

Mortalidad materna

1. Generalidades

1.1 Descripción del evento

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Entre 90% a 95% de las muertes maternas son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de las tecnologías existentes. La muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, si se tiene en cuenta que se encuentra no sólo en edad reproductiva sino que, además, está en edad productiva y que en nuestra sociedad la mujer aporta en la educación de los hijos, labora e incluso es cabeza de familia.

La iniciativa de la maternidad segura es una estrategia que tuvo origen en la reunión convocada por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud –OMS– y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas –FNUAP– en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, en la que se plantearon diferentes estrategias tendientes a buscar las mejores condiciones para la mujer gestante y la prevención de los riesgos inherentes a los procesos de gestación, parto y puerperio.

En 1990, la XXIII Conferencia sanitaria panamericana, reconociendo la importancia de la mortalidad materna, aprobó una resolución de apoyo al Plan de acción regional de América latina y el Caribe para la reducción de la mortalidad materna.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá –SDS– se vinculó a esta estrategia impulsando en la red adscrita el sistema informático perinatal CLAP-OPS, con el propósito de estimular la captación temprana de la gestante, llevar un control prenatal adecuado, clasificar el riesgo obstétrico y promover un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente. Igualmente, la Secretaría monitorea el cumplimiento en la gestión de las aseguradoras mediante la evaluación de indicadores de salud materno-perinatal.

1.2 Causas de mortalidad materna

- ◆ *Causas obstétricas directas*: son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de éstos.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, se agrupan de la siguiente manera:

- O00-O08, embarazo terminado en aborto.
 - O10-O16, edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio.
 - O20-O29, otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.
 - O30-O48, atención materna relacionada con el feto y con los posibles problemas del parto.
 - O60-O75, complicaciones del trabajo de parto y del parto.
 - O80-O84, parto.
 - O85-O92, complicaciones principalmente relacionados con el puerperio.
 - O97, muerte por secuela de causas obstétricas directas que ocurre un año o más después del parto.
- ◆ *Causas obstétricas indirectas*: son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste provocan la muerte al ser agravadas por el efecto fisiológico del embarazo.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, se agrupan de la siguiente manera:

- O98, enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.
 - O99, otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.
- ◆ *Causas no obstétricas*: son las que sin estar relacionadas con el acto médico llegan a determinar si una mujer vive o muere en el embarazo o por complicaciones del parto o puerperio.

Se comprenden dentro de éstas los problemas de tipo logístico, déficit de transporte, falta de combustible, deficiencias de equipos, medicamentos y derivados sanguíneos, deficiencia de personal capacitado, descuido, negligencia; incluye también los aspectos sociales relacionados, tales como nivel educativo, mala nutrición, situación económica, y los aspectos culturales que ponen en riesgo a la gestante.

- ◆ *Causas accidentales e incidentales*: son causas fortuitas en su naturaleza que se presentan durante la gestación, parto o puerperio, y que la maternidad no es la causa básica, condicionante o determinante de la muerte; incluyen el homicidio y el suicidio.

2. Caracterización epidemiológica

La Organización Mundial de la Salud –OMS– estima que aproximadamente 585 mil mujeres mueren en el mundo por complicaciones del embarazo y el parto. De estas muertes, 99% ocurre en los países en desarrollo. En América latina, la razón de mortalidad materna promedio es de 270 por 100 mil nacidos vivos.

En América latina y El Caribe el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida es equivalente a 1/79; en Colombia es de 1/289, lo que quiere decir que por cada 289 mujeres en gestación una tiene riesgo de morir.

La principal causa de mortalidad materna en el mundo son las hemorragias (24%), seguidas de las causas indirectas (20%), las infecciones (15%), el aborto en condiciones de riesgo (13%), la eclampsia (12%), el parto obstruido (8%) y otras causas (8%).

En Colombia, el subregistro estimado de las muertes maternas estimado es de 63%, calculado con base en dos componentes: por el subregistro general de las defunciones en mujeres de 15 a 49 años y por la mala codificación debido a la ausencia del antecedente obstétrico en los certificados de defunción en éste grupo etáreo. Para Bogotá el componente por mala codificación se ha calculado en 1.141 y por subregistro general de las defunciones en 1.0526, que conduce a ajustar las defunciones y las razones en 1.2011, resultante de la combinación de ambos factores.

En Bogotá, en los últimos diez años la mortalidad materna descendió de 152.55 en 1990 a 68 por 100 mil nacidos vivos en 1999; el principal componente de la mortalidad materna en el mismo año fueron los trastornos hipertensivos (40%), seguidos de las causas indirectas (16%), las complicaciones del trabajo de parto y parto (13%), otras causas (7%), las hemorragias, el aborto, las complicaciones relacionadas con el puerperio y las infecciones, cada una responsable de 6% de las muertes.

3. Definiciones de caso

3.1 Muerte materna

Es la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los siguientes 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su localización anatomofisiológica, relacionada o agravada por el proceso de embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención. (CIE-10, O00-O94).

3.2 Muerte materna tardía

Es la defunción de una mujer entre los 42 días y los 365 días después de la terminación de la gestación. (CIE-10, O96).

3.3 Muerte materna relacionada con la gestación

Es aquella que ocurre durante o hasta los 42 días de terminado la gestación por causa no especificada. (CIE O95).

4. Fuentes de información

Son fuentes potenciales de información las siguientes:

- ◆ Registros institucionales: registro de egreso hospitalario, epicrisis, certificados de defunción, incluyendo el certificado perinatal, registro de partos y nacimientos, registro de egresos hospitalarios, historia clínica materno perinatal del CLAP o la que internamente utilice la institución.
- ◆ Notarías, iglesias, cementerios, comunidad, investigaciones epidemiológicas de campo, autopsias verbales y servicios hospitalarios.

5. Intervenciones

El análisis de toda muerte materna, así como las recomendaciones y seguimiento tiene, por lo menos, dos instancias:

5.1 Institucional

- ◆ A partir de la captación de la muerte materna, notificación inmediata e individual al coordinador de vigilancia epidemiológica institucional y de allí al área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud mediante el sistema alerta acción –SAA–.
- ◆ Designación de un grupo de trabajo en cada institución prestadora de servicios de salud –IPS– con participación del grupo local de vigilancia de la salud pública, para el análisis de casos en los primeros treinta días de ocurrido el evento.
- ◆ Análisis del evento de acuerdo con la metodología abajo propuesta, la cual se resume en:
 - Investigación de las causas probables de la muerte, indagando acerca de las causas médicas y no médicas, evaluando los riesgos existentes y la calidad, oportunidad y pertinencia de las intervenciones realizadas.
 - Clasificación de las causas en evitables y no evitables.
 - Elaboración de un plan de mejoramiento institucional y local de acuerdo con la situación encontrada.
- ◆ Presentación y discusión con los comités de vigilancia epidemiológica –Cove– institucionales y locales, de los riesgos y problemas encontrados para proponer acciones conjuntas de mejoramiento.

5.2 Colectiva

- ◆ Búsqueda de información comunitaria para complementar la información institucional existente; si la atención se realizó extra institucionalmente debe realizarse autopsia verbal.
- ◆ Discusión y análisis de los casos en el comité de vigilancia epidemiológica comunitario –Covecom–.
- ◆ Plan de intervención local para la disminución de la mortalidad materna, con participación comunitaria.

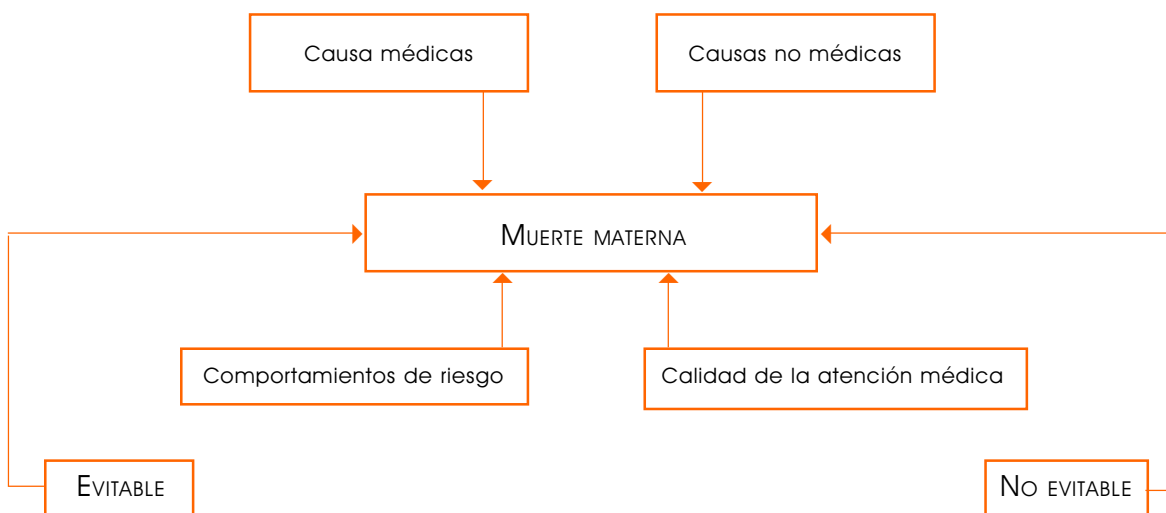
6. Análisis de la mortalidad materna

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, la evaluación de las muertes representa un elemento fundamental para medir el impacto de un daño sobre la salud de la colectividad. El análisis sistemático de las muertes por causas evitables posibilita determinar con amplitud y precisión los factores que incidieron en su ocurrencia, evaluar la efectividad de los servicios de salud y sobre estas bases establecer los correctivos correspondientes.

Para mejorar la sensibilidad de la vigilancia de la mortalidad materna es importante realizar una revisión crítica de todas la muertes de mujeres en edad fértil (10 a 49 años), buscando identificar posibles muertes maternas.

6.1 Metodología para el análisis

El análisis de caso debe realizarse por un grupo interdisciplinario y, preferiblemente, con funcionarios que participaron en la atención y el responsable del programa. El grupo de análisis debe contar con la coordinación de un miembro del grupo local de vigilancia de la salud pública, que recibirá la notificación de las muertes y procederá a reunir el máximo de información posible del caso, a realizar un resumen cronológico de los hechos, identificar las causas médicas, teniendo en cuenta la clasificación en obstétricas directas y obstétricas indirectas descritas en el protocolo, las causas no médicas, los factores de riesgo y la calidad de la atención, analizará la interacción entre ellos y, a partir de esta agrupación, de causas iniciará la cascada de análisis mediante una metodología deductiva con participación de las instituciones que atendieron la madre. El análisis debe realizarse en un período no mayor de 30 días después de ocurrida la muerte.



Existen diferentes metodologías para el análisis de las muertes. Una de ellas es la ¿qué?, ¿por qué? y ¿cómo?, ¿cómo?, propuesta inicialmente por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Esta metodología es participativa, no sólo para el equipo de salud sino también para la comunidad, en el análisis de las muertes maternas. Utiliza un método deductivo en el cual, a partir de un problema se definen causa, efectos y soluciones. Lo anterior conduce a un proceso consecuente de reflexión y comprensión uniforme de los conceptos, facilitando la coherencia y cooperación entre los participantes, tratando de centrar la atención en un problema y permitiendo entender las causas del mismo y su posible intervención.

Se caracteriza por un razonamiento lógico a través de un trabajo en equipo que permite una visualización del trabajo realizado.

◆ *Ventajas*

- Aprovecha los conocimientos.
- Simplicidad en el método.
- Mejora la calidad de planteamiento de problemas.
- Facilita la toma de decisiones y la ejecución del trabajo práctico.
- Permite hacer seguimiento a los acuerdos establecidos.
- Fortalece y mejora el programa de atención a la gestante.

◆ *Principios*

- La cooperación entre los participantes.
- La resolución de un problema desde sus causas.
- Los problemas y sus causas guardan estrecha relación con personas, grupos y organizaciones.
- El diálogo, intercambio de saberes y concertación.

Como punto de partida para el análisis se utiliza el resumen cronológico y la agrupación por causas para la identificación de los por qué y, paralelamente, de los cómo, para mejorarlos de acuerdo con los siguientes procedimientos específicos:

◆ *Fases*

- *Fase 1:* se realiza una breve discusión sobre el problema a evaluar; debe formularse mediante consenso y escribirse en forma clara y concreta.
- *Fase 2:* se identifican las causas que generan el problema, respondiendo a la pregunta por qué se produjo el problema y siguiendo una secuencia lógica hasta agotar los por qué.
- *Fase 3:* el árbol de efectos se elabora de manera similar, respondiendo a la pregunta, qué consecuencias tiene el problema.
- *Fase 4:* retomando el árbol (de por qué) para cada uno se elabora un cómo, lo que constituye el análisis de alternativas o soluciones, las cuales deben enunciarse como expresiones descriptivas y debe incluir además: ¿quién?, ¿cuándo?, ¿dónde debe realizarse la acción? y ¿qué recursos se necesitan?
- *Fase 5:* finalmente, a través de los cómo, se obtiene una imagen objetiva de cómo el problema se transformó en un evento positivo; por tanto, los efectos se transforman en resultados positivos, es decir, se construye un árbol de impacto logrado.

◆ *Plan de mejoramiento*

Una vez identificada la evitabilidad de la muerte y los puntos susceptibles de

mejoramiento desde el sector salud, se recomienda la realización de un plan de mejoramiento con asignación de objetivos, tiempos, responsables y recursos.

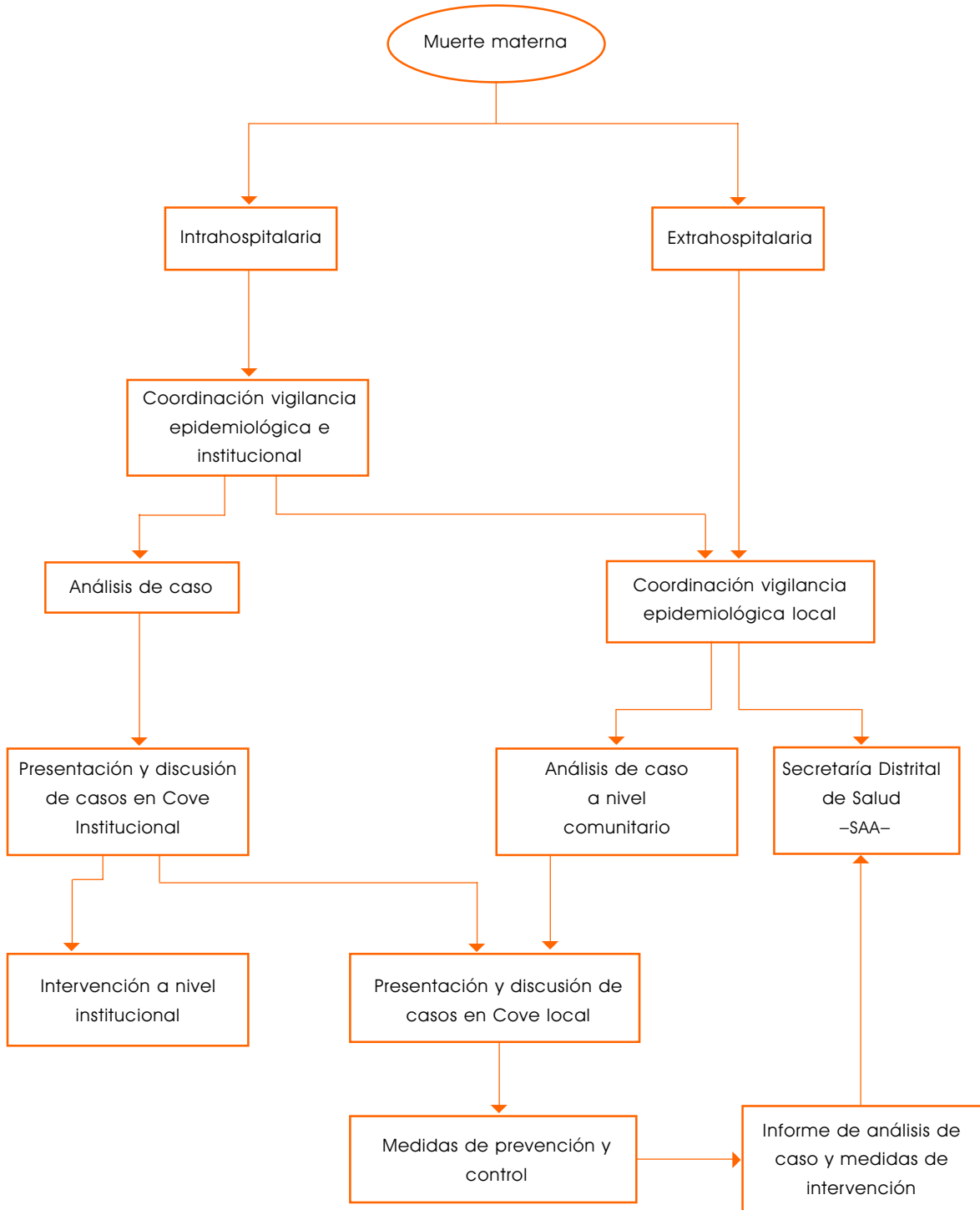
7. Indicadores

- ◆ Tasa de mortalidad materna general, por edad, localidad y causa.
- ◆ Proporción de muertes maternas evitables.
- ◆ Distribución y tasa de las muertes maternas según régimen de afiliación.
- ◆ Distribución de muertes según edad gestacional.
- ◆ AVPP por muertes maternas.
- ◆ Cumplimiento en la realización de la consulta de control prenatal por primera vez.
- ◆ Cumplimiento en la realización de la consulta de control prenatal por primera vez durante el primer trimestre del embarazo.
- ◆ Cumplimiento en la realización de la consulta de control prenatal por médico.
- ◆ Cumplimiento en la realización de la consulta de control prenatal por enfermera.
- ◆ Porcentaje de cobertura prenatal.
- ◆ Proporción de muertes maternas analizadas en los 30 días siguientes a la fecha de notificación.
- ◆ Sensibilidad del sistema de vigilancia de mortalidad materna (sistema alerta acción vs. certificados de defunción).

Bibliografía

1. Secretaria Distrital de Salud. Boletín Epidemiológico Distrital. Volumen 2, ejemplar 4. Febrero de 1997.
2. Dane-Ministerio de Salud. Mortalidad materna en Colombia. 1996. Bogotá.
3. Ministerio de Salud-Subdirección de control de factores de riesgo biológicos y del comportamiento. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en Colombia. Bogotá. 1992
4. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios de la atención ginecobstétrica y pediátrica. Primer nivel. 1996.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estudio de caso mortalidad materna y perinatal. 1990.
6. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Protocolo de vigilancia epidemiológica muerte materna y perinatal. Medellín. 1993.
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Área de vigilancia en salud pública. Sistema alerta acción. 1997.

FLUJOGRAMA PARA DEFINICIÓN DE CASO E INTERVENCIÓN EN MUERTE MATERNA





SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
FICHA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

I. INFORMACION GENERAL					
1. INSTITUCIÓN _____		2. CERTIFICADO DE FUM _____			
3. FECHA DE MUERTE		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DIA MES AÑO</small>	4. HORA DE LA MUERTE _____		
5. RESIDENCIA HABITUAL (para la muerte perinatal, la dirección de la madre)					
1 DEPARTAMENTO _____		2 LOCALIDAD _____			
4 DIRECCIÓN _____					
6. SITIO DE LA MUERTE					
HOSPITAL / CLINICA		1 <input type="checkbox"/>	CENTRO PUESTO DE SALUD		2 <input type="checkbox"/> CA
LUGAR DE TRABAJO		4 <input type="checkbox"/>	VÍA PÚBLICA	5 <input type="checkbox"/>	OTRO
				6 <input type="checkbox"/>	SI
7. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) DEL FALLECIDO (para la muerte perinatal, Hijo de y					
_____		_____		_____	
<small>Primer apellido</small>		<small>Segundo apellido</small>		<small>Primer nombre</small>	
8. DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____					
<small>(de la madre si es muerte perinatal)</small>					
9. RÉGIMEN DE CONTRIBUTIVO					
AFILIACIÓN		1 <input type="checkbox"/>	SUBSIDIADO	2 <input type="checkbox"/>	VINCULADO
		4 <input type="checkbox"/>	OTRO	5 <input type="checkbox"/>	IGNORADO
11. EDAD					
1 EDAD EN HORAS		<input type="text"/>	2 EDAD EN DÍAS	<input type="text"/>	3 EDAD EN AÑOS
12. NIVEL EDUCATIVO					
PRIMARIA COMPLETA		1 <input type="checkbox"/>	PRIMARIA		
SECUNDARIA COMPLETA		3 <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA		
UNIVERSIDAD COMPLETA		5 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIA		
NINGUNO		7 <input type="checkbox"/>	OTRO		
13. ESTADO CIVIL					
SOLTERO		1 <input type="checkbox"/>	CASADO	2 <input type="checkbox"/>	VIUDO
SEPARADO/DIVORCIADO		5 <input type="checkbox"/>	MENOR	6 <input type="checkbox"/>	

II. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Utilizar el modelo internacional del certificado médico de defunción de la OPS/OMS, o tomar el dato del certificado médico de defunción. Para muertes perinatales, informe también las causas maternas directas o indirectas en (c) y (d). **CONSISTENCIA**
 En la parte III escriba las causas obtenidas como conclusión de la autopsia verbal)

Continuación. FICHA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

CAUSAS NO MEDICAS DE MUERTE								
Oportunidad del reconocimiento del problema)	_____							
la toma de decisión y la a	_____							

	Debido a:							

Acceso a la atención médica y la logística de	_____							
referencia	_____							

CAUSAS POR CALIDAD DE LA ATENCIÓN								
Deficiencias en los servicios de salud d)	_____							

3. ATENCIÓN EN SALUD								
14. QUIÉN ATENDIÓ LA ENFERMEDAD QUE CONDUJO A LA MUERTE								
MÉDICO	1	<input type="checkbox"/>						
COMADRONA	4	<input type="checkbox"/>						
ENFERMERA	2	<input type="checkbox"/>						
FAMILIAR	5	<input type="checkbox"/>						
ESTU		<input type="checkbox"/>						
OTRO		<input type="checkbox"/>						
15. LE RECOMENDARON CONTROL								
SÍ	1	<input type="checkbox"/>						
NO	2	<input type="checkbox"/>						
16. CUMPLIÓ CON EL CONTROL								
SÍ	1	<input type="checkbox"/>						
NO	2	<input type="checkbox"/>						
17. RECIBIÓ ATENCIÓN DE SALUD DEL EL EVENTO QUE LO LLEVÓ A LA MU								
SÍ	1	<input type="checkbox"/>						
NO	2	<input type="checkbox"/>						
NO SABE	3	<input type="checkbox"/>						
18. INSTITUCIÓN QUE ATENDIÓ EL EVENTO DE MUERTE _____								
1 FECHA DE REMISIÓN	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MESES</td><td>AÑO</td></tr></table>				DÍA	MESES	AÑO	2 FECHA DEL DIAGNÓSTICO
DÍA	MESES	AÑO						
19. TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO								
DÍAS	1	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>						

Continuación. FICHA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

27. FECHA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MESES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MESES	AÑO																					
DÍA	MESES	AÑO																								
28. DÓNDE OCURRIÓ LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>HOSPITAL I</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL III</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TRÁNSITO</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td>7</td> </tr> </table>	HOSPITAL I	1	HOSPITAL III	3	TRÁNSITO	5	NO SABE	7																
HOSPITAL I	1																									
HOSPITAL III	3																									
TRÁNSITO	5																									
NO SABE	7																									
29. FORMA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>PARTO VAGINAL ATENDIDO</td> <td>1</td> <td>PARTO VAGINAL NO ATENDIDO</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PARTO INSTRUMENTADO</td> <td>4</td> <td>NO SABE</td> <td> </td> </tr> </table>	PARTO VAGINAL ATENDIDO	1	PARTO VAGINAL NO ATENDIDO		PARTO INSTRUMENTADO	4	NO SABE																	
PARTO VAGINAL ATENDIDO	1	PARTO VAGINAL NO ATENDIDO																								
PARTO INSTRUMENTADO	4	NO SABE																								
30. ATENDIÓ LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>MÉDICO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ESTUDIANTE</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FAMILIAR</td> <td>5</td> </tr> </table>	MÉDICO	1	ESTUDIANTE	3	FAMILIAR	5																		
MÉDICO	1																									
ESTUDIANTE	3																									
FAMILIAR	5																									
31. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>AMNIOCENTESIS</td> <td>1</td> <td>INDUCCIÓN DE TP</td> <td>2</td> <td>ECOGRAFÍA</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>TÓCOLISIS</td> <td>5</td> <td>FÓRCEPS</td> <td>6</td> <td>CESÁREA</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>HISTERECTOMÍA</td> <td>9</td> <td>LIGADURA TUBÁRICA</td> <td>10</td> <td>LAPAROTOMÍA</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>COLECISTECTOMÍA</td> <td>13</td> <td>APENDICECTOMÍA</td> <td>14</td> <td>OTRO MAYOR</td> <td> </td> </tr> </table>	AMNIOCENTESIS	1	INDUCCIÓN DE TP	2	ECOGRAFÍA		TÓCOLISIS	5	FÓRCEPS	6	CESÁREA		HISTERECTOMÍA	9	LIGADURA TUBÁRICA	10	LAPAROTOMÍA		COLECISTECTOMÍA	13	APENDICECTOMÍA	14	OTRO MAYOR	
AMNIOCENTESIS	1	INDUCCIÓN DE TP	2	ECOGRAFÍA																						
TÓCOLISIS	5	FÓRCEPS	6	CESÁREA																						
HISTERECTOMÍA	9	LIGADURA TUBÁRICA	10	LAPAROTOMÍA																						
COLECISTECTOMÍA	13	APENDICECTOMÍA	14	OTRO MAYOR																						
32. ANESTESIA DURANTE EL PROCEDIMIENTO		<table border="1"> <tr> <td>LOCAL</td> <td>1</td> <td>REGIONAL</td> <td>2</td> <td>GENERAL</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>COMBINADA</td> <td>4</td> <td>OTRA</td> <td>5</td> <td>NO SABE</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>NO APLICA</td> <td>7</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	LOCAL	1	REGIONAL	2	GENERAL	3	COMBINADA	4	OTRA	5	NO SABE	6	NO APLICA	7										
LOCAL	1	REGIONAL	2	GENERAL	3																					
COMBINADA	4	OTRA	5	NO SABE	6																					
NO APLICA	7																									
33. COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO O TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>HEMORRAGIA</td> <td>1</td> <td>INFECCIÓN</td> <td>2</td> <td>EMBOL</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PREECLAMPSIA</td> <td>4</td> <td>HIPERTENSIÓN</td> <td>5</td> <td>NO SA</td> <td> </td> </tr> </table>	HEMORRAGIA	1	INFECCIÓN	2	EMBOL		PREECLAMPSIA	4	HIPERTENSIÓN	5	NO SA													
HEMORRAGIA	1	INFECCIÓN	2	EMBOL																						
PREECLAMPSIA	4	HIPERTENSIÓN	5	NO SA																						
34. COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO O TERMINACIÓN DEL EMBARAZO		<table border="1"> <tr> <td>HEMORRAGIA</td> <td>1</td> <td>INFECCIÓN</td> <td>2</td> <td>EMBOL</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PREECLAMPSIA</td> <td>4</td> <td>COMPL DE HIPERTE</td> <td>5</td> <td>NO SA</td> <td> </td> </tr> </table>	HEMORRAGIA	1	INFECCIÓN	2	EMBOL		PREECLAMPSIA	4	COMPL DE HIPERTE	5	NO SA													
HEMORRAGIA	1	INFECCIÓN	2	EMBOL																						
PREECLAMPSIA	4	COMPL DE HIPERTE	5	NO SA																						
35. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA		<table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>1</td> </tr> </table>	SÍ	1																						
SÍ	1																									
36. COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO		<table border="1"> <tr> <td>FIEBRE</td> <td>1</td> <td>MECONIO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ABRUPTIO PLACENTA</td> <td>4</td> <td>PLACENTA PREV</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TRABAJO DE PARTO DETENIDO</td> <td>7</td> <td>T PARTO RÁPIDO</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL</td> <td>10</td> <td>MALA PRESENTACIÓN</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>COMPLICACIONES POR ANESTESIA</td> <td>13</td> <td>DISTRES FET.</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>16</td> <td>NO SABE</td> <td>15</td> </tr> </table>	FIEBRE	1	MECONIO	2	ABRUPTIO PLACENTA	4	PLACENTA PREV	5	TRABAJO DE PARTO DETENIDO	7	T PARTO RÁPIDO	8	TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	10	MALA PRESENTACIÓN	11	COMPLICACIONES POR ANESTESIA	13	DISTRES FET.	14	NINGUNA	16	NO SABE	15
FIEBRE	1	MECONIO	2																							
ABRUPTIO PLACENTA	4	PLACENTA PREV	5																							
TRABAJO DE PARTO DETENIDO	7	T PARTO RÁPIDO	8																							
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	10	MALA PRESENTACIÓN	11																							
COMPLICACIONES POR ANESTESIA	13	DISTRES FET.	14																							
NINGUNA	16	NO SABE	15																							

Continuación. FICHA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

45. RIESGOS PARA EL FETO
 Los riesgos más importantes márkuelos con una X en la columna 1, riesgos secundarios

	1	2	3	
ENFERMEDAD CARDIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD I
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES GENI
OLIGOHIDRAMINIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINOP
HIPERTENSIÓN CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIC
ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INCOMPETENCI
SINDROME DE HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN PEQUEÑO F
ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SENSIBILIZA
SANGRADO UTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXANTEMA DU
RN ANTERIOR CON PESO >4000 GR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESNUTRICIÓ
RN ANTERIOR CON PESO < 2500 GR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GESTANTE RE
NO SABE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NINGUNA
				NO APLICA

46. PATOLOGIAS DETECTADAS EN EL FETO O RECIÉN NACIDO

	1	2	3	
ANENCEFALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESPINA BIFI
HIDROCEFALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRAS ANOMAL
MALFORMACIÓN CARDIACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRAS ANOMAL
ATRESIA/ESTERN RECTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIST. TRAQU
OMFALOCELE-GASTROQUISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRAS MALFO
MALFORMACIÓN GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AGENESIA REI
OTRAS MALFO. UROGENITALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A-POLI-SIN-E
PIE DEFORME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERNIA DIAGR
OTRAS MALF. MUSCULOESQUELE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SINDROME DE
OTRAS ANOM. CROMOSÓMICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NINGUNA
NO SABE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO APLICA

47. ÚLTIMA CAUSA DE CONSULTA _____

V. OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS

Escriba aquí todas las observaciones que crea necesario para complementar la investigación
