muertes maternas con control prenatal para el 2006, 2007 y 2008 el 23.5%, 14.2% y el 25% de los casos asistieron a menos de 4 controles.
- El 57.4%, 59.2% y el 46.4% de las pacientes que tuvieron controles prenatales lo iniciaron en el primer trimestre en los años 2006, 2007 y 2008. El inicio tardío del control prenatal fue de 23.4%, 16.3% y 21.5% en estos años.

- A pesar de que fueron remitidas a especialista durante su control prenatal un 61,7%, 33% y 39% de las muertes maternas, no se logró erradicar la primera demora.
- De las pacientes que fallecieron, durante el control prenatal se le detectó algún tipo de problema al 61% de las cuales a solo el 51% fue remitida a especialista. No se detectó patología durante el control prenatal a un 14% de las muertes de las cuales se remitieron un 8.5% en el 2006, para el 2007 no se encuentran datos en la mayoría de los casos y en el 2008 durante el control prenatal se le detectó algún tipo de problema al 53% de las cuales a solo el 50% fue remitida a especialista. No se detectó patología durante el control prenatal a un 7% de las muertes de las cuales se remitieron un 7%.
- Las principales demoras relacionadas con muerte materna fueron: en el 2006 la tercera y todas las demoras fueron las más frecuentes con 23% y ninguna demora con 21%; en el 2007 tercera demora 30.6%, sigue todas las demoras con 28.6%; en el 2006 todas con 46.4 % y en segundo lugar ninguna demora con 25%.
- La mortalidad materna directa constituye un 55.3%, 59.2% y 46.4% mientras que la indirecta un 40.4%, 30.6% y 42.9% para los años 2006, 2007 y 2008 respectivamente.
- Según los resultados encontrados en las historias clínicas y los estudios de mortalidad materna se consideraron muertes evitables un 55.3%, 36.7% y 35.7% y las inevitables fueron un 40.4%, 42.9% y 50%.
- En el 2006 el 47% de las muertes inevitables se consideraron directas y un 52% indirectas. De las muertes evitables 65% fueron directas y un 34% indirectas. En el 2007 el 56% de las muertes inevitables se consideraron directas y un 43% indirectas. De las muertes evitables 68% fueron directas y un 25% indirectas. En el 2008 el 33% de las muertes inevitables se consideraron directas y un 44% indirectas. De las muertes evitables 70% fueron directas y un 30% indirectas.
- En el 93%, 86% y 78% de las muertes el tipo de embarazo fue único para el 2006, 2007 y 2008. El tipo de parto más frecuente fue cesárea con un 53.2%, 57.1% y 42.9%, le sigue el parto vaginal con un 23.4%, 20.4% y 25%. El tipo de cesárea más frecuente fue la que se realizó como urgencia en un 48%, 34.7% y 28.6%, la programada es el 4%, 22.4% y 14.3%. Los partos vaginales, los abortos y las muertes in útero fueron un 42%, 26.5% y 57.1%.

- La atención del parto por especialista constituye un 74%, 73% y 57% para los años en estudio; y en un 89%, 87% y 75% fue el especialista el encargado de atender la complicación.
- El producto de la gestación de las muertes maternas el 70.2% para el 2006 y 57% para 2007 y 2008 corresponde a nacidos vivos. Los óbitos 8%, 18% y 14%; los abortos y ectópicos 21% y 3.6% para el 2006 y 2008.
- Requirieron manejo en la unidad de cuidados intensivos el 61.7%, 73.5% y 60.7% de las fallecidas.
- El nivel de complejidad en el que se realizó la atención inicial en la consulta de urgencia y que terminó en la muerte materna fue: del 23% en primer nivel, 25% en segundo nivel, 36% en tercer nivel y 12% en cuarto nivel para el 2006; del 2% en primer nivel, 30% en segundo nivel, 35% en tercer nivel y 16% en cuarto nivel para el 2007; del 28% en primer nivel, 14% en segundo nivel, 39% en tercer nivel y 0% en cuarto nivel para el 2008.
- El nivel de complejidad en la atención final de la materna antes de su muerte, se distribuyó con el mayor porcentaje en el tercer nivel con un 55%,. en segundo nivel el porcentaje fue 21%, en cuarto nivel fue 19% y 2% de pacientes fallecen en un primer nivel en el 2006; mayor porcentaje en el tercer nivel con un 45%, en cuarto nivel el porcentaje fue 26.5%, en segundo nivel fue 18% y 0 pacientes fallecen en un primer nivel en el 2007; mayor porcentaje en el tercer nivel con un 50%, en cuarto nivel el porcentaje fue 10.%, en segundo nivel fue 18% y 0 pacientes fallecen en un primer nivel en el 2008.
- La distribución de muertes por edad gestacional en el momento de consulta que terminan en defunción, muestra una mayor frecuencia con un porcentaje de 32% y 37% en pacientes con embarazo entre 37 y 40 semanas para los años 2006 y 2008. En el año 2007 ocupan el primer lugar las fallecidas con edad gestacional entre 33-36 semanas (24%) y entre 37 a 40 semanas (24%).
- Ninguna paciente tuvo remisión oportuna (menor de 1 hora) en el 2006 y 2007, en el 2008 2 pacientes se remitieron oportunamente; el tiempo de remisión más frecuente fue de 1-3 horas constituyendo el 15% en el 2006; entre 1 y 3 horas un 8.2%, 4 y 6 horas 8.2% es el tiempo de remisión más frecuente en el 2007. En el 2008 el tiempo de remisión más frecuente fue de 4 a 6 horas (10.7%) y 7 a 12 horas con el mismo porcentaje.

- Analizando el nivel de atención inicial y el final se encontró atención final en un nivel menor al inicial en una paciente en el 2006 desde nivel IV a nivel III, ninguna en el 2007 y 2008

13. RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS)

13.1 RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2006

A continuación se relacionarán las principales causas de muerte identificadas en este trabajo (las cuales coinciden con los resultados a nivel Nacional reportados por el DANE) con algunas variable del instrumento, que fueron consideradas como posibles determinantes de mortalidad, todo con el objetivo de identificar claramente los factores de riesgo, las características de las maternas, las condiciones asociadas a su embarazo y las debilidades del servicio de salud que influyen en la mortalidad. Estos datos pueden ser la base para la modificación de políticas de salud, la implementación de programas de educación médica y educación directa a las pacientes con el fin de reducir las tasa de mortalidad materna a nivel Bogotá con proyección al país.

13.1.1 Trastornos hipertensivos. Se presentaron 11 casos de muertes por causa de trastornos hipertensivos del embarazo

Tabla 119. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según edad Bogotá 2006

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
15-19 AÑOS	2	18,2
20-24 AÑOS	4	36,4
25-29 AÑOS	2	18,2
30-34 AÑOS	1	9,1
35-39 AÑOS	0	0,0
40-44 AÑOS	2	18,2
45-49 AÑOS	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 120. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según la paridad (numero de gestaciones) Bogotá 2006

GESTACIONES	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
-------------	-------------------	------------

1UNO	7	63,6
2DOS	3	27,3
3TRES	1	9,1
4CUATRO	0	0,0
5CINCO	0	0,0
6SEIS	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 121. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según las semanas de gestación cuando mueren Bogotá 2006

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1 A 12 SEMANAS	0	0,0
13 - 24 SEMANAS	1	9,1
25-32 SEMANAS	6	54,5
33- 36 SEMANAS	2	18,2
MAYOR DE 37 SEMANAS	2	18,2
Total	11	100,0

Tabla 122. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según el trimestre en que se inicio el control prenatal. Bogotá 2006

TRIMESTRE INICIO CPN	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
NO CONTROL	0	0,0
PRIMERO	7	63,6
SEGUNDO	4	36,4
TERCERO	0	0,0
NO DATO	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 123. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según el numero de controles prenatales que asistieron durante la gestación Bogotá 2006

CONTROL PRENATAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	11	100,0

NO	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 124. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según remisión a especialista durante el control prenatal Bogotá 2006

REMISION A ESPECIALISTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	9	81,8
NO	2	18,2
SIN DATO	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 125. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos con antecedente de hipertensión arterial crónica Bogotá 2006

ANTECEDENTE DE HTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	2	18,2
NO	9	81,8
Total	11	100,0

Tabla 126. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos con antecedente de enfermedad s hipertensiva durante el embarazo Bogotá 2006

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0%
NO	11	100%
Total	11	100%

Tabla 127. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según el nivel de atención inicial Bogotá 2006

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	3	27,3
II	2	18,2
III	3	27,3

IV	3	27,3
Total	11	100,0

Tabla 128. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según el nivel de atención final Bogotá 2006

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	0	0,0
II	2	18,2
III	5	45,5
IV	4	36,4
Total	11	100,0

Tabla 129. Distribución de las muertes maternas con trastornos hipertensivos según la demora en la atención Bogotá 2006

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	3	27,3
PRIMERA	1	9,1
SEGUNDA	1	9,1
TERCERA	1	9,1
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0,0
PRIMERA Y TERCERA	1	9,1
SEGUNDA TERCERA	0	0,0
TODAS	3	27,3
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 130. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTA 2006

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA
NO DATO	1	9,1
POSTABORTO	0	0,0
PUERPERIO <1 H	0	0,0

PUERPERIO 2 H	0	0,0
PUERPERIO 3 H	0	0,0
PUERPERIO 4 H	1	9,1
PUERPERIO 5 H	0	0,0
PUERPERIO 6 H	0	0,0
PUERPERIO 7-12 H	2	18,2
PUERPERIO 13-24 H	0	0,0
PUERPERIO 1-2 DIAS	2	18,2
PUERPERIO 3-7 DIAS	2	18,2
PUERPERIO >7 DIAS	3	27,3
SIN TDP	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 131. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL MOTIVO DE LA MUERTE PRINCIPAL BOGOTA 2006

MOTIVO DE MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUEN CIA %
CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	0,0
FALLA RESPIRATORIA	1	9,1
DISFUNCION CARDIOVASCULAR	2	18,2
DISFUNCION HEMATOLOGICA	2	18,2
DISFUNCION NEUROLOGICA	3	27,3
DISFUNCION RENAL	1	9,1
SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE	1	9,1
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 132. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL DIANOSTICO PRINCIPAL EN EL SITIO DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2006

DIAGNOSTICO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
---------------------	-------------------	--------------

PREECLAMPSIA	4	36,4
ECLAMPSIA	3	27,3
HIE	2	18,2
OBITO	1	9,1
LES	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 133. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL DIANOSTICO PRINCIPAL EN EL SITIO DE ATENCION FINAL BOGOTA 2006

DIAGNOSTICO SITIO FINAL	NUMERO MUERTES	DE FRECUENCIA %
ECLAMPSIA	1	9,1
SINDROME HELLP	2	18,2
NO APLICA*	7	63,6
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

*NO APLICA: NO FUE REMITIDA POR LO CUAL EL SITIO INICIAL ES IGUAL AL FINAL

Tabla 134. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA CORRELACION ENTRE EL DIANOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL DE ATENCION BOGOTA 2006

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO INICIAL	NUMERO MUERTES	DE FRECUENCIA %
SI	10	90,9
NO	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 135. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA CORRELACION ENTRE EL DIANOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL DE ATENCION BOGOTA 2006

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO FINAL	NUMERO MUERTES	DE FRECUENCIA %
--	----------------	-----------------

SI	2	18,2
NO	1	9,1
NO APLICA *	7	63,6
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

*NO APLICA NO FUERON REMITIDAS SITIO INICIAL IGUAL QUE SITIO FINAL

Tabla 136. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BOGOTA 2006

ESTANCIA UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	11	100,0
NO	0	0,0
Total	11	100,0

Tabla 137. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE REINTERVENCION QUIRURGICA BOGOTA 2006

OTRA INTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	2	18,2
NO	8	72,7
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 138. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL QUIRURGICA BOGOTA 2006

OTRA INTERVENCION HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	2	18,2
NO	8	72,7
SIN DATO	1	9,1

Total	11	100,0
-------	----	-------

Tabla 139. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE EMPAQUETAMIENTO PELVICO BOGOTA 2006

OTRA INTERVENCION EMPAQUETAMIENTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	0	0%
NO	11	100%
Total	11	100%

Tabla 140. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2006

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
1-3 HORAS	1	9,1
4-6 HORAS	1	9,1
7-12 HORAS	1	9,1
>24 HORAS	0	0,0
NO APLICA *	7	63,6
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

*NO APLICA NO FUERON REMITIDAS SITIO INICIAL IGUAL QUE SITIO FINAL

Tabla 141. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DESDE QUE INGRESO AL SITIO INICIAL Y LA MUERTE BOGOTA 2006

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
13-24 HORAS	1	9,1
1-5 DIAS	5	45,5
6-10 DIAS	2	18,2

> 10 DIAS	2	18,2
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 142. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DESDE QUE INGRESO AL SITIO FINAL Y LA MUERTE BOGOTA 2006

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
1-5 DIAS	2	18,2
>10 DIAS	1	9,1
NO APLICA *	7	63,6
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

* NO APLICA: NO SE REMITIERON

Tabla 143. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS VALORANDO SI FUE OPORTUNO EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL DE INGRESO BOGOTA 2006

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	10	90,9
NO	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 144. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS VALORANDO SI FUE OPORTUNO EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL DE INGRESO BOGOTA 2006

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	3	27,3
NO	0	0,0

NO APLICA *	7	63,6
SIN DATO	1	9,1
Total	11	100,0

* NO APLICA : NO SE REMITIERON

13.1.2. HEMORRAGIAS

Tabla 145. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EDAD BOGOTA 2006

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
15-19 AÑOS	0	0,0
20-24 AÑOS	1	25,0
25-29 AÑOS	1	25,0
30-34 AÑOS	1	25,0
35-39 AÑOS	1	25,0
40-44 AÑOS	0	0,0
45-49 AÑOS	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 146. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SEMANAS DE GESTACION BOGOTA 2006

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1 -12 SEM	1	25,0
13-24 SEM	0	0,0
25_32 SEM	0	0,0
33_36 SEM	0	0,0
>37 SEM	3	75,0
Total	4	100,0

Tabla 147. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA EN ALGUNA GESTACION ANTERIOR. BOGOTA 2006

ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
---------------------------	-------------------	------------

NO	4	100,0
SIN DATO	0	0,0
SI	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 148. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN NIVEL DE ATENCION INICIAL AL QUE INGRESAN. BOGOTA 2006

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	1	25,0
II	2	50,0
III	0	0,0
IV	1	25,0
Total	4	100,0

Tabla 149. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN NIVEL DE ATENCION FINAL AL QUE INGRESAN. BOGOTA 2006

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTAS	DE	FRECUENCIA
I	1		25,0
II	1		25,0
III	1		25,0
IV	1		25,0
Total	4		100,0

Tabla 150. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE. BOGOTA 2006

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
PUERPERIO 1H	0	0,0
PUERPERIO 3 HORAS	0	0,0
PUERPERIO 6 HORAS	0	0,0
PUERPERIO 7-12HORAS	1	25,0
PUERPERIO 13-24 HORAS	0	0,0
PUERPERIO >7 DIAS	2	50,0
NO APLICA*	1	25,0

NO DATO	0	0,0
Total	4	100,0

* NO APLICA: POSTESTOPICO

Tabla 151. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIPO DE PARTO. BOGOTA 2006

TIPO DE PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CESAREA	1	25,0
VAGINAL	2	50,0
NO APLICA	1	25,0
Total	4	100,0

* NO APLICA: ABORTOS Y LOS QUE NO PRESENTARON PARTO

Tabla 152. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI ESTUVIERON O NO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. BOGOTA 2006

ESTANCIA EN UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	75,0
NO	1	25,0
Total	4	100,0

Tabla 153. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIPO DE DEMORA QUE SE PRESENTO DURANTE LA ATENCION. BOGOTA 2006

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	2	50,0
PRIMERA	0	0,0
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0,0
PRIMERA Y TERCERA	0	0,0
SEGUNDA	0	0,0
TERCERA	2	50,0
TODAS	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 154. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO O NO HISTERECTOMIA. BOGOTA 2006

REQUIRIO HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	75,0
NO	1	25,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 155. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO O NO EMPAQUETAMIENTO PELVICO BOGOTA 2006

REQUIRIO EMPAQUETAMIENTO	NUMERO	FRECUENCIA
SI	1	25,0
NO	3	75,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 156. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO LEGRADO BOGOTA 2006

REQUIRIO LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	75,0
NO	1	25,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 157. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO OTRA REINTERVENCION BOGOTA 2006

REQUIRIO OTRA REINTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0,0
NO	4	100,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 158. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA VALORANDO SI RECIBIO UN TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2006

TRATAMIENTO OPORTUNO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	4	100,0
NO	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

Tabla 159. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA VALORANDO SI RECIBIO UN TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL SITIO FINAL BOGOTA 2006

TRATAMIENTO OPORTUNO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	25,0
NO	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
NO APLICA*	3	75,0
Total	4	100,0

*NO APLICA: NO REMITIDAS

Tabla 160. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2006

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
<1HORA	0	0,0
03-05 HORAS	1	25,0
7-12 HORAS	0	0,0
>24 HORAS	0	0,0
NO APLICA *	3	75,0
SIN DATO	0	0,0
Total	4	100,0

* NO APLICA: NO REMITIDAS

Tabla 161. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI ES UNA MUERTE EVITABLE O NO BOGOTA 2006

EVITABLE	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
SI	2		50,0
NO	2		50,0
Total	4		100,0

Tabla 162. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN LA PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO BOGOTA 2006

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ESPECIALISTA	3	75,0
MED GENERAL	0	0,0
NO APLICA	1	25,0
Total	4	100,0

Tabla 163. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE LA COMPLICACION BOGOTA 2006

PERSONA QUE ATIENDE COMPLICACION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ESPECIALISTA	3	75,0
MED GENERAL	1	25,0
Total	4	100,0

Tabla 164. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO INICIAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2006

TIEMPO DESDE INGRESO EN SITIO INICIAL HASTA MUERTE	NUMERO	FRECUENCIA
2 HORAS	1	25,0
12-24 HORAS	1	25,0
>10 DIAS	2	50,0
Total	4	100,0

Tabla 165. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO FINAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2006

TIEMPO DE INGRESO MUERTE EN FINAL	DE HASTA EN SITIO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
>10 DIAS		1	25,0
NO APLICA*		3	75,0
Total		4	100,0

*NO APLICA: NO SE REMITIERON

13.1.3. INFECCIONES

Tabla 166. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN LA EDAD BOGOTA 2006

EDAD	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
18	1	20,0
26	1	20,0
30	2	40,0
40	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 167. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL BOGOTA 2006

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
6	1	20,0
15	1	20,0
16	1	20,0
21	1	20,0
38	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 168. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIPO DE PARTO BOGOTA 2006

TIPO DE PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
---------------	-------------------	------------

NO APLICA	3	60,0
VAGINAL	1	20,0
CESAREA	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 169. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTA 2006

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
PUERPERIO 5 HORAS	1	20,0
PUERPERIO 5-7 DIAS	1	20,0
POSTABORTO	3	60,0
Total	5	100,0

Tabla 170. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO INICIAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2006

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1-5 DIAS	4	80,0
5-10 DIAS	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 171. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO FINAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2006

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
13-24 HORAS	1	20,0
2-5 DIAS	0	0,0
6-10 DIAS	0	0,0

NO APLICA	4	80,0
Total	5	100,0

Tabla 172. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA BOGOTA 2006

TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
< 6 HORAS	1	20,0
7-12 HORAS	1	20,0
2 DIAS	1	20,0
3 DIAS	1	20,0
5 DIAS	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 173. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL MOTIVO DE MUERTE PRINCIPAL BOGOTA 2006

MOTIVO DE MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CHOQUE SEPTICO	2	40,0
CHOQUE MIXTO	1	20,0
SDOM	2	40,0
TOTAL	5	100,0

Tabla 174. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMEINTO EN EL SITIO INICIAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2006

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	4	80,0
NO	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 175. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2006

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
SI	1		20,0
NO APLICA	4		80,0
Total	5		100,0

Tabla 176. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2006

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
I	1		20,0
II	1		20,0
III	3		60,0
IV	0		0,0
Total	5		100,0

Tabla 177. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2006

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
I	0		0,0
II	1		20,0
III	3		60,0
IV	1		20,0
Total	5		100,0

Tabla 178. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2006

CORRELACION TRATAMIENTO SITIO INICIAL	DX	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
---------------------------------------	----	----------------	----	------------

NO	0	0,0
SI	5	100,0
Total	5	100,00%

Tabla 179. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2006

TIEMPO DE REMISION	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
1-3 HORAS	1		20,0
7-12 HORAS	0		0,0
NO APLICA*	4		80,0
SIN DATO	0		0,0
Total	5		100,0

* NO REMISION

Tabla 180. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN CORRELACION DIAGNOSTICO – TRATAMIENTO SITIO FINAL BOGOTA 2006

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO APLICA	4	80,0
SI	1	20,0
Total	5	100,0

Tabla 181. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL DIAGNOSTICO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2006

DIAGNOSTICO SITIO INICIAL	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
INCOMPETENCIA CERVICAL	1		20,0
ABORTO SEPTICO	1		20,0
AMENAZA DE ABORTO	1		20,0
SEPSIS PUERPERAL	1		20,0
ABORTO INCOMPLETO	1		20,0
Total	5		100,0

Tabla 182. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL DIAGNOSTICO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2006

DIAGNOSTICO SITIO FINAL	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
SEPSIS	1		20,0
NO APLICA	4		80,0
Total	5		100,0

Tabla 183. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIPO DE DEMORAS QUE SE PRESENTAN EN LA ATENCION BOGOTA 2006

DEMORAS	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
NINGUNA	1		20,0
TERCERA	1		20,0
PRIMERA Y TERCERA	1		20,0
TODAS	2		40,0
Total	5		100,0

Tabla 184. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI ESTUVIERON O NO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BOGOTA 2006

ESTANCIA EN UCI	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
SI	4		80,0
NO	1		20,0
TOTAL	5		100,0

Tabla 185. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI LA MUERTE ES EVITABLE O NO BOGOTA 2006

EVITABLE	NUMERO MUERTES	DE	FRECUENCIA
SI	5		100,0
Total	5		100,0

Tabla 186. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI REQUIRIO O NO HISTERECTOMIA BOGOTA 2006

OTRA INTERVENCION HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	1	20,0
SI	4	80,0
Total	5	100,0

Tabla 187. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI REQUIRIO O NO LEGRADO BOGOTA 2006

OTRA INTERVENCION LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	2	40,0
SI	3	60,0
Total	5	100,0

13.2 RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2007

13.2.1. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Se presentaron 13 casos de muertes por causa de trastornos hipertensivos del embarazo

Tabla 188. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EDAD BOGOTA 2007

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
12-19 AÑOS	2	15.3
20-24 AÑOS	5	38.4
25-29 AÑOS	0	0
30-34 AÑOS	1	7.6
35-39 AÑOS	4	30.7

40-44 AÑOS	1	7.6
45-49 AÑOS	0	0
Total	13	100

Tabla 189. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA PARIDAD (NUMERO DE GESTACIONES) BOGOTA 2007

GESTACIONES	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
UNO	6	46.1
DOS	1	7.6
TRES	4	30.7
CUATRO	0	0
CINCO	0	0
SEIS	0	0
SIETE	0	0
OCHO	0	0
NUEVE	0	0
DIEZ	1	7.6
SIN DATO	1	7.6
Total	13	100

Tabla 190. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACION CUANDO MUEREN BOGOTA 2007

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1 A 12 SEMANAS	0	0
13 - 24 SEMANAS	1	7.6
25-32 SEMANAS	4	30.7
33- 36 SEMANAS	4	30.7
MAYOR DE 37 SEMANAS	2	15.3
NO DATO	2	15.3
Total	13	100

Tabla 191. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGUN EL TRIMESTRE EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2007

TRIMESTRE INICIO CPN	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
NO CONTROL	0	0
PRIMERO	7	53.8
SEGUNDO	2	15.3
TERCERO	0	0
NO DATO	4	30.7
Total	13	100

Tabla 192. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGUN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE ASISTIERON DURANTE LA GESTACION BOGOTA 2007

CONTROL PRENATAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	13	100
NO	0	0
SIN DATO	0	0
Total	13	100

Tabla 193. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGUN REMISION A ESPECIALISTA DURANTE EL CONTROL PRENATAL BOGOTA 2007

REMISION A ESPECIALISTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	11	84.5
NO	0	0
SIN DATO	2	15.5
Total	13	100

Tabla 194. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA BOGOTA 2007

ANTECEDENTE DE HTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	7.6

NO	12	92.4
Total	13	100

Tabla 195. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD S HIPERTENSIVA DURANTE EL EMBARAZO BOGOTA 2007

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	2	15.3
NO	5	38.4
NO DATO	6	46.1
Total	13	100

Tabla 196. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	3	23
II	6	46.1
III	1	7.6
IV	2	30.7
NO DATO	1	7.6
Total	13	100

Tabla 197. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	0	0
II	2	15.3
III	6	46.1
IV	3	23
SIN DATO	2	15.3
Total	13	100

Tabla 198. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA DEMORA EN LA ATENCION BOGOTA 2007

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	1	7.6
PRIMERA	0	0
SEGUNDA	0	0
TERCERA	4	30.7
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0
PRIMERA Y TERCERA	4	30.7
SEGUNDA TERCERA	1	7.6
TODAS	3	23
Total	13	100

Tabla 199. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTA 2007

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SIN TRABAJO DE PARTO	0	0
PUERPERIO 2 HORAS	1	7.6
PUERPERIO 3 - 6HORAS	1	7.6
PUERPERIO 7 - 12 HORAS	0	0
PUERPERIO 13-24 HORAS	0	0
PUERPERIO 2 DIAS	3	23
PUERPERIO 3- 7 DIAS	3	23
PUERPERIO MAYOR DE 8 DIAS	3	23
SIN DATO	2	15.3
Total	13	100

Tabla 200. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL MOTIVO DE LA MUERTE PRINCIPAL BOGOTA 2007

MOTIVO DE MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	0
CHOQUE SEPTICO	0	0

DISFUNCION CARDIOVASCULAR	1	7.6
DISFUNCION HEMATOLOGICA	0	0
DISFUNCION NEUROLOGICA	5	38.4
DISFUNCION RENAL	0	0
SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE	4	30.7
NO DATO	3	23
Total	13	100

Tabla 201. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL DIANOSTICO PRINCIPAL EN EL SITIO DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2007

DIAGNOSTICO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
RCIU	1	7.6
SINDROME DE HELLP	2	15.3
HEMORRAGIA CEREBRAL	1	7.6
PREECLAMPSIA	5	38.4
SDMO	1	7.6
OTRO	2	15.3
SIN DATO	1	7.6
Total	13	100

Tabla 202. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL DIANOSTICO PRINCIPAL EN EL SITIO DE ATENCION FINAL BOGOTA 2007

DIAGNOSTICO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ECLAMPSIA	3	23
SINDROME HELLP	2	15.3
HEMORRAGIA CEREBRAL	1	7.6
NO DATO	3	23
PREECLAMPSIA	3	23
TEP	1	7.6
Total	13	100

Tabla 203. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA CORRELACION ENTRE EL DIANOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL DE ATENCION BOGOTA 2005

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	12	92.4
NO	0	0
NO DATO	1	7.6
Total	13	

Tabla 204. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA CORRELACION ENTRE EL DIANOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL DE ATENCION BOGOTA 2005

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	10	76.9
NO	0	0
NO DATO	3	23.1
Total	13	100

Tabla 205. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BOGOTA 2007

ESTANCIA UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	12	92.4
NO	1	7.6
Total	13	100

Tabla 206. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE REINTERVENCION QUIRURGICA BOGOTA 2007

OTRA INTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI		
	4	30.7

NO	6	46.1
NO DATO	3	23
Total	13	100

Tabla 207. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL QUIRURGICA BOGOTA 2007

OTRA INTERVENCION HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	7.6
NO O NO DATO	12	92.4
Total	13	100

Tabla 208. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE EMPAQUETAMIENTO PELVICO BOGOTA 2007

OTRA EMPAQUETAMIENTO INTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO O NO DATO	13	100
Total	13	100

Tabla 209. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2007

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1-3 HORAS	2	15.3
4-6 HORAS	2	15.3
7-12 HORAS	0	0
13 – 23 HORAS	1	7.6
>24 HORAS	1	7.6
SIN DATO	7	53.8
Total	13	100

Tabla 210. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DESDE QUE INGRESO AL SITIO INICIAL Y LA MUERTE BOGOTA 2007

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
4 HORAS	0	0
6 HORAS	1	7.6
7-12 HORAS	0	0
13-24 HORAS	0	0
1-5 DIAS	6	46.1
6 - 10 DIAS	1	7.6
>10 DIAS	3	23
SIN DATO	2	15.3
Total	13	100

Tabla 211. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DESDE QUE INGRESO AL SITIO FINAL Y LA MUERTE BOGOTA 2007

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1-6 HORAS	1	7.6
7-12 HORAS	0	0
13-24 HORAS	0	0
2-5 DIAS	4	30.7
6-10 DIAS	1	7.6
>10 DIAS	2	15.3
NO DATO	5	38.4
Total	13	100

Tabla 212. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS VALORANDO SI FUE OPORTUNO EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL DE INGRESO BOGOTA 2007

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	10	76.9

NO	2	15.3
SIN DATO	1	7.6
Total	13	100

Tabla 213. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS VALORANDO SI FUE OPORTUNO EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL DE INGRESO BOGOTA 2007

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	9	69.2
NO	0	0
SIN DATO	4	30.7
Total	13	100

Tabla 214. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ASOCIADO AL EMBARAZO Y LA REMISION A ESPECIALISTA DURANTE SU CONTROL PRENATAL BOGOTA 2007

ANTECEDENTE DE HIE	SI REMITIDA	%	NO REMITIDA	%	NO DATO	%	TOTAL
SI	2	15.3					2
NO	5	38.4					5
Sin dato					6	46.1	6
TOTAL							13

Tabla 215. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ASOCIADO AL EMBARAZO Y NIVEL DE ATENCION AL QUE CONSULTAN INICIALMENTE. BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION	ANTECEDENTE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO			
	SI	%	NO	%
I	1	7.6	0	0
II	0	0	6	46.1
III	1	7.6	5	38.4

IV	0	0	0	0
Total	2	15.3	11	84.5

Tabla 216. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA. BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION	ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL				Total
	SI	%	NO	%	
I	1	7.6	0	0	1
II	0	0	6	46.1	6
III	0	0	6	46.1	6
IV	0	0	0	0	0
Total	1	7.6	12	92.2	13

13.2.2. RESULTADOS PARA HEMORRAGIAS EN 2007

Tabla 217. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EDAD BOGOTA 2007

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
15-19 AÑOS	0	0
20-24 AÑOS	2	22.2
25-29 AÑOS	0	0
30-34 AÑOS	1	11.1
35-39 AÑOS	4	44.4
40-44 AÑOS	2	22.2
45-49 AÑOS	0	0
SIN DATO	0	0
Total	9	100

Tabla 218. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SEMANAS DE GESTACION BOGOTA 2007

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
------------------	-------------------	------------

5	1	11.1
17	1	11.1
31	1	11.1
33	1	11.1
34	1	11.1
35	2	22.2
38	1	11.1
39	1	11.1
Total	9	100

Tabla 219. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA EN ALGUNA GESTACION ANTERIOR. BOGOTA 2007

ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	9	100
SIN DATO	0	0
SI	0	0
Total	9	100

Tabla 220. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN NIVEL DE ATENCION INICIAL AL QUE INGRESAN. BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	0	0
II	3	33.3
III	4	44.4
IV	2	22.2
Total	9	100

Tabla 221. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN NIVEL DE ATENCION FINAL AL QUE INGRESAN. BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
II	4	44.4

III	2	22.2
IV	2	22.2
SIN DATO	1	11.1
Total	9	100

Tabla 222. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE. BOGOTA 2007

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
PUERPERIO MENOR A 1H	1	11.1
PUERPERIO 3 HORAS	0	0
PUERPERIO 4 HORAS	1	11.1
PUERPERIO 5 HORAS	1	11.1
PUERPERIO 6 HORAS	0	0
PUERPERIO 7-12HORAS	2	22.2
PUERPERIO 13-24 HORAS	0	0
PUERPERIO 3-7 DIAS	0	0
MAYOR A 8 DIAS	2	22.2
NO APLICA*	1	11.1
NO DATO	1	11.1
Total	9	100

* NO APLICA: POSTECTOPICO

Tabla 223. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIPO DE PARTO. BOGOTA 2007

TIPO DE PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CESAREA	6	66.6
VAGINAL	2	22.2
NO APLICA	1	11.1
Total	9	100

* NO APLICA: ECTOPICOS

Tabla 224. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI ESTUVIERON O NO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. BOGOTA 2007

ESTANCIA EN UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
-----------------	-------------------	------------

SI	7	77.7
NO	2	22.2
Total	9	100

Tabla 225. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIPO DE DEMORA QUE SE PRESENTO DURANTE LA ATENCION. BOGOTA 2007

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	1	11.1
PRIMERA	1	11.1
PRIMERA Y SEGUNDA	1	11.1
PRIMERA Y TERCERA	1	11.1
SEGUNDA	0	0
SEGUNDA - TERCERA	0	0
TERCERA	2	22.2
TODAS	3	33.3
Total	9	100

Tabla 226. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO O NO HISTERECTOMIA. BOGOTA 2007

REQUIRIO HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	8	88.8
NO	1	11.1
SIN DATO	0	0
Total	9	100

Tabla 227. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO O NO EMPAQUETAMIENTO PELVICO BOGOTA 2007

REQUIRIO EMPAQUETAMIENTO	NUMERO	FRECUENCIA
SI	2	22.2
NO	7	77.7
SIN DATO	0	0
Total	9	100

Tabla 228. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO LEGRADO BOGOTA 2007

REQUIRIO LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	9	100
SIN DATO	0	0
Total	9	100

Tabla 229. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO OTRA REINTERVENCION BOGOTA 2007

REQUIRIO OTRA REINTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	9	100
SIN DATO	0	0
Total	9	100

Tabla 230. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA VALORANDO SI RECIBIO UN TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2007

TRATAMIENTO OPORTUNO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	9	100
NO	0	0
SIN DATO	0	0
Total	9	100

Tabla 231. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA VALORANDO SI RECIBIO UN TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL SITIO FINAL BOGOTA 2007

TRATAMIENTO OPORTUNO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	5	55.5
NO	0	0
SIN DATO	4	44.4
Total	9	100

Tabla 232. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2007

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
<1HORA	0	0
1-3 HORAS	1	11.1
4 – 6 HORAS	1	11.1
7-12 HORAS	0	0
>24 HORAS	0	0
SIN DATO	7	77.7
Total	9	100

Tabla 233. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI ES UNA MUERTE EVITABLE O NO BOGOTA 2007

EVITABLE	NUMERO	DE	FRECUENCIA
SI	3		33.3
NO	5		55.5
SIN DATO	1		11.1
Total	9		100

Tabla 234. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN LA PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO BOGOTA 2007

PERSONA QUE ATIENDE EL	NUMERO	DE	FRECUENCIA
ESPECIALISTA	8		88.8
MED GENERAL	0		0
SIN DATO	1		11.1
Total	9		100

Tabla 235. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE LA COMPLICACION BOGOTA 2007

PERSONA QUE ATIENDE COMPLICACION	NUMERO DE MUERTES	DE	FRECUENCIA
ESPECIALISTA	9		100.00%

Total	9	100.00%
-------	---	---------

Tabla 236. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO INICIAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2007

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO	FRECUENCIA
6 HORAS	0	0
7-12 HORAS	1	11.1
13-24 HORAS	1	11.1
1-5 DIAS	4	44.4
5 – 10 DIAS	1	11.1
Mayor a 10 dias	1	11.1
SIN DATO	1	11.1
Total	9	100

Tabla 237. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO FINAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2007

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
2 HORAS	0	0
4 HORAS	0	0
5 HORAS	0	0
6 HORAS	1	11.1
13-24 HORAS	0	0
2-5 DIAS	3	33.3
6-10 DIAS	0	0
Mayor a 10 dias	1	11.1
SIN DATO	4	44.4
Total	9	100

13.2.3. RESULTADOS PARA INFECCION 2007

Tabla 238. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN LA EDAD BOGOTA 2007

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
15-19 AÑOS	0	0
20-24 AÑOS	1	14.2
25-29 AÑOS	2	28.5
30-34 AÑOS	1	14.2
35-39 AÑOS	1	14.2
40-44 AÑOS	0	0
45-49 AÑOS	1	14.2
SIN DATO	1	14.2
Total	7	100

Tabla 239. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL BOGOTA 2007

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
5	1	14.2
28	1	14.2
35	1	14.2
37	2	28.5
39	1	14.2
SIN DATO	1	14.2
Total	7	100

Tabla 240. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIPO DE PARTO BOGOTA 2007

TIPO DE PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO APLICA	1	14.2
VAGINAL	1	14.2
CESAREAS	5	71.4
Total	7	100%

Tabla 241. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTA 2007

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
DE 3 A 7 DIAS	1	14.2
PUEPERIO MAYOR 8 DIAS	4	57.1
MAYOR A 10 DIAS	1	14.2
POSTABORTO	0	0
PUERPERIO 2 DIAS	0	0
SIN DATO O NO APLICA	1	14.2
Total	7	100

Tabla 242. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO INICIAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2007

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
2 HORAS	0	0
4 HORAS	0	0
5 HORAS	0	0
6 HORAS	0	0
13-24 HORAS	0	0
2-5 DIAS	0	0
6-10 DIAS	2	28.5
Mayor a 10 dias	5	71.4
SIN DATO	0	0
Total	7	100

Tabla 243. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO FINAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2007

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
2 HORAS	0	0
4 HORAS	0	0

5 HORAS	0	0
6 HORAS	0	0
13-24 HORAS	0	0
2-5 DIAS	1	14.2
6-10 DIAS	1	14.2
Mayor a 10 dias	3	42.8
SIN DATO	2	28.5
Total	7	100

Tabla 244. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA BOGOTA 2007

TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
MENOR A 6 HORAS	1	14.2
DE 7 A 12 HORAS	0	0
13-24 HORAS	1	14.2
2 DIAS	1	14.2
3 DIAS	1	14.2
4 DIAS	0	0
DE 5 A 7 DIAS	1	14.2
SINDATO	2	28.5
Total	7	100

Tabla 245. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL MOTIVO DE MUERTE PRINCIPAL BOGOTA 2007

MOTIVO DE MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SDMO	4	57.1
CHOQUE SEPTICO	1	14.2
SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA	1	14.2
NO DATO	1	14.2
TOTAL	7	100

Tabla 246. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2007

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	5	71.4
NO	1	14.2
SIN DATO	1	14.2
Total	7	100

Tabla 247. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2007

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	42.8
NO	0	0
SIN DATO	4	57.1
Total	7	100

Tabla 248. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	0	0
II	1	14.2
III	5	71.4
IV	0	0
SIN DATO	1	14.2
Total	7	100

Tabla 249. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2007

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
-------------------------	-------------------	------------

II	1	14.2
III	5	71.4
IV	0	0
SIN DATO	1	14.2
Total	7	100

Tabla 250. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2007

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	2	28.5
SI	5	71.4
Total	7	100

Tabla 251. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2007

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1-3 HORAS	1	14.2
7-12 HORAS	0	0
NO APLICA	0	0
SIN DATO	6	85.7
Total	7	100

Tabla 252. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN CORRELACION DIAGNOSTICO – TRATAMIENTO SITIO FINAL BOGOTA 2007

CORRELACIÓN	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO DATO	4	57.1
SI	3	42.8
Total	7	100

Tabla 253. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIPO DE DEMORAS QUE SE PRESENTAN EN LA ATENCION BOGOTA 2007

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	0	0
PRIMERA	0	0
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0
PRIMERA Y TERCERA	1	14.2
SEGUNDA	1	14.2
SEGUNDA - TERCERA	0	0
TERCERA	2	28.5
TODAS	3	42.8
Total	7	100

Tabla 254. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI ESTUVIERON O NO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BOGOTA 2007

ESTANCIA EN UCI	NUMERO DE	FRECUENCIA
SI	7	100
NO	0	0
TOTAL	7	100

Tabla 255. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI LA MUERTE ES EVITABLE O NO BOGOTA 2007

EVITABLE	NUMERO DE	FRECUENCIA
SI	4	57.1
NO	3	42.8
Total	7	100

Tabla 256. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI REQUIRIO O NO HISTERECTOMIA BOGOTA 2007

OTRA INTERVENCION HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
---------------------------------	-------------------	------------

NO	7	100
SI	0	0
Total	7	100

Tabla 257.DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI REQUIRIO O NO LEGRADO BOGOTA 2007

OTRA INTERVENCION LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	7	100
SI	0	0
Total	7	100

13.3 RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2008

A continuación se relacionarán las principales causas de muerte identificadas en este trabajo (las cuales coinciden con los resultados a nivel Nacional reportados por el DANE) con algunas variable del instrumento, que fueron consideradas como posibles determinantes de mortalidad, todo con el objetivo de identificar claramente los factores de riesgo, las características de las maternas, las condiciones asociadas a su embarazo y las debilidades del servicio de salud que influyen en la mortalidad. Estos datos pueden ser la base para la modificación de políticas de salud, la implementación de programas de educación médica y educación directa a las pacientes con el fin de reducir las tasa de mortalidad materna a nivel Bogotá con proyección al país.

13.3.1. RESULTADOS PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 2008

Se presentaron 4 casos de muertes por causa de trastornos hipertensivos del embarazo

Tabla 258. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EDAD BOGOTA 2008

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
15-19 AÑOS	0	0
20-24 AÑOS	1	25

25-29 AÑOS	2	50
30-34 AÑOS	0	0
35-39 AÑOS	0	0
40-44 AÑOS	1	25
45-49 AÑOS	0	0
Total	4	100%

Tala 259. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA PARIDAD (NUMERO DE GESTACIONES) BOGOTA 2008

GESTACIONES	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
1UNO	1	25
2DOS	1	25
3TRES	1	25
4CUATRO	0	0
5CINCO	0	0
6SEIS	0	0
7SIETE	1	25
Total	4	100%

Tabla 260. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACION CUANDO MUEREN BOGOTA 2008

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1 A 12 SEMANAS	0	0
13 - 24 SEMANAS	0	0
25-32 SEMANAS	1	25
33- 36 SEMANAS	1	25
MAYOR DE 37 SEMANAS	2	50
Total	4	100%

Tabla 261. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGUN EL TRIMESTRE EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2008

TRIMESTRE INICIO CPN	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
NO CONTROL	0	0
PRIMERO	3	75
SEGUNDO	1	25
TERCERO	0	0
NO DATO	0	0
Total	4	100%

Tabla 262. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGUN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE ASISTIERON DURANTE LA GESTACION BOGOTA 2008

CONTROL PRENATAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	4	100
NO	0	0
SIN DATO	0	0
Total	4	100%

Tabla 263. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGUN REMISION A ESPECIALISTA DURANTE EL CONTROL PRENATAL BOGOTA 2008

REMISION A ESPECIALISTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	25
NO	3	75
SIN DATO	0	0
Total	4	100%

Tabla 264. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA BOGOTA 2008

ANTECEDENTE DE HTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	4	100
Total	4	100%

Tabla 265. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD S HIPERTENSIVA DURANTE EL EMBARAZO BOGOTA 2008

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	25
NO	3	75
Total	4	100%

Tabla 266. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	2	50
II	0	0
III	2	50
IV	0	0
Total	4	100%

Tabla 267. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	0	0
II	0	0
III	2	50
IV	2	50
Total	4	100%

Tabla 268. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA DEMORA EN LA ATENCION BOGOTA 2008

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	0	0
PRIMERA	1	25
SEGUNDA	0	0

TERCERA	0	0
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0
PRIMERA Y TERCERA	0	0
SEGUNDA TERCERA	0	0
TODAS	3	75
Total	4	100%

Tabla 269. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTA 2008

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SIN TRABAJO DE PARTO	0	0
PUERPERIO MENOR 1 HORA	1	25
PUERPERIO 2 HORAS	0	0
PUERPERIO 3 - 6HORAS	0	0
PUERPERIO 7 - 12 HORAS	0	0
PUERPERIO 13-24 HORAS	1	25
PUERPERIO 2 DIAS	2	50
PUERPERIO 3- 7 DIAS	0	0
PUERPERIO MAYOR DE 8 DIAS	0	0
Total	4	100%

Tabla 270. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL MOTIVO DE LA MUERTE PRINCIPAL BOGOTA 2008

MOTIVO DE MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CHOQUE HIPOVOLEMICO	1	25
CHOQUE SEPTICO	0	0
DISFUNCION CARDIOVASCULAR	0	0
DISFUNCION HEMATOLOGICA	0	0
EMBOLIA LIQUIDO AMNIOTICO	1	25
SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE	1	25
SIN DATO	1	25

Total	4	100%
-------	---	------

Tabla 271. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN OTRO MOTIVO DE LA MUERTE BOGOTA 2008

MOTIVO DE MUERTE OTRA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
DISFUNCION NEUROLOGICA	0	0
ECLAMPSIA	1	25
ENFERMEDAD CERBROVASCULAR	0	0
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	0	0
SINDROME DE HELLP	0	0
HEMORRAGIA CEREBRAL	2	50
HIPERTENSION ENDOCRANEANA	0	0
MUERTE CEREBRAL	0	0
PREECLAMPSIA	0	0
SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA	0	0
SEPSIS	0	0
SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR	0	0
SHOCK SEPTICO	0	0
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	25
NO SE EVIDENCIA OTRO MOTIVO	0	0
Total	4	100%

Tabla 272. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL DIANOSTICO PRINCIPAL EN EL SITIO DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2008

DIAGNOSTICO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
ECLAMPSIA	0	0
GASTRITIS	0	0
SINDROME DE HELLP	1	25
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	0	0
NEUMONIA	0	0
PREECLAMPSIA	2	50
SINDROME CONVULSIVO	0	0

OTRO	1	25
Total	4	100%

Tabla 273. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL DIANOSTICO PRINCIPAL EN EL SITIO DE ATENCION FINAL BOGOTA 2008

DIAGNOSTICO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
ECLAMPSIA	3	75
SINDROME HELLP	1	25
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	0	0
NO APLICA*	0	0
PREECLAMPSIA	0	0
Total	4	100%

*NO APLICA: NO FUE REMITIDA POR LO CUAL EL SITIO INICIAL ES IGUAL AL FINAL

Tabla 274. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA CORRELACION ENTRE EL DIANOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL DE ATENCION BOGOTA 2008

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	4	100
NO	0	0
Total	4	100%

Tabla 275. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA CORRELACION ENTRE EL DIANOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL DE ATENCION BOGOTA 2008

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	3	75
NO	0	0
NO APLICA *	1	25
Total	4	100%

*NO APLICA NO FUERON REMITIDAS SITIO INICIAL IGUAL QUE SITIO FINAL

Tabla 276. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BOGOTA 2008

ESTANCIA UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	75
NO	1	25
Total	4	100%

Tabla 277. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE REINTERVENCION QUIRURGICA BOGOTA 2008

OTRA INTERVENCION REINTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	2	50
NO	1	25
NO DATO	1	25
Total	4	100%

Tabla 278. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL QUIRURGICA BOGOTA 2008

OTRA INTERVENCION HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	25
NO	3	75
Total	4	100%

Tabla 279. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE EMPAQUETAMIENTO PELVICO BOGOTA 2008

OTRA INTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	4	100

Total	4	100%
-------	---	------

Tabla 280. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN LA NECESIDAD DE LEGRADO BOGOTA 2008

OTRA INTERVENCION LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	4	100
Total	4	100%

Tabla 281. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2008

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
4-6 HORAS	0	0
7-12 HORAS	0	0
>24 HORAS	0	0
NO APLICA *	1	25
SIN DATO	3	75
Total	4	100%

*NO APLICA NO FUERON REMITIDAS SITIO INICIAL IGUAL QUE SITIO FINAL

Tabla 282. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DESDE QUEINGRESO AL SITIO INICIAL Y LA MUERTE BOGOTA 2008

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
4 HORAS	0	0
6 HORAS	0	0
7-12 HORAS	0	0
13-24 HORAS	1	25
1-5 DIAS	2	50
6 - 10 DIAS	1	25
>10 DIAS	0	0
SIN DATO	0	0
Total	4	100%

Tabla 283. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS SEGÚN EL TIEMPO DESDE QUEINGRESO AL SITIO FINAL Y LA MUERTE BOGOTA 2008

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
7-12 HORAS	0	0
13-24 HORAS	0	0
1-5 DIAS	3	75
6-10 DIAS	0	0
>10 DIAS	0	0
NO APLICA *	1	25
Total	4	100%

* NO APLICA: NO SE REMITIERON

Tabla 284. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS VALORANDO SI FUE OPORTUNO EL TRATAMIENTO EN EL SITIO INICIAL DE INGRESO BOGOTA 2008

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	3	75
NO	1	25
Total	4	100%

Tabla 285. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS VALORANDO SI FUE OPORTUNO EL TRATAMIENTO EN EL SITIO FINAL DE INGRESO BOGOTA 2008

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA %
SI	3	75
NO	0	0
NO APLICA *	1	25
SIN DATO	0	0
Total	4	100%

* NO APLICA : NO SE REMITIERON

Tabla 286. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ASOCIADO AL

EMBARAZO Y LA REMISION A ESPECIALISTA DURANTE SU CONTROL PRENATAL BOGOTA 2008

ANTECEDENTE	SI	%	NO	%	NO	%	TOTAL
SI	1	25	0	0	0	0	25
NO	0	0	3	75	0	0	75
TOTAL	1	25	3	75	0	0	100%

Tabla 287. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ASOCIADO AL EMBARAZO Y NIVEL DE ATENCION AL QUE CONSULTAN INICIALMENTE. BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION	ANTECEDENTE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO			
	SI	%	NO	%
I	0	0	2	50
II	0	0	0	0
III	1	25	1	25
IV	0	0	0	0
Total	1	25	3	75

Tabla 288. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA. BOGOTA 2008

NIVEL DE	ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL				
	SI	0%	NO	%	Total
I	0	0	2	50	50
II	0	0	0	0	0
III	0	0	2	50	50
IV	0	0	0	0	0
Total	0	0	4	100	100%

Tabla 289. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA. QUE FUERON REMITIDAS AL ESPECIALISTA DURANTE EL CONTROL PRENATAL. BOGOTA 2008

ANTECEDENTE DE HIE	REMISION A ESPECIALISTA				Total
	NO	%	SI	%	%
NO	3	75	0	0	75
SI	0	0	1	25	25
SINDATO	0	0	0	0	0
Total	3	75	1	25	100%

13.3.2. RESULTADOS PARA HEMORRAGIAS 2008

Tabla 290. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EDAD BOGOTA 2008

EDAD	NUMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
15-19 AÑOS	1	20
20-24 AÑOS	1	20
25-29 AÑOS	1	20
30-34 AÑOS	0	0
35-39 AÑOS	1	20
40-44 AÑOS	1	20
45-49 AÑOS	0	0
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

Tabla 291. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SEMANAS DE GESTACION BOGOTA 2008

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
13	0	0
20	0	0
27	1	20
36	0	0
37	2	40
38	0	0
39	1	20
40	0	0

SIN DATO	1	20
Total	5	100%

Tabla 292. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA EN ALGUNA GESTACION ANTERIOR. BOGOTA 2008

ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	5	100
SIN DATO	0	0
SI	0	0
Total	5	100%

Tabla 293. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN NIVEL DE ATENCION INICIAL AL QUE INGRESAN. BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	4	80
II	1	20
III	0	0
IV	0	0
Total	5	100%

Tabla 294. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN NIVEL DE ATENCION FINAL AL QUE INGRESAN. BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTAS	FRECUENCIA
II	0	0
III	3	60
IV	0	0
SIN DATO	2	40
Total	5	100.0%

Tabla 295. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE. BOGOTA 2008

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
---------------------------------	-------------------	------------

PUERPERIO 1H	1	20
PUERPERIO 2 HORAS	0	0
PUERPERIO 6 HORAS	0	0
PUERPERIO 7-12HORAS	0	0
PUERPERIO 13-24 HORAS	1	20
PUERPERIO 2 DIAS	2	40
PUERPERIO 3-7 DIAS	0	0
NO APLICA*	1	20
Total	5	100%

*NO APLICA: POSABORTO Y ECTOPICO

Tabla 296. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIPO DE PARTO. BOGOTA 2008

TIPO DE PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CESAREA	3	60
VAGINAL	1	20
NO APLICA	1	20
Total	5	100%

* NO APLICA: ABORTOS Y LOS QUE NO PRESENTARON PARTO

Tabla 297. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI ESTUVIERON O NO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. BOGOTA 2008

ESTANCIA EN UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	4	80
NO	0	0
SIN DATO	1	20
Total	5	100%

Tabla 298. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIPO DE DEMORA QUE SE PRESENTO DURANTE LA ATENCION. BOGOTA 2008

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	2	40
PRIMERA	0	0
PRIMERA Y SEGUNDA	0	0

PRIMERA Y TERCERA	0	0
SEGUNDA	1	20
SEGUNDA - TERCERA	1	20
TODAS	1	20
Total	5	100%

Tabla 299. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO O NO HISTERECTOMIA. BOGOTA 2008

REQUIRIO HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	60
NO	2	40
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

Tabla 300. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO O NO EMPAQUETAMIENTO PELVICO BOGOTA 2008

REQUIRIO EMPAQUETAMIENTO	NUMERO	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	5	100
SIN DATO	0	0
Total	13	100%

Tabla 301. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO LEGRADO BOGOTA 2008

REQUIRIO LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	0	0
NO	5	100
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

Tabla 302. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI REQUIRIO OTRA REINTERVENCION BOGOTA 2008

REQUIRIO OTRA REINTERVENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	2	50
NO	3	60
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

Tabla 303. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA VALORANDO SI RECIBIO UN TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2008

TRATAMIENTO OPORTUNO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	4	80
NO	1	20
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

Tabla 304. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA VALORANDO SI RECIBIO UN TRATAMIENTO OPORTUNO EN EL SITIO FINAL BOGOTA 2008

TRATAMIENTO OPORTUNO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	60
NO	0	0
SIN DATO	0	0
NO APLICA*	2	40
Total	5	100%

*NO APLICA: NO REMITIDAS

Tabla 305. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2008

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
<1HORA	1	20
1-3 HORAS	1	20
4-6 HORAS	1	20
>24 HORAS	0	0
NO APLICA *	2	40
SIN DATO	0	0

Total	5	100%
-------	---	------

* NO APLICA: NO REMITIDAS

Tabla 306. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN SI ES UNA MUERTE EVITABLE O NO BOGOTA 2008

EVITABLE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	60
NO	2	40
Total	5	100%

Tabla 307. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN LA PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO BOGOTA 2008

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ESPECIALISTA	3	60
MED GENERAL	0	0
NO APLICA *	1	20
SIN DATO	1	20
Total	5	100%

* NO PARTO

Tabla 308. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE LA COMPLICACION BOGOTA 2008

PERSONA QUE ATIENDE COMPLICACION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ESPECIALISTA	5	100
Total	5	100%

Tabla 309. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO INICIAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2008

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO	FRECUENCIA
6 HORAS	0	0
13-24 HORAS	1	20
2 DIAS	1	20

1-5 DIAS	1	20
6 – 10 DIAS	2	40
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

Tabla 310. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO FINAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2008

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
2 HORAS	1	20
4 HORAS	0	0
5 HORAS	0	0
13-24 HORAS	1	20
1-5 DIAS	1	20
6-10 DIAS	0	0
NO APLICA*	2	40
SIN DATO	0	0
Total	5	100%

*NO APLICA: NO SE REMITIERON

13.3.3. RESULTADOS PARA INFECCIONES EN 2008

Tabla 311. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN LA EDAD BOGOTA 2008

EDAD	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
15	0	0
17	1	33,3
19	1	33,3
27	1	33,3
40	0	0
Total	3	100%

Tabla 312. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL BOGOTA 2008

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE	FRECUENCIA
10	0	0
18	0	0
24	0	0
26	0	0
> 37	2	66,6
SIN DATO	1	33,3
Total	3	100%

Tabla 313. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIPO DE PARTO BOGOTA 2008

TIPO DE PARTO	NUMERO DE	FRECUENCIA
NO APLICA	1	33,3
VAGINAL	2	66,6
Total	3	100%

Tabla 314. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE BOGOTA 2008

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
PUEPERIO MAYOR 8 DIAS	2	66,6
POSTABORTO	1	33,3
PUERPERIO 2 DIAS	0	0
Total	3	100%

Tabla 315. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO INICIAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2008

TIEMPO DESDE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
13-24 HORAS	0	0
1-5 DIAS	1	33,3

> 10 DIAS	2	66,6
Total	3	100%

Tabla 316. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO FINAL HASTA LA MUERTE BOGOTA 2008

TIEMPO DE INGRESO HASTA MUERTE EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
13-24 HORAS	0	0
2-5 DIAS	0	0
>10 DIAS	1	33,3
NO APLICA *	2	66,6
Total	5	100%

*NO APLICA: NO SE REMITIERON

Tabla 317. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA BOGOTA 2008

TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
13-24 HORAS	1	33,3
2 DIAS	0	0
3 DIAS	0	0
SINDATO	2	66,6
Total	3	100%

Tabla 318. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL MOTIVO DE MUERTE PRINCIPAL BOGOTA 2008

MOTIVO DE MUERTE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
CHOQUE SEPTICO	2	66,6
SIN DATO	1	33,3
TOTAL	3	100,00%

Tabla 319. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMEINTO EN EL SITIO INICIAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2008

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	2	66,6
NO	0	0
SIN DATO	1	33,3
Total	3	100,00%

Tabla 320. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMEINTO EN EL SITIO INICIAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2008

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	1	33,3
NO APLICA *	2	66,6
Total	3	100%

*NO APLICA: NO SE REMITIERON

Tabla 321. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION VALORANDO SI EL TRATAMEINTO EN EL SITIO FINAL FUE OPORTUNO BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
I	1	33,3
II	0	0
III	2	66,6
IV	0	0
Total	3	100%

Tabla 322. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION INICIAL BOGOTA 2008

NIVEL DE ATENCION FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
II	0	0
III	3	100

IV	0	0
Total	3	100%

Tabla 323. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION FINAL BOGOTA 2008

CORRELACION DX TRATAMIENTO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	0	0
SI	3	100
Total	3	100 %

Tabla 324. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIEMPO DE REMISION BOGOTA 2008

TIEMPO DE REMISION	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
1-3 HORAS	0	0
7-12 HORAS	1	33,3
NO APLICA *	2	66,6
SIN DATO	0	0
Total	3	100%

*NO APLICA: NO REMISION

Tabla 325. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN CORRELACION DIAGNOSTICO – TRATAMIENTO SITIO FINAL BOGOTA 2008

	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO APLICA *	2	66,6
SI	1	33,3
Total	3	100%

*NO APLICA: NO REMISION

Tabla 326. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL DIAGNOSTICO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2008

DIAGNOSTICO SITIO INICIAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ABORTO	1	33,3
MIOMETRITIS	1	33,3
ENDOMETRITIS	1	33,3

OTRO	0	0
Total	3	100%

Tabla 327. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL DIAGNOSTICO EN EL SITIO INICIAL BOGOTA 2008

DIAGNOSTICO SITIO FINAL	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
ABORTO	0	0
SHOK SEPTICO	1	33,3
NO APLICA *	2	66,6
Total	3	100%

*NO APLICA: NO REMISION

Tabla 328. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN EL TIPO DE DEMORAS QUE SE PRESENTAN EN LA ATENCION BOGOTA 2008

DEMORAS	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NINGUNA	0	0
TODAS	3	100
Total	3	100%

Tabla 329. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI ESTUVIERON O NO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BOGOTA 2008

ESTANCIA EN UCI	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	3	100%

Tabla 330. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI LA MUERTE ES EVITABLE O NO BOGOTA 2008

EVITABLE	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
SI	2	66,6
NO	1	33,3
Total	3	100 %

Tabla 331. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI REQUIRIO O NO HISTERECTOMIA BOGOTA 2008

OTRA INTERVENCION HISTERECTOMIA	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	1	33,3
SI	2	66,6
Total	3	100%

Tabla 332. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES MATERNAS POR INFECCION SEGÚN SI REQUIRIO O NO LEGRADO BOGOTA 2008

OTRA INTERVENCION LEGRADO	NUMERO DE MUERTES	FRECUENCIA
NO	2	66,6
SI	1	33,3
Total	3	100%

14. ANALISIS DE RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

14.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2006

14.1.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 2006

Se presentaron 11 casos de mortalidad por esta causa.

- El grupo de edad con mayor porcentaje de muertes fue de 20 a 24 años con 36%, le siguen en orden 15- 19 años y 40 a 44 años cada una con 18%. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años se presentaron 2 muertes por esta causa en el 2006 en Bogotá.
- Las maternas que cursaban con su primera gestación murieron en un 63% le siguen las secundigestantes con 27%.
- La edad gestacional mas frecuente en la que murieron las pacientes con ésta patología fue entre 25 y 32 semanas con un 54,5%. El segundo lugar lo ocuparon los embarazos con 33-36 semanas con 18% y a término con 18% también.
- Las pacientes que tuvieron control prenatal fueron el 100%. De estas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre y murieron por trastornos hipertensivos del embarazo un 63%. Le siguen aquellas que empezaron control en el segundo trimestre con un porcentaje de 36%. Por lo tanto las medidas que se toman en estas pacientes durante los controles no han sido lo suficientemente efectivas para evitar la muerte.
- El 18.2% de los casos tuvieron antecedente de hipertensión detectado en el control prenatal y de estas, todas fueron enviadas a especialista por tal antecedente.
- En el nivel de atención inicial las paciente fueron vistas con igual frecuencia en el primer, tercer y cuarto nivel en un 27% y en el segundo nivel con 18%.

- Donde se presentaron más muertes maternas fue en el tercer nivel con un 45%, en el cuarto nivel 36%, y en el segundo nivel 18%. Ninguna murió en primer nivel.
- El análisis de las demoras muestra en igual porcentaje la presencia de ninguna y todas las demoras en un 27%.
- El momento en el que ocurre la muerte es durante el puerperio en un 91% de los casos y durante éste, es en el periodo mayor a ocho días donde se agrupan la mayor cantidad de muertes con un 27%.
- El principal motivo de muerte fue la disfunción neurológica con un 27%, le sigue la disfunción cardiovascular y hematológica 18%, y con igual porcentaje falla respiratoria, disfunción renal y el síndrome de disfunción orgánica múltiple.
- La eclampsia es la principal desencadenante de muerte en relación con los trastornos hipertensivos con un 45%. El síndrome HELLP es el segundo en frecuencia con un 36%. Considerados como estadios finales del espectro de la enfermedad, lo que hace cuestionar si hay una demora en el manejo, o si se deberían plantear tratamientos mas agresivos para disminuir las muertes.
- En un 9.1% no se encontró correlación entre el diagnostico y el tratamiento en el sitio inicial.
- En un 9.1% no hubo una correlación diagnóstica con el tratamiento en el sitio de atención final.
- El 100% de las pacientes estuvieron en UCI, y un 18% requirieron histerectomía.

14.1.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA HEMORRAGIAS 2006

Se presentaron 4 casos de mortalidad por esta causa.

- No hubo diferencias en el rango de edad por muerte por hemorragia, con igual porcentaje se encuentran entre 20-24, 25-29, 30-34 y 35 -39 años, cada uno con 25%.
- El 75% de las muertes se presento en embarazos a término. Un 25% fue debido choque hipovolémico por embarazo ectópico roto.

- El nivel de atención inicial en estas paciente fue segundo nivel en un 50%, primero y cuarto nivel con n 25%.
- El tipo de parto mas involucrado con la hemorragia fue el vaginal con un 50%, la cesarea fue un 25%.
- En cuanto a las demoras, no hubo alguna asociada en la mitad de los casos. Le sigue la tercera demora con un 50%.
- Un 75% de las pacientes permaneció en UCI, un 75% requirió histerectomía, un 25% empaquetamiento y legrado en un 75%.
- En un 100% se evidenció un tratamiento oportuno en el sitio inicial; el tratamiento en el sitio final fue adecuado en la única paciente que se remitió.
- Mas del 50% de las pacientes no fueron remitidas a nivel superior ya que consultaron a un nivel de complejidad mayor (II- IV) y de las maternas remitidas el tiempo de remisión más frecuente fue de 3 a 5 horas (25%).
- Hay que resaltar que el parto (vaginal o cesárea) fue atendido en un 75% por especialista y un 25% por medico general quien atendió la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico roto, quien fallece en el primer nivel de atención al que ingresa por urgencia.
- Al analizar el momento en que ocurre la muerte hay que tener en cuenta que un 25% se presenta en las primeras 24 horas del puerperio y un 50% más allá de 8 días del mismo.

14.1.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA INFECCIONES 2006

Se presentaron 5 casos de mortalidad por esta causa.

- Se aclara que para la clasificación por causa de muerte materna, el estudio solo contemplo la causa desencadenante de la muerte y no sus patologías asociadas.
- Para el análisis, se considera la *Infección* solo como Infección gineco-obstétrica. No se incluye en este análisis infecciones de otros sitios como neumonía, meningitis, etc, las cuales se agruparon en * otras causas de mortalidad*.
- Con respecto a la edad se presenta mayor entre 30-40 años tenemos 3 casos y dos en menores de 30 años

- Con respecto a la edad gestacional que tenía al ingreso de la hospitalización se puede concluir que en el 60% de las muertes por esta patología se debió a abortos (menor de 20 semanas), un 20% en partos inmaduros y 20% en gestaciones a término.
- Las pacientes quienes presentaron infección como causa de muerte tuvieron parto vaginal en un 20 % de los casos, cesarea en la gestación a término 20% y otras evacuaciones vaginales como legrados, en el 60% de los casos.
- Todas las muertes por infección se presentaron en el puerperio: un 20% en puerperio entre 5 a 7 días, 60% postaborto y 20 % en puerperio menor de 5 horas.
- La mayoría de las muertes maternas por infección gineco-obstétrica, se da en los primeros 10 días después de la consulta inicial. Del 1 al 5to día se presenta el 80 % de las muertes y un 20% restante se presenta del 5 al 10 día.
- Si se analiza el tiempo de evolución de los síntomas antes de la primera consulta se encuentra que todas consultan antes de 5 días de síntomas, un 40 % consulta en las primeras 24 horas y un 20 % a los dos días.
- Lo anterior se relaciona con los tipos de demoras asociados con a muerte, en los que se encuentra que la primera demora se encuentra en el 60% de los casos, ninguna en un 20% y todas en un 40%. La tercera demora se encontró en un 20% de los casos.
- Las muertes maternas por infección se dieron secundarias a cho que séptico en un 40%, con que mixto en 20% y disfunción orgánica múltiple en 40%.
- El 40 % de las mujeres que murieron por infección consultaron inicialmente en un primer y segundo nivel y un 60% consultó a tercer nivel. Es decir se asume que el 80% de las fallecidas fueron valoradas inicialmente por especialista. El 100% e las pacientes infectadas que consultaron a nivel I requirieron remisión a un nivel de mayor complejidad.
- Después de la consulta en el sitio inicial, un 20% de las pacientes que murieron por esta causa no recibieron un tratamiento oportuno en este sitio y un 80% si lo recibieron.
- La remisión a un nivel de mayor complejidad se dio en una sola paciente con un adecuado tiempo de remisión.

- El 80% de las pacientes estuvieron en UCI reflejando la agresividad de la enfermedad, 80% de las pacientes requirieron histerectomía, 60% legrado.
- El 100% de las muertes fueron evitables.

14.2. ANALISIS DE RESULTADOS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS (TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS, HEMORRAGIA, SEPSIS) 2007

14.2.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 2007

Se presentaron 13 casos de mortalidad por esta causa.

- El grupo de edad con mayor porcentaje de muertes fue de 20 a 24 años con 38%, le siguen en orden 13- 39 años. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años se presentaron 2 muertes por esta causa en el 2007 en Bogotá.
- Las maternas que cursaban con su primera gestación murieron en un 46% le siguen con tres gestaciones en un 30.7%
- La edad gestacional mas frecuente en la que murieron las pacientes con ésta patología fue entre 25 y 32 semanas con un 30.7%. El segundo lugar lo ocuparon los embarazos con 33-36 semanas con 30.7% y a término con 15.3%.
- Las pacientes que tuvieron control prenatal fueron el 100%. De estas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre y murieron por trastornos hipertensivos del embarazo un 53.8%. Le siguen aquellas que empezaron control en el segundo trimestre con un porcentaje de 15.3%. Por lo tanto las medidas que se toman en estas pacientes durante los controles no han sido lo suficientemente efectivas para evitar la muerte.
- El 7.6% de los casos tuvieron antecedente de hipertensión detectado en el control prenatal y de estas, todas fueron enviadas a especialista por tal antecedente.
- En el nivel de atención inicial las paciente fueron vistas con mayor frecuencia en el segundo nivel con 46.1%%.

- Donde se presentaron más muertes maternas fue en el tercer nivel con un 46.1%, en el cuarto nivel 23%, y en el segundo nivel 15.3%. Ninguna murió en primer nivel.
- El análisis de las demoras muestra en igual porcentaje la presencia de ninguna y todas las demoras en un 27%.
- El momento en el que ocurre la muerte es durante el puerperio en un 84.7% de los casos y durante éste, es en el periodo mayor a dos días donde se agrupan la mayor cantidad de muertes con un 66%.
- El principal motivo de muerte fue la disfunción neurológica con un 38.4%, le sigue el síndrome de disfunción orgánica múltiple con el 30.7%. Y por último la disfunción cardiovascular
- La eclampsia y la preeclampsia son las principales desencadenantes de muerte en relación con los trastornos hipertensivos con un 46%. El síndrome HELLP es el segundo en frecuencia con un 15.3%. Considerados como estadios finales del espectro de la enfermedad, lo que hace cuestionar si hay una demora en el manejo, o si se deberían plantear tratamientos más agresivos para disminuir las muertes.
- En un 92% se encontró correlación entre el diagnóstico y el tratamiento en el sitio inicial.
- En un 76% hubo una correlación diagnóstica con el tratamiento en el sitio de atención final.
- El 92.4% de las pacientes estuvieron en UCI

14.2.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA HEMORRAGIAS 2007

Se presentaron 9 casos de mortalidad por esta causa.

- El mayor porcentaje se encuentran entre 35 -39 años con un 44.4%, le siguen en frecuencia con un 22% entre 20 – 24 y 40 – 44.
- El 77.7% de las muertes se presentó en el tercer trimestre. Un 11% fue debido a choque hipovolémico por embarazo ectópico roto.
- El nivel de atención inicial en estas pacientes fue tercer nivel en un 44.4%, le sigue segundo nivel con un 33.3%

- El tipo de parto mas involucrado con la hemorragia fue la cesarea con un 66.6%, el parto vaginal fue un 22.2%.
- En cuanto a las demoras, no hubo alguna asociada en la mitad de los casos. Le sigue la tercera demora con un 50%.
- Un 77.7% de las pacientes permaneció en UCI, un 88.8% requirió histerectomía, un 22% empaquetamiento.
- En un 100% se evidenció un tratamiento oportuno en el sitio inicial; el tratamiento en el sitio final fue adecuado en un 55.5% desconociendo un 44.5% del cual no de tienen datos
- El 100% de las pacientes fueron atendidas en niveles superiores al II. De las maternas remitidas el tiempo de remisión más frecuente fue de 1 - 6 horas (22.2%). No obteniéndose datos de la mayoría de las pacientes.
- Hay que resaltar que el parto (vaginal o cesárea) fue atendido en un 88.8% por especialista y un 1 paciente de la cual no se tiene información.
- Al analizar el momento en que ocurre la muerte hay que tener en cuenta que un 55.5% se presenta en las primeras 24 horas del puerperio y un 22% más allá de 8 días del mismo.

14.2.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA INFECCIONES 2007

Se presentaron 7 casos de mortalidad por esta causa.

- Se aclara que para la clasificación por causa de muerte materna, el estudio solo contemplo la causa desencadenante de la muerte y no sus patologías asociadas.
- Para el análisis, se considera la *Infección* solo como Infección gineco-obstétrica. No se incluye en este análisis infecciones de otros sitios como neumonía, meningitis, etc, las cuales se agruparon en * otras causas de mortalidad*.
- Con respecto a la edad se presenta mayor entre 25 - 29 años con un 28.5%
- Con respecto a la edad gestacional que tenía al ingreso de la hospitalización se puede concluir que en el 72% de las muertes se presentaron el tercer trimestre de la gestación.

- Las pacientes quienes presentaron infección como causa de muerte tuvieron parto vaginal en un 14.2 % de los casos, cesárea en la gestación a término 71.4%
- Las muertes por infección se presentaron en el puerperio: un 57% en puerperio mayor a 8 días.
- La mayoría de las muertes maternas por infección gineco-obstétrica, se da después de 6 días de la consulta inicial.
- Si se analiza el tiempo de evolución de los síntomas antes de la primera consulta se encuentra que 57% consultan antes de 5 días de síntomas
- Lo anterior se relaciona con los tipos de demoras asociados con la muerte, en los que se encuentra que todas las demoras se encuentra en el 42.8% de los casos, ninguna en un 0% y tercera en 28.5%.
- Las muertes maternas por infección se dieron secundarias a choque séptico en un 14.2 % desconociéndose el motivo de muerte de las demás
- El 71 % de las mujeres que murieron por infección consultaron inicialmente en un tercer nivel y un 14% consultó a segundo nivel. Es decir se asume que el 85% de las fallecidas fueron valoradas inicialmente por especialista. No se atendió ninguna paciente inicialmente en el nivel I.
- Después de la consulta en el sitio inicial, un 28% de las pacientes que murieron por esta causa no recibieron un tratamiento oportuno en este sitio y un 72% si lo recibieron.
- El 100% de las pacientes estuvieron en UCI reflejando la agresividad de la enfermedad, 100% de las pacientes requirieron histerectomía.
- El 57% de las muertes fueron evitables.

14.3. ANÁLISIS PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE IDENTIFICADAS 2008

14.3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 2008

Se presentaron 4 casos de mortalidad por esta causa.

- El grupo de edad con mayor porcentaje de muertes fue de 25 a 29 años con 50%, le siguen en orden 20- 24 años y 40 a 44 años cada una con 25%. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años no se presentó ningún caso de mortalidad por esta causa en el 2008 en Bogotá.
- Se presentó igualdad en las maternas que cursaban la primera, segunda, tercera y séptima gestación, murieron en un porcentaje de 25% cada una. Lo cual no muestra una diferencia muy marcada entre paridad y trastornos hipertensivos del embarazo como causa de muerte.
- La edad gestacional más frecuente en la que murieron las pacientes con esta patología fue > 37 semanas con un 50%. Las gestaciones 25-32 y 33-36 ocuparon el segundo lugar con un porcentaje de 25% cada una.
- Las pacientes que tuvieron control prenatal fueron 100%. De estas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre y murieron por trastornos hipertensivos del embarazo un 75%. Le siguen aquellas que empezaron control en el segundo trimestre con un porcentaje de 25%. Por lo tanto las medidas que se toman en estas pacientes durante los controles no han sido lo suficientemente efectivas para evitar la muerte.
- Un 25% de los casos tenía antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo y fue remitida a especialista.
- El nivel de atención más frecuente donde se atendieron estas pacientes fue el tercer nivel con un porcentaje de 50%, le siguen nivel I y IV con un 25% cada uno.
- Donde se presentaron más muertes maternas fue en el tercer y cuarto nivel ambos con un 50%. Ninguna murió en primer nivel.
- Las demoras que más impacto tienen en la mortalidad por esta patología son todas con un 75%. Le sigue la primera demora con un 25%.
- El momento en el que ocurre la muerte es durante el puerperio en un 100% de los casos y durante éste, es en el periodo mayor a 2 días donde se agrupan la mayor cantidad de muertes con un 50%.
- El motivo de muerte se presentó en igual porcentaje en disfunción orgánica múltiple, embolia de líquido amniótico y choque hipovolémico con un 25%.
- La eclampsia es la principal desencadenante de muerte en relación con los trastornos hipertensivos con un 75%. El síndrome HELLP es el segundo en frecuencia con un 25%. Considerados como estadios finales del espectro de la enfermedad, lo que hace cuestionar si hay una demora en el manejo,

o si se deberían plantear tratamientos más agresivos para disminuir las muertes.

- En un 100% se encontró correlación entre el diagnóstico y el tratamiento en el sitio inicial.
- En un 75% hubo una correlación diagnóstica con el tratamiento en el sitio de atención final, el otro 25% no fue remitido.
- El 75% de las pacientes estuvieron en UCI, un 25% requirieron histerectomía.

14.3.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA HEMORRAGIAS 2008

Se presentaron 5 casos de mortalidad por esta causa.

- Se presentó igualdad de porcentaje en el rango de edad de las muertes por hemorragia con un 20% en las edades entre 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años, 35-39 años y 40-44 años.
- El 60% de las muertes se presentó en embarazos a término. De las cuales ninguna tenía antecedente de hemorragia. Un 20% fue debido a ectópico.
- El nivel de atención inicial en estas pacientes fue primer nivel en un 80%, seguido de segundo nivel en un 20%.
- Las muertes por hemorragia se presentaron en un 40% durante los primeros 2 días de puerperio.
- El tipo de parto más involucrado con la hemorragia fue la cesárea con un 60%, el parto vaginal fue en un 20%.
- En cuanto a las demoras, no hubo alguna asociada en el mayor porcentaje constituyendo un 40%. Le siguen en igualdad de porcentaje la segunda, la segunda y la tercera y todas en un 20% cada una.
- En 80% de las pacientes requirió UCI, un 60% requirió histerectomía, un 40% otra reintervención.
- En un 80% se evidenció un tratamiento oportuno en el sitio inicial, mientras que en un 20% el tratamiento no fue oportuno.
- El tratamiento en el sitio final fue oportuno en el 60% de los casos, el 40% no fue remitido.

- El 60% de las pacientes fueron remitidas a nivel superior, y de las maternas remitidas hubo igualdad en porcentaje para el tiempo de remisión, menor de 1 hora, de 1 a 3 horas y de 4-6 horas en 20% cada una.
- Hay que resaltar que el parto (vaginal o cesárea) fue atendido en un 60% por especialista. En un 100% la complicación es atendida por el especialista.

14.3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA INFECCIONES 2008

Se presentaron 3 casos de mortalidad por esta causa.

- Con respecto a la edad se presentó igualdad para las mujeres de 17-19 y 27 años con un 33,3% cada una.
- Con respecto a la edad gestacional que tenía al ingreso de la hospitalización se puede concluir que en el 66,6% de las muertes por esta patología se debió a gestación > de 37 semanas y un 33,3% a abortos.
- Las pacientes quienes presentaron infección como causa de muerte tuvieron parto vaginal en un 66,6 % de los casos y otras evacuaciones vaginales como legrados en el 33,3% de los casos. No se encontró ninguna paciente complicada con infección cuya vía del parto haya sido la cesárea en este estudio cuya causa única de muerte fuera desencadenada por infección.
- Todas las muertes por infección se presentaron en el puerperio: un 66,6% en puerperio mayor de 8 días y 33,3% postaborto.
- Se evidenció falla en las tres demoras en el 100% de las pacientes que presentaron infección como causa de muerte.
- Las muertes maternas por infección se dieron secundarias a Choque séptico en un 66,6%.
- El 66,6 % de las mujeres que murieron por infección consultaron inicialmente en un tercer nivel y un 33,3 % consultó a primer nivel.
- El 100% de las pacientes infectadas que consultaron a nivel I requirieron remisión a un nivel de mayor complejidad.
- Después de la consulta en el sitio inicial un 66,6% de las pacientes que murieron por esta causa recibieron un tratamiento oportuno.

- La remisión a un nivel de mayor complejidad se dio en un tiempo de 7-12 horas en un 33,3%.
- Todas las pacientes estuvieron en UCI reflejando la agresividad de la enfermedad, el 66,6% de las pacientes requirieron histerectomía y 33,3% legado.
- El 66,6% de las muertes fueron evitables y el 33,3% fueron inevitable

15. CONCLUSIONES

Después de realizar este trabajo y de analizar sus resultados se pueden extraer algunas conclusiones que podrían ser usadas en pro de una disminución de la mortalidad materna en Bogotá y posiblemente en Colombia, sin embargo por ser este un estudio observacional, retrospectivo, establece tan solo una posible asociación pero no llena todos los criterios de causalidad. Es susceptible al sesgo de recuerdo. Se intenta establecer la prevalencia o la tendencia en ciertas condiciones sobre la mortalidad materna en Bogotá y podría ser usado como una herramienta más en la toma de decisiones en políticas de salud y en proyectos de optimización de la educación médica.

Según el estudio realizado con muertes maternas en Bogotá durante los años 2006, 2007 y 2008 las pacientes que más se mueren son las gestantes mayores (mayor de 35 años), con parejas estables y pertenecientes al régimen contributivo.

El cubrimiento de control prenatal de las maternas que murieron en Bogotá fue de mayor al 75% en los tres años, que esta por debajo del promedio en Colombia que es del 88% (encuesta Nacional de profamilia) y muy inferior con respecto al cubrimiento de control prenatal en Bogotá que esta entre el 90 al 96%. Comparando esto, se encuentra que las pacientes que mueren tienen menos controles que las embarazadas en Bogotá, en general.

A diferencia del 2005, en este estudio la remisión a especialista al detectar algún problema en el control prenatal ha aumentado en un 50%.

Llama la atención que en el 2006 y 2007 la demora más frecuente fue la tercera, lo que hace cuestionarse ampliamente la calidad de la atención médica, y en un gran porcentaje se encuentran falencia en toda la prestación del servicio de salud.

Las causas de muerte evitables son la mayoría y es un punto principal dentro de la atención en salud para modificar.

En el 2006 y 2007 sigue siendo la causa más frecuente de mortalidad los trastorno hipertensivos asociados al embarazo, el problema más grande durante el análisis de los datos del 2008 fue la falta de información en las historias clínicas más diligenciadas que se encuentran en la Secretaria de Salud

En el 2006 la segunda causa de mortalidad fueron los procesos infecciosos relacionados con el embarazo, aún presentándose pacientes jóvenes con abortos tempranos que se complican con patologías que se encuentran en menor proporción en países desarrollados.

En el 2008 la principal causa de mortalidad fueron las complicaciones hemorrágicas, requiriendo múltiples intervenciones y altos costos para el sistema de salud, con la gravedad de las muchas maniobras ya bien documentadas para prevenir la hemorragia postparto.

16. RECOMENDACIONES

La atención materna debe ser realizada como mínimo en un segundo nivel de complejidad.

Se debe mejorar el acceso a la red de salud debido a que esto constituye una de las principales demoras evidenciadas en los casos de mortalidad y asegurar para las pacientes una red de apoyo ante cualquier eventualidad.

Se debe mejorar la calidad en cuanto al trámite de las remisiones ya que el lapso de tiempo entre el momento en que se decide la remisión y su ejecución no es oportuna y el pronóstico de las pacientes se deteriora con cada minuto perdido.

Facilitar todos los canales para que las pacientes puedan ser atendidas oportunamente, para el diagnóstico adecuado y el inicio de su tratamiento.

Se debe asegurar un control postparto y postaborto antes de los 8 días.

Asegurar que la paciente entienda los signos de alarma y recomendaciones en control prenatal y en el postparto o postaborto.

Todas las gestantes deben ser valoradas durante el control prenatal en el primer trimestre para evaluar riesgo y durante el tercer para estudio de patologías.

Evaluar si las conductas contemplativas en el manejo de la hemorragia postparto pueden aumentar la muerte por esta causa al no realizar un tratamiento oportuno.

Se debe realizar una retroalimentación con el personal de salud involucrado en una muerte materna y tomar las conductas necesarias para el manejo de las deficiencias, análisis de historias clínicas.

Se debe incentivar la actualización mediante educación continuada a todo el personal de salud.

Se debe constatar el conocimiento de las guías de manejo de pacientes obstétricas por parte del personal que maneja esta clase de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Dirección seccional de salud de Antioquia. Protocolo de vigilancia epidemiológica. 1996, pag 259-264.
2. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.
3. Boada, Claudia Lucia, Cotez B. Miryam, Plan de Choque para la mortalidad materna, Ministerio de Protección Social, 2004.
4. Ana Salazar Aristizábal, Enf., MSP1, Martha Lucía Vásquez Truissi., Enf., Mag. Epidemiol. Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios? Vol. 27 N° 3-4, 1996 Colombia Médica
5. Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión, organización mundial de la salud, Ginebra 1992
6. Maternal mortality: The measurement challenge Definitions and measures of maternal mortality OMS, 2000(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/challenge.html)
7. Vivien Davis Su, New and underused technologies to reduce maternal mortality, Lancet 2004, pag:75-76
8. Ministerio de la Protección Social, INS, OPS, Situación de Salud en Colombia: Indicadores Básicos 2003.
9. Sivigila, Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995 – 2000: logros, fracasos, compromisos y retos (parte II) semana epidemiológica no. 38, Septiembre 16 al 22 de 2001
10. Sivigila, Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995 – 2000: logros, fracasos, compromisos y retos (parte I) semana epidemiológica no. 37, Septiembre 9 al 15 de 2001.
11. Magda Ruiz Salguero. La mortalidad materna en Colombia, 1998-2001, ¿Cuanto ha mejorado su estimación?, 2004, Versión preliminar.
12. Defunciones maternas por grupos de edad, según departamento de residencia y lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 (basada en la lista 6/66 de OPS). DANE, 2001.

13. Elena Prada Salas, Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual. 2001.
14. Rodríguez D. y Acosta J., Panorama de la mortalidad materna en Colombia. INS, 2002.
15. Elizabeth Ransom, Nancy Yinger, Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Population Reference Bureau. 2001.
16. Informe del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras, Régimen Contributivo, versión preliminar. Ministerio de la Protección Social, 2003.
17. Moreno Altamirano Canovalle. Epidemiología clínica segunda edición. Mc grawGill, 1994.
18. Ardila Enrique, Sánchez Ricardo. Estrategias de investigación en medicina clínica. 2001. Manual moderno.
19. Red de Solidaridad Social - S.U.R. Sistema Unico de Registro. Fecha de corte: Febrero 15 de 2004.
20. SIVIGILA, Informe de Indicadores Demográficos 2005.
21. Mortalidad materna. Estadísticas Vitales . DANE 2004.
22. Mortalidad materna. Estadísticas Vitales . DANE 2005.
23. Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia 2005 (ENDS).
24. Dr. Mario Herrera, Mortalidad materna en el mundo. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(6): 536-543.
25. Cartilla Salud a su hogar Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
26. Carla Abouzhar, Bulletin of the health world organization 2001 79 (6) pag. 561-573 Maternal mortality at the end of the decade, Sign of the progress?
27. Maternal Mortality in 2000 estimates of developed for UNICEF, WHO, UNFPA, WHO 2004
28. Villar J, Carroli G. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. Cochrane library plus en Español Agosto de 2001.

29. ABORTO: La magnitud de este problema a nivel mundial, http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html
30. CERO INDIFERENCIA CON LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2004 - 2008 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
31. Censo del DANE 2005
32. Akalin MZ, Ward VM, Kamara. The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs. Deborah Maine A Center for Population and Family Health, Columbia University. New York; 1997.
33. Avances y desafíos para Colombia en materia de derechos humanos. Intervención de la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos Durante el Día Mundial de la Población Bogotá D.C., 8 de julio de 2004)
34. Salud a su hogar. un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Cartilla de la alcaldía mayor de Bogotá y la secretaria Distrital de salud.
35. Carmen Costa Rivas, Diseminación e implementación de una guía de práctica clínica, Guías Clínicas 2005; 5 Supl 1:7 pag 1 – 5.
36. Deschamps J, Mendez M, Roncancio Y. Mortalidad Materna En Que Momento Intervenir. Trabajo de grado presentado para optar el título de especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2007

ANEXO A

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD

Definición conceptual	Número de años cumplidos
Definición operacional	Medición según fecha de nacimiento en documento de identidad
Indicador	Años
Escala de medición	Cuantitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o Historia clínica.

ESTADO CIVIL

Definición conceptual	Condición de convivencia
Definición operacional	
Indicador	Casado-Soltero- U. libre- Divorciado-Viudo
Escala de medición	Categorica Exhaustiva
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

Definición conceptual	Tipo de afiliación al régimen de salud
Definición operacional	Carné de afiliación u hoja de clasificación socioeconómica
Indicador	Contributivo-Subsidiado- vinculado-particular
Escala de medición	Cualitativa ordinal
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

EDAD GESTACIONAL

Definición conceptual	Número de semanas de gestación determinada por el primer día de la última menstruación o por ecografía.
Definición operacional	Se utilizará gestograma del CLAP
Indicador	Semanas
Escala de medición	Cuantitativa continua
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

FÓRMULA OBSTETRICA

Definición conceptual	Número de gestaciones, número de partos, número de abortos, número de cesáreas, número de ectópicos, número de molas, número de hijos vivos y óbitos.
Definición operacional	Se evaluará lo referido por la paciente y consignado en la historia clínica
Indicador	Números enteros
Escala de medición	Cuantitativa discreta
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

TIPO DE EMBARAZO

Definición conceptual	Número de fetos en gestación en cuestión
Definición operacional	Se evaluará en número de fetos por datos de historia clínica (examen físico e imágenes diagnósticas)
Indicador	Único o múltiple, ectópico, no aplica*
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica
*No aplica	En aborto

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

Definición conceptual	Número de consultas con personal de salud a las que asistió la materna
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	Números enteros
Escala de medición	Cuantitativa discreta
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

CONTROL PRENATAL

Definición conceptual	Asistencia de la materna a algún control prenatal realizado por cualquier personal de la salud
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	Si o No
Escala de medición	Cualitativa dicotómica
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

PERSONA QUE REALIZÓ CONTROL PRENATAL

Definición conceptual	Tipo de personal de salud capacitado en la atención de maternas
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	Médico especialista, Médico general, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Promotor de salud.
Escala de medición	Cuantitativa (se realiza cada persona por separado)
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

REMISION A ESPECIALISTA

Definición conceptual	Se registra si durante el control prenatal la paciente fue remitida a
-----------------------	---

	especialista
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	Si o No
Escala de medición	Cualitativa dicotomica
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

TRIMESTRE EN QUE INICIO CONTROL PRENATAL

Definición conceptual	Se registra en que trimestre inicio control prenatal
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	No control, no dato, primero, segundo, tercero
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

PROBLEMA DETECTADO EN EL CONTROL PRENATAL

Definición conceptual	Se describe que patología fue la detectada en el control prenatal
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	se enumera la patología diagnosticada
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

MANEJADO EL PROBLEMA DETECTADO EN EL CONTROL PRENATAL

Definición conceptual	Se describe si el problema detectado fue manejado
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	No, no aplica*, no dato , si
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

* No Aplica	No fue detectado problema en el control prenatal
-------------	--

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Definición conceptual	Enfermedades sobreagregadas actuales o previas no relacionadas con el embarazo
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia
Indicador	Se colocan las patologías mas frecuentes (hipertensión arterial, diabetes, y otras en las que se coloca la patología)
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clinica

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Definición conceptual	Enfermedades sobreagregadas actuales o previas relacionadas con el embarazo
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	CIE 10, se tienen en cuenta antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia, distocias, parto pretermino, cirugía pélvica)
Escala de medición	cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

TIPO DE PARTO

Definición conceptual	Nacimiento por vía vaginal instrumentado o no
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	Cesárea, parto instrumentado, parto vaginal, sin dato y no aplica*

Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica
*No aplica	Es aborto, ectopico o mola o murió in útero

TIPO DE CESÁREA

Definición conceptual	Tipo de programación quirúrgica
Definición operacional	Datos obtenidos en historia clínica
Indicador	Urgencia o electiva, sin dato, no aplica*
Escala de medición	Cualitativa dicotómica
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica
*No aplica	No fue parto por cesárea

CONDICION DEL RECIEN NACIDO

Definición conceptual	Condición de el recién nacido al momento del nacimiento
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	Vivo, muerto y no aplica*
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica
*No aplica	Es aborto, ectopico o mola

OTRA INTERVENCIÓN

Definición conceptual	Procedimiento quirúrgico no especificado
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	Se tuvieron en cuenta los procedimientos mas frecuentes realizados en este tipo de pacientes (salpinguectomía, legrado, empaquetamiento, histerectomía abdominal, reintervención, transfusión de hemoderivados)

Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

REQUIRIO UCI

Definición conceptual	Paciente estuvo en UCI
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	Si o no
Escala de medición	Cualitativa dicotomica
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA

Definición conceptual	Tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta que consulta.
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Horas(menor de 6 horas, 7- 12 horas, 13-24 horas, 2días, 3 días, 4 días, 5 días, 5-9 días.)
Escala de medición	Cuantitativa continua
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

MOMENTO EN QUE INGRESA AL HOSPITAL INICIAL

Definición conceptual	Momento en el cual ingresa la paciente al servicio de urgencias al sitio inicial
Definición operacional	Datos de historia clínica
Indicador	Sin trabajo de parto, trabajo de parto fase latente, trabajo de parto fase activa, trabajo de parto expulsivo, alumbramiento, postaborto, puerperio 0- 5 días, puerperio 6-10 días, puerperio 11-20 días, sin dato
Escala de medición	Cualitativa

Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas.
--------	---

TRIMESTRE EN QUE OCURRE LA MUERTE

Definición conceptual	Se registra el trimestre en que ingreso a la institución inicial y que termina en la muerte.
Definición operacional	Datos obtenidos en Historia Clínica
Indicador	No control, no dato, primero, segundo, tercero
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO INICIAL HASTA LA MUERTE

Definición conceptual	Tiempo que transcurre desde que ingresa hasta que muere en el sitio inicial
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Horas (menor de 1hora, 2horas, 3 horas, 4 horas, 5 horas, 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 1- 5 días, 6- 10 días y mayor a 10 días, no dato.
Escala de medición	Cuantitativa continúa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

TIEMPO DESDE EL INGRESO AL SITIO FINAL HASTA LA MUERTE

Definición conceptual	Tiempo que transcurre desde que ingresa hasta que muere en el sitio final
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Horas (menor de 1hora, 2horas, 3 horas, 4 horas, 5 horas, 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 1- 5 días, 6- 10 días y mayor a 10 días, sin dato, no

	aplica*)
Escala de medición	Cuantitativa continúa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica
* No aplica	No hay remisión y el sitio inicial es igual al final

MOMENTO EN QUE OCURRE LA MUERTE

Definición conceptual	Momento en que ocurre la muerte
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Horas (menor de 1 hora, 2 horas, 3 horas, 4 horas, 5 horas, 6 horas, 7-12 horas, 13-24 horas, 2 días, 3 - 7 días y mayor a 8 días, sin dato,
Escala de medición	Cualitativa

SITIO DONDE OCURRIO LA MUERTE

Definición conceptual	Sitio donde ocurrió la muerte
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Se deja espacio para colocar en que sitio ocurre (casa, hospital, calle)
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO

Definición conceptual	Persona que acompaña a la materna durante el nacimiento y alumbramiento
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Médico especialista, Médico general, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Promotor de salud, persona ajena al personal de salud.
Escala de medición	Cualitativa

Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica
--------	--

PERSONA QUE LA COMPLICACION

Definición conceptual	Persona atiende la complicación de la materna
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Médico especialista, Médico general, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Promotor de salud, persona ajena al personal de salud.
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

NIVEL DE ATENCIÓN INICIAL

Definición conceptual	Nivel de complejidad hospitalario al que asiste la materna en primera instancia
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Centro de salud, hospital nivel I, II y III, IV.
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

NIVEL DE ATENCION FINAL

Definición conceptual	Nivel de complejidad hospitalario al que asiste la materna en primera instancia
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Centro de salud, hospital nivel I, II y III, IV.
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o

	historias clínicas
--	--------------------

TIEMPO DE REMISION

Definición conceptual	Tiempo transcurrido desde la solicitud de la remisión hasta que la paciente ingresa al sitio de referencia.
Definición operacional	Hoja de remisión e historia clínica
Indicador	Horas se distribuye así: menor de 1 hora, 1- 3 horas, 4- 6 horas, 7 – 12 horas, 14- 24 horas, mayor de 24 horas, no aplica *, sin dato.
Escala de medición	Cuantitativa continua
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas
* No aplica	No se remitió

DIAGNOSTICO SITIO INICIAL

Definición conceptual	Diagnostico principal que se le coloca en el sitio de ingreso
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	CIE 10 (aborto, eclampsia, ectopico, HELLP, infección, mola, parto obstruido, embarazo normal, preeclampsia, gastritis, Hipertensión arterial crónica, síndrome convulsivo, paro cardiorrespiratorio, neumonía, otro)
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

OTRO DIAGNOSTICO SITIO INICIAL

Definición conceptual	Otro diagnostico que se le coloca en el sitio de ingreso
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	CIE 10

Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

DIAGNOSTICO SITIO FINAL

Definición conceptual	Diagnostico principal que se le coloca en el sitio donde muere
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	No, no aplica*, si , sin dato
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas
* No aplica	La paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es el mismo del sitio final ya que es el mismo.

OTRO DIAGNOSTICO SITIO FINAL

Definición conceptual	Otro diagnostico que se le coloca en el sitio donde muere la paciente
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	CIE 10 se coloca el otro diagnostico
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

CORRELACION DIAGNOSTICO INICIAL – DIAGNOSTICO FINAL

Definición conceptual	Si se presenta correlación en el Diagnostico principal entre el diagnostico sitio inicial y sitio final
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	No, si, sin dato, no aplica*
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas
*No aplica	Paciente no fue remitida y el

	diagnóstico del sitio inicial es el mismo que el diagnóstico del sitio final.
--	---

CORRELACION DIAGNOSTICO- TRATAMIENTO SITIO INICIAL

Definición conceptual	Si hay concordancia del tratamiento con el diagnóstico en sitio de ingreso inicial.
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	No, si, sin dato
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

CORRELACION DIAGNOSTICO- TRATAMIENTO SITIO FINAL

Definición conceptual	Si hay concordancia del tratamiento con el diagnóstico en sitio de ingreso final.
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	No, si, sin dato, no aplica*
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas
*No aplica	Paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es el mismo que el diagnóstico del sitio final.

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO INICIAL

Definición conceptual	Oportunidad en el tratamiento en el sitio de ingreso final
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	No, si, sin dato
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

TRATAMIENTO OPORTUNO EN SITIO FINAL

Definición conceptual	Oportunidad en el tratamiento en el sitio final
Definición operacional	Datos obtenidos de historia clínica
Indicador	No, si, sin dato, no aplica*
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas
*No aplica	Paciente no fue remitida y el diagnóstico del sitio inicial es el mismo que el diagnóstico del sitio final.

MOTIVO DE MUERTE

Definición conceptual	Disfunción del órgano o los órganos que la conducen a la muerte.
Definición operacional	Datos de la Historia clínica
Indicador	Diagnósticos de CIE 10 (disfunción cardiovascular, respiratoria, renal, hematológica, hepática, neurológica, choque hipovolemico, séptico, síndrome de disfunción orgánica múltiple, coagulación intravascular diseminada)
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

OTRO MOTIVO DE MUERTE

Definición conceptual	Otra disfunción del órgano o los órganos que la conducen a la muerte.
Definición operacional	Datos de la Historia clínica
Indicador	Diagnósticos de CIE 10 (disfunción cardiovascular, respiratoria, renal, hematológica, hepática, neurológica, choque hipovolemico, séptico, síndrome de disfunción orgánica múltiple, coagulación intravascular

	diseminada)
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historia clínica

CAUSA DE MUERTE

Definición conceptual	DIRECTA O INDIRECTA
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Directa o indirecta
Escala de medición	Cualitativa dicotómica
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

DEMORAS

Definición conceptual	Demoras en la atención medica
Definición operacional	Basada en la clasificación de Deborah Meigh
Indicador	Primera, Segunda, Tercera, Ninguna, Todas, Primera y segunda, Primera y tercera, Segunda y tercera)
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

EVITABLE

Definición conceptual	Según la definición de muerte evitable
Definición operacional	Datos de la historia clínica
Indicador	Si o No
Escala de medición	Cualitativa dicotómica
Fuente	Ficha de Mortalidad de SDS Bogotá o historias clínicas

