



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**SESA**  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

# GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

***Panorama Epidemiológico de  
Morbilidad Materna Extremadamente Grave  
y Mortalidad Materna***

**2020**



## Contenido

Contenido .....	1
Introducción .....	2
Antecedentes .....	3
<b>MORBILIDAD</b> .....	4
Situación estatal .....	4
<b>MORTALIDAD</b> .....	15
Situación estatal .....	17
Conclusión.....	21
Bibliografía .....	22
Directorio .....	23

## Introducción

Los cambios en la fisiología de la mujer gestante ante un agente lesivo integran un proceso continuo que parte del embarazo normal y se desplaza hacia eventos de morbilidad cada vez más graves, que de no intervenir oportunamente pueden llevar hasta a la muerte. El conocer las circunstancias que llevan a este evento, permite identificar factores que se relacionan con aspecto clínicos, sociales, comunitarios y de la salud pública; por ello es necesario implementar estrategias efectivas que permitan la disminución de las muertes por estas causas.

Los eventos de Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG) con base a un mayor número de casos, facilitan una cuantificación y análisis más detallado de los factores de riesgo y determinantes, del que se obtiene con un número relativamente pequeño de muertes maternas. Esta situación favorece que instituciones en las cuales ocurre una muerte materna, puedan vigilar la MMEG como un evento centinela para la evaluación de la calidad y el establecimiento de procesos de mejoramiento continuo.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La mayoría de las muertes maternas son evitables y ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fecunda, y el 99% de ellas en países en desarrollo.

## Antecedentes

A nivel mundial, se ha calculado la razón de la mortalidad (RMM) por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Muerte Materna (MMEIG) para el 2018 en 211 defunciones maternas (IC:193 a 243) por cada 100,000 nacidos vivos, lo que representó una reducción de 38% desde el año 2000, cuando se estimó una RMM 342. Así también, la reducción anual promedio, este periodo, fue de 2.9%. En 2017 la proporción total de muertes de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que se deben a causas obstétricas fue de 2.9% (IC: 8.7 a 10.6%) representando una reducción de 26.3% con respecto al año 2000.

Con la información oficial de muertes en México, se tiene que durante el periodo de 2002 a 2018 ocurrieron 17,406 muertes maternas para el cálculo de RMM, éstas excluyen las muertes maternas tardías y por secuelas. Sin embargo, en el transcurso de esos 16 años, se ha observado una reducción de la RMM 39.2% que en promedio representa una reducción de 2.5% anual de la RMM.

Con la última cifra oficial del año 2018, las entidades federativas que registraron una RMM por encima de la nacional fueron: Chiapas, Nayarit, Durango, Yucatán, Chihuahua, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Michoacán y Coahuila.

A partir de 2011 se utiliza, para el denominador, los nacimientos vivos registrados en subsistema de Información sobre Nacimiento (SINAC) ajustados por las Estimaciones de Nacimiento del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

## MORBILIDAD

La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) un sistema centinela que cuenta con 300 unidades de las diferentes instituciones salud en las 32 entidades del país, se realiza a través de la vigilancia activa mediante a la búsqueda intencionada de casos en mujeres embarazadas y puerperas hospitalizadas. Los casos detectados deben ser notificados de manera inmediata (máximo 24 horas) en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Extremadamente Grave (SIVEMMEG) del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

En 2020 se registraron 13,685 casos de MMEG equivalente a una razón de morbilidad materna extremadamente grave (RMMEG) de 2.6 por cada 100 recién nacidos vivos (NV) estimados y una tasa de letalidad de 1.3% en las unidades monitoras.

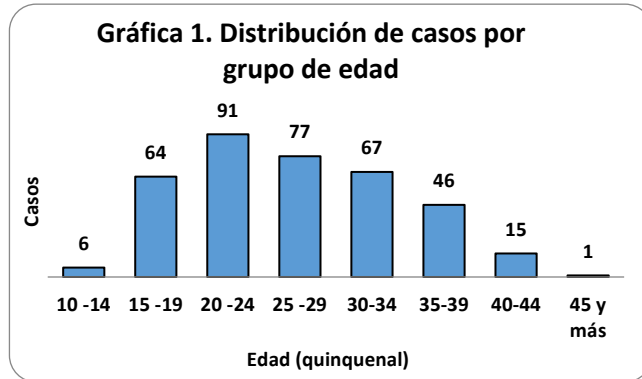
### Situación estatal

En Quintana roo la vigilancia epidemiológica se realiza de acuerdo a la normativa nacional, mediante a 6 unidades monitoras de la Secretaría de Salud (SSA); distribuidas dos en la Jurisdicción Sanitaria No.1, el Hospital General de Chetumal y el Hospital Materno Infantil Morelos; dos en las Jurisdicción Sanitaria No.2, el Hospital General de Cancún y el Hospital General de Playa del Carmen; y dos en la Jurisdicción Sanitaria No.3, el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto y el Hospital Integral de José María Morelos.

En 2020 se registraron 367 casos de MMEG, con una RMMEG de 4.8 por cada 100 NV y una tasa de letalidad de 3.6%; siendo la cuarta entidad con mayor razón de morbilidad superando la media nacional por 2.2 y el segundo lugar con mayor letalidad 2.3 más arriba que la media nacional.

### Datos generales

Está documentado que la falta de educación, alimentación, soporte social y asistencia sanitaria subraya las diferencias sociales y se asocian fuertemente a la morbilidad y mortalidad materna.

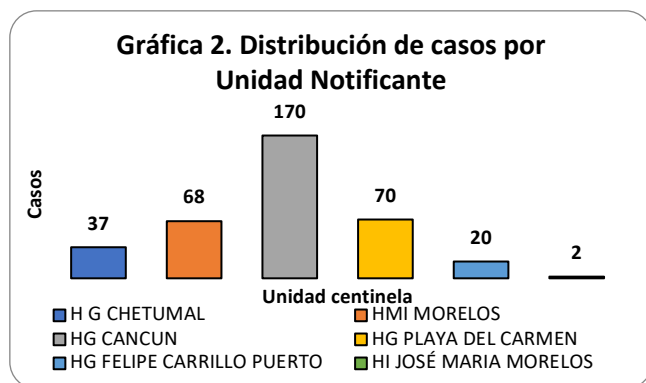


En el 2020 las mujeres con criterios de MMEG, se observó de acuerdo a su estado civil que el 63% de los casos se encontraba en unión libre, el 25% estaban casadas y el 10% eran solteras. Con respecto a su escolaridad se detectó que el 69% de los casos contaba únicamente con estudios de nivel básico, 144

con Secundaria terminada, y 108 con Primaria terminada; el 18% había concluido el nivel medio superior y tan sólo el 4% el nivel superior; es muy importante mencionar que el 8% de los casos refirió no tener estudios académicos y el 2% decidió no especificarlo; además se observó que independientemente de su escolaridad el 91% de los casos desempeñaba funciones de Ama de Casa en el Hogar. De acuerdo al grupo de edad en quinquenios, se observó que el mayor número de casos se presentó en el de 20 a 24 años con 91 (Grafica 1).

### Datos de ingreso

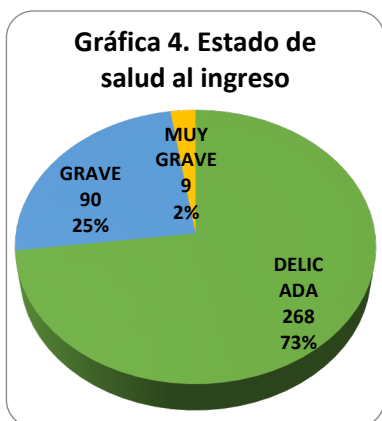
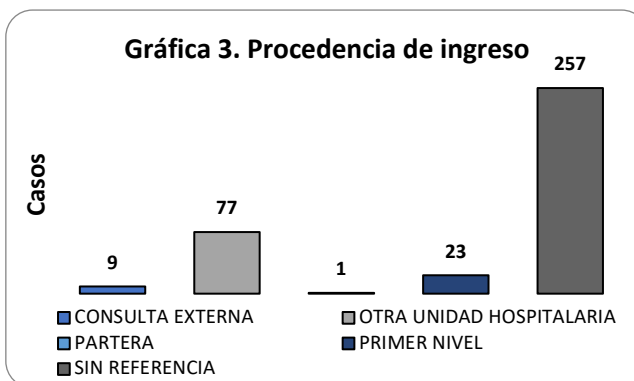
De los casos notificados por las unidades monitoras en 2020, la J.S. No.1 notificó el 19% de los casos, 65% por la J.S. No.2 y 6% por la J.S. No.3; de los cuales el Hospital General de Cancún representa el 46% de todos los casos MMEG del estado con 170 casos notificados, ya que es la unidad monitora con mayor afluencia y notificación de casos (Grafica 2).



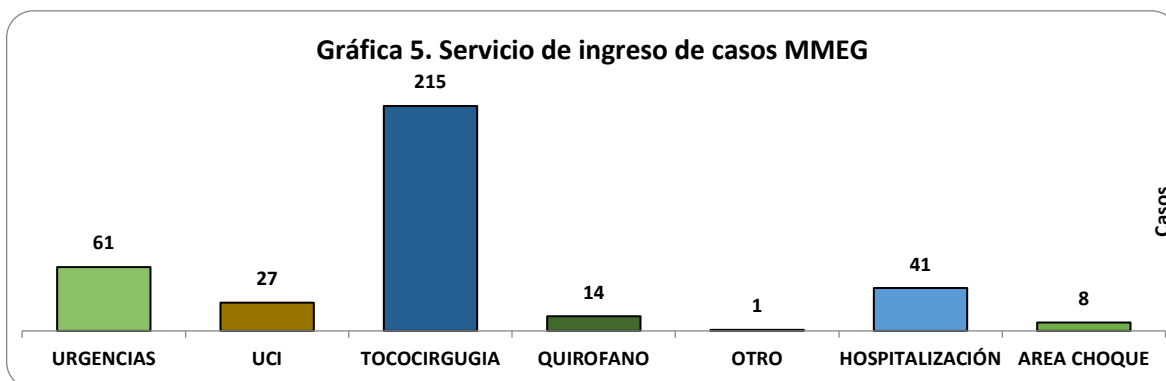
También se observó que el 95% de los casos corresponden a pacientes residentes los diferentes municipios de Quintana Roo, de las cuales 16% de las mujeres son originarias de O.P.B. y 3% de Bacalar, estas de la Zona Sur; 10% de F.C.P. y 4% de J.M.M, estas de la Zona Maya; y 14% de Solidaridad, 44% de B.J., 1% de Lázaro Cárdenas, Isla Mujeres, Cozumel y Tulum, estas de la Zona

Norte. El otro 5% corresponde a pacientes residentes de otros estados del país que recibieron atención médica en alguna de las unidades monitoras del estado.

A su ingreso hospitalario el 70% de las pacientes acude sin referencia de alguna otra unidad hospitalaria para recibir atención médica (Gráfica 3) en algunas de las unidades monitoras; las cuales llegan con estado de salud Delicado en el 73% de los casos, 25% ingresa Grave y 2% se encuentra en un estado Muy Grave (Gráfica 4).



La mayoría de los casos son detectados al momento de su ingreso hospitalario 59% en el servicio de Tococirugía y el 17% en el servicio de Urgencias; sin embargo, el 11% de los casos son detectados durante su estancia en Hospitalización y el 4% en Quirófano durante el procedimiento obstétrico o quirúrgico (Gráfica 5).

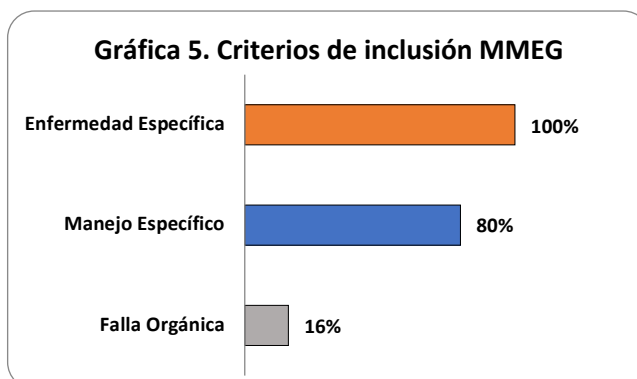


En Morbilidad Materna los diagnósticos de la paciente registrados por los médicos notificantes, se deben ordenar en orden de prioridad comenzando por el más grave, que orienta establecer la causa de morbilidad. En el análisis del SIVEMMEG se observó que es el diagnóstico de Preeclampsia, está registrado como primer diagnóstico en el 52.59% de los casos (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de casos por Diagnóstico de Ingreso			
#	Diagnóstico	Total	%
1	Preeclampsia	193	52.59
2	Eclampsia	34	9.26
3	Hemorragia posparto	23	6.27
4	Embarazo ectópico; Choque hipovolémico	17	4.63
5	Choque hemorrágico	14	3.81
6	Desprendimiento prematuro de placenta; Síndrome de HELLP	6	1.63
7	Hipertensión gestacional	5	1.36
8	Placenta previa	4	1.09
9	Hemorragia anteparto; Probable COVID-19; Trabajo de parto en fase activa	3	0.82
10	Cardiomiopatía; Complicaciones en el embarazo; COVID-19; DM gestacional; Embarazo 3° trimestre; Hemorragia intraparto; Oligohidramnios; SDRA	2	0.54
11	Aborto incompleto; Apendicitis; Choque séptico asociado al embarazo; Colecistitis; Coronavirus; Desgarro de cuello uterino; Dolor abdominal; Embarazo abdominal; Embarazo múltiple; Hipertensión; Hipoglucemia; Infección de herida quirúrgica; IVU; Leucemia linfocítica crónica; Otras formas de choque; Prolapso de cordón umbilical; Puerperio mediato; Quemaduras corporales; Retención de restos placentarios; Ruptura Prematura de membranas; Sepsis puerperal; Sufrimiento fetal; Trabajo de parto prolongado	1	0.27

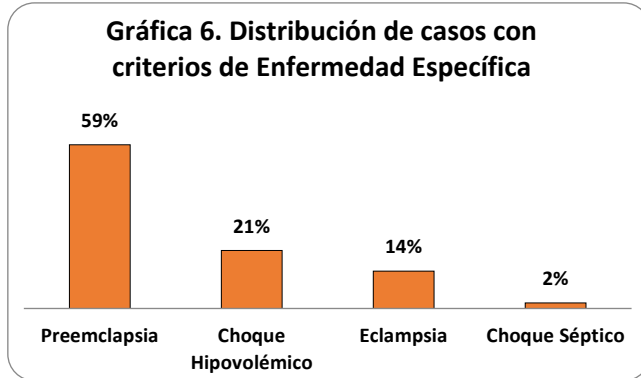
#### Criterios de Inclusión

De acuerdo al Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia de Morbilidad Materna Severa establece que toda mujer durante el embarazo o parto o puerperio que presente uno o más de los siguientes criterios: relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica, relacionados con falla orgánica, y/o relacionados con el manejo instaurado. Los cuales al ser identificados por el médico notificante deberán ser ingresados al sistema de vigilancia de MMEG.

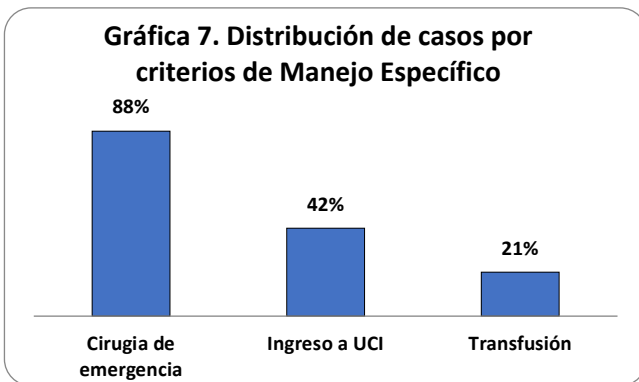




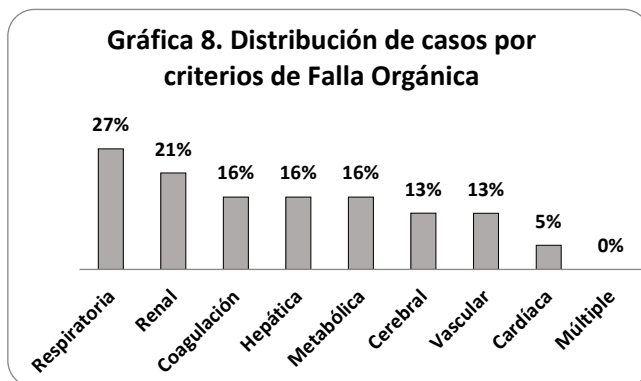
En el análisis del 2020, se observó que el 100% de las mujeres de MMEG presentaron criterios de enfermedad específica (Gráfica 5); desglosando esta información, se detectó que la Preeclampsia ocurrió en el 59% de casos, y en el 21% se presentó datos de Choque hipovolémico (Gráfica 6).



También se detectó que el 80% de los casos requirió de un manejo específico (Gráfica 5), siendo en el 88% de los casos las cirugías de emergencia el tratamiento de primera elección para salvaguardar la salud materna, donde la Cesárea representa el 79% de los procedimientos quirúrgicos utilizados; y en el 42% de los casos indicaron requerir ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Gráfica 7).



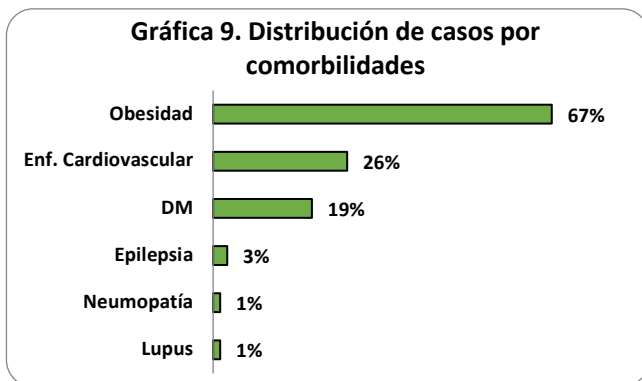
La falla orgánica se registró en el 16% de las pacientes de MMEG (Gráfica 5), siendo la falla respiratoria la que predominó en el 27% de los casos, seguido de la falla renal en el 21% de las pacientes; es importante mencionar que en este año no se registraron pacientes que cursaran falla orgánica múltiple (Gráfica 8).



*Antecedentes personales y obstétricos*

El cambio en el perfil epidemiológico muestra hoy en día una elevada proporción de enfermedades no transmisibles y las enfermedades cardiovasculares son las que provocan el mayor número de defunciones en las mujeres en edad reproductiva,

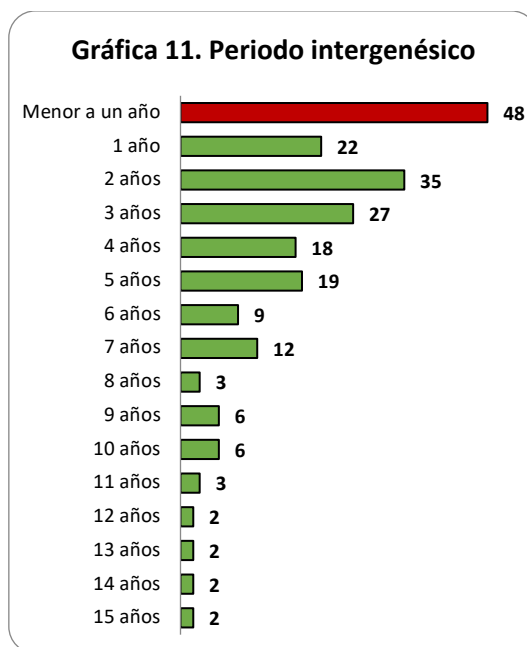
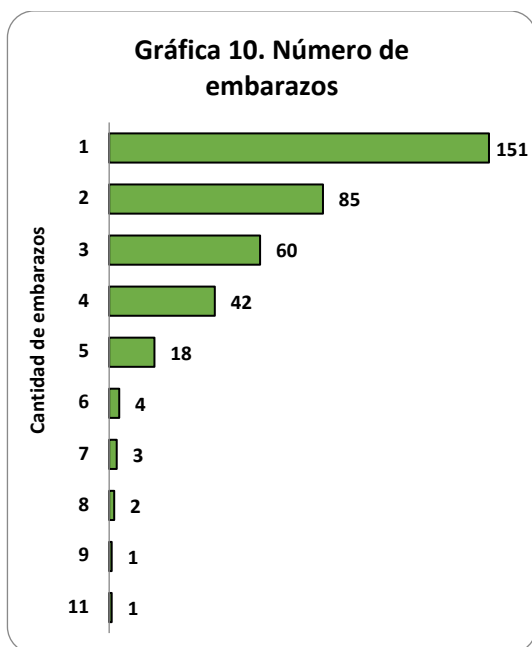
también estos padecimientos juegan un papel importante en las mujeres embarazadas, aumentando la posibilidad de desarrollar un mayor número de complicaciones durante esta etapa.

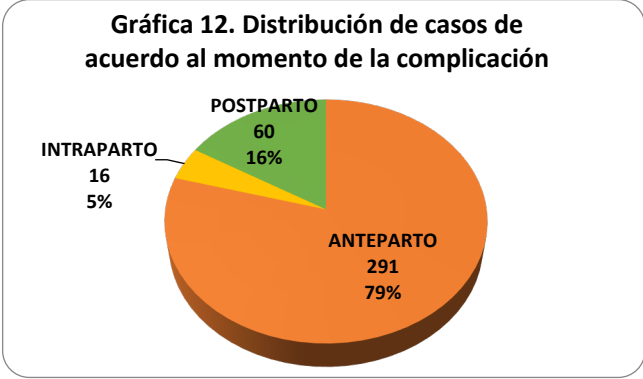


Aunque las pacientes presentan Preeclampsia como criterio de enfermedad específica para su inclusión y es el diagnóstico de ingreso con mayor incidencia registrada; en análisis, se observó que la Obesidad es la comorbilidad más común entre las mujeres gestantes ya que se presenta en el 67% de los casos y los

padecimientos del grupo de las Enfermedad Cardiovasculares son preexistentes sólo en el 26% de las embarazadas (Gráfica 9).

También se observó que en el 41% de las mujeres se encontraban cursando su primer embarazo (Gráfica 10); y de las 216 pacientes multigestas, el 22% refirió haber tenido un evento obstétrico en los 11 meses anteriores a su embarazo actual (Gráfica 11); además, se detectó que el momento en el que se presentan las complicaciones es antes del parto en el 79% de los casos. (Gráfica 12).



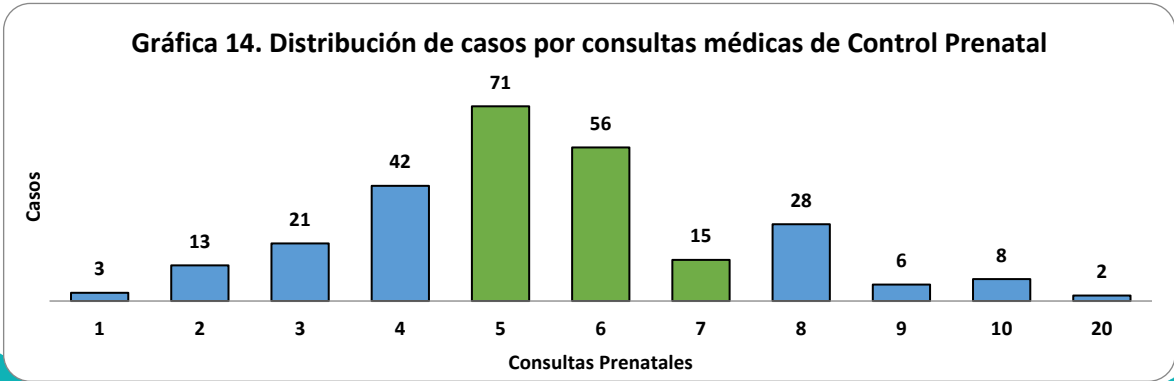


*Datos del embarazo actual*

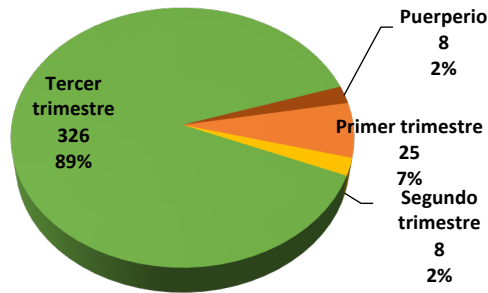
De acuerdo a la GPC del control prenatal centrada en la paciente, estas deben tener entre 5 a 7 consultas médicas durante el embarazo, para favorecer a la detección y tratamiento oportuno de las complicaciones asociadas al embarazo y aumentar la referencia oportuna de la paciente con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación o patologías que así lo ameriten.



En el análisis se detectó que el 72% de las pacientes de MMEG refieren haber acudido a su control prenatal (Gráfica 13); sin embargo, sólo el 54% acudieron a la cantidad de consultas normadas; el 30% refiere haber tenido de 1 a 4 consultas, es decir menos de lo estipulado en norma y el 17% restante refiere haber tenido de 8 a 20 consultas, es decir más consultas de las indicadas en la norma, sugiriendo la posibilidad de sobrecarga de los servicios de salud (Gráfica 14).



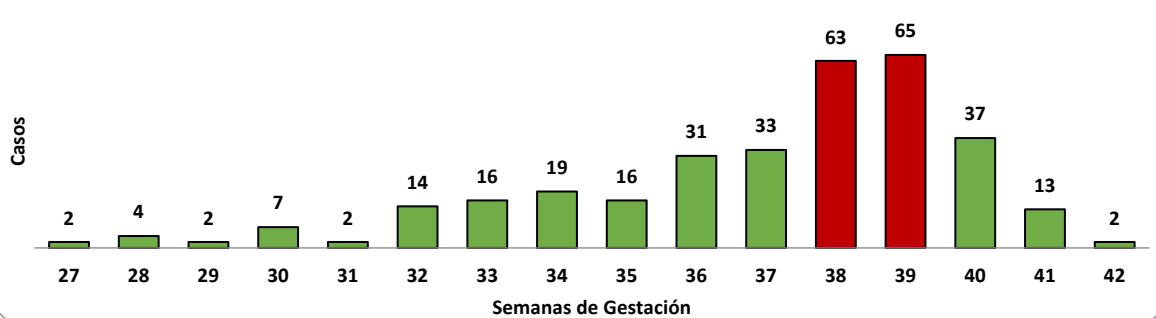
**Gráfica 15. Distribución de casos por periodo gestacional al ingreso**



Se ha observado que las pacientes con criterios MMEG, el 25% se encuentran en el primer trimestre, el 8% cursan el segundo trimestre o el puerperio y el 89% cursan el tercer trimestre del embarazo (Gráfica 15).

Es muy importante evidenciar que la edad gestacional con mayor incidencia de presentar complicaciones maternas ocurre durante la semana 38 y 39 (Gráfica 16), debido a que estas son edades gestacionales maduras ofrecen un buen pronóstico para la salud fetal; sin embargo, para preservar la salud de la madre, es de gran importancia la intervención oportuna y adecuada en la resolución del embarazo.

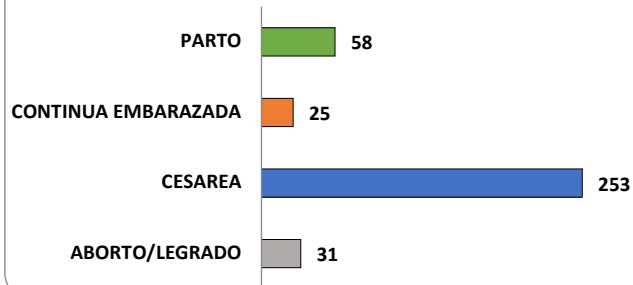
**Gráfica 16. Incidencia de casos en el Tercer Trimestre**



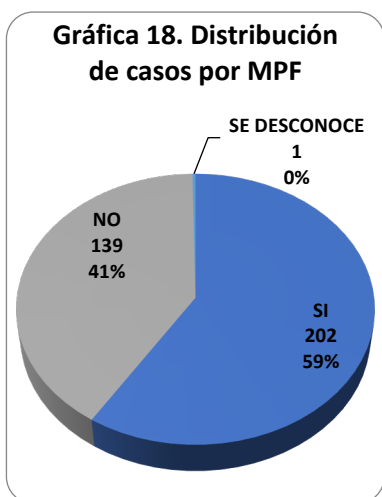
*Datos del egreso*

Posterior a la atención médica, las pacientes egresan de la unidad aún estando embarazadas en el 7% de los casos con el objetivo lograr llevar el proceso de gestación hasta el término o de concluir su embarazo en otra unidad hospitalaria con mejores recursos humanos y materiales que ofrezcan la posibilidad de preservar la salud materno-fetal. El otro 93% de los casos egresa tras haber concluido su embarazo; el cual se lleva a través de diferentes procedimientos, los cuales son

**Gráfica 17. Distribución de casos de acuerdo a la resolución del embarazo**

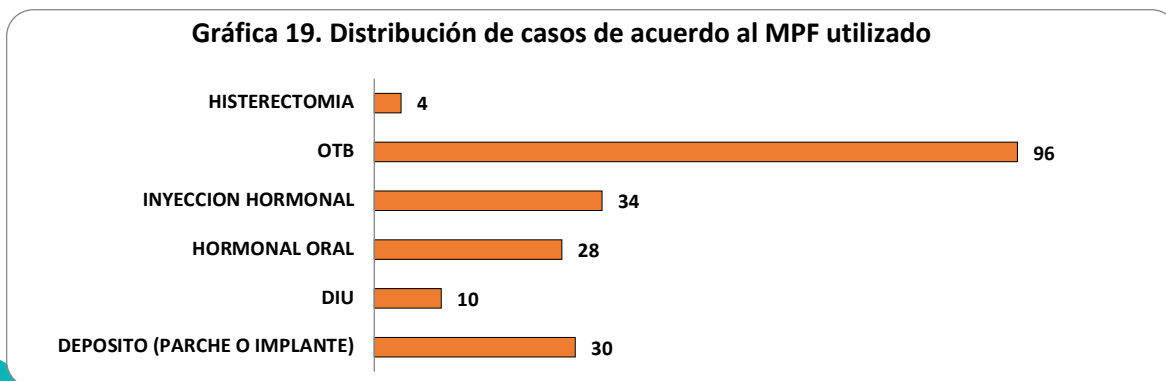


determinados por varios factores de acuerdo a cada caso de MMEG. Se observó que los procedimientos quirúrgicos son la elección principal para la resolución del embarazo; es decir, 74% se concluyó por cesarea y 9% fue mediante a un aborto/legrado, de las cesareas realizadas el 76% se llevo a cabo como cirugia de emergencia; el otro 17% de las pacientes concluyó su embarazo mediante a un parto fisiológico (Gráfica 17).

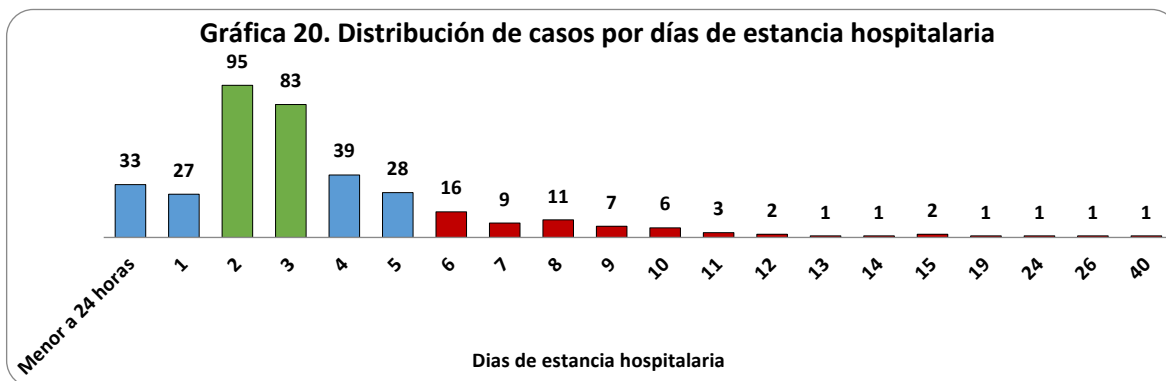


Una vez resuelto el embarazo y estabilizado su estado de salud a todas las pacientes se les ofrece utilizar algún Método de Planificación Familiar (MPF) para el control de la natalidad. Aunque el uso de anticonceptivos ha aumentado en los últimos 30 años, se ha observado que el 41% de los casos NO aceptó utilizar un MPF previo a su egreso hospitalario. Rechazar el uso de anticonceptivos pone en riesgo la salud materna a corto y mediano plazo, ya que en su último embarazo presentó complicaciones y es muy probable que se presenten nuevamente por las secuelas preexistentes o por haber cursado un periodo intergenésico corto (Gráfica 18).

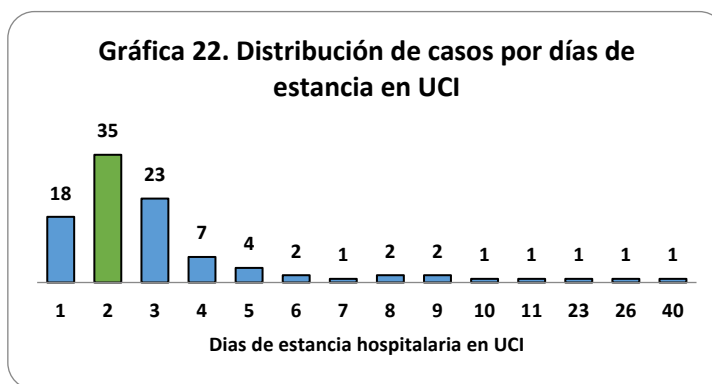
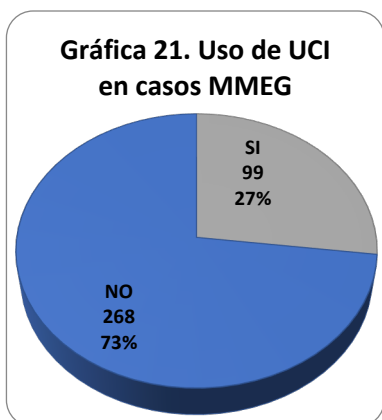
Las mujeres que decidieron SI aceptar un MPF, los métodos definitivos fueron utilizados en un 49% de los casos; de los cuales en el 96% se realizó la Obliteración Tubárica Bilateral (OTB) por decisión de la paciente y en el 4% restante se realizó una Histerectomía fue por decisión médica para preservar la vida. El otro 51% de las pacientes tomaron la decisión de utilizar métodos hormonales para el control temporal de la natalidad; siendo las Inyecciones (mensual y bimestral) las más solicitadas por el 33% de los casos, el 29% pidió utilizar Depósitos (Parche dérmico o Implante subdérmico), otro 27% utilizó las píldoras diarias y el Dispositivo Intrauterino (DIU) fue colocado en el 11% de los casos (Gráfica 19).



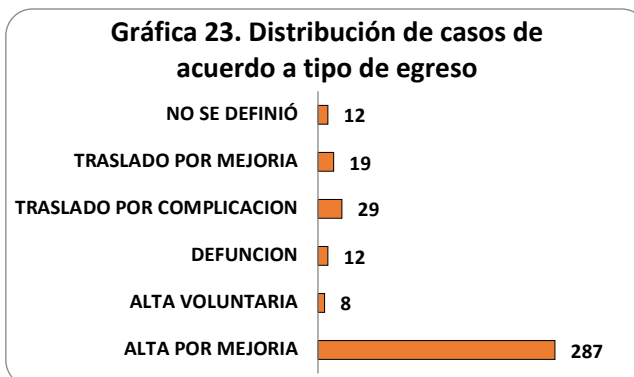
Durante su estancia las pacientes cursan en entre dos a tres días de estancia intrahospitalaria en el 48% de los casos, un 9.8% de los casos cursan menos de 24 horas o cuatro días de hospitalización, y un 7.5% de las mujeres permanece un día o cinco días bajo vigilancia hospitalaria (Gráfica 20).



También se detectó que un 27% de las pacientes que cursaron estancia hospitalaria requirió del manejo especializado en la UCI (Gráfica 21), observándose que la estancia con mayor incidencia fue de dos días en el 35% de los casos (Gráfica 22).



Finalmente, las pacientes son egresadas de las unidades hospitalarias que le brindaron atención médica en diferentes circunstancias; en el 83% de los casos su egreso es por presentar mejoría de su estado de salud, el 8% su egreso es por traslado por complicación, es decir que deben



ser enviadas a otra unidad hospitalaria que les proporcione la atención pertinente de acuerdo a su situación de salud en ese momento, y en el 3% de los casos su egreso sucede por defunción o no se definió el motivo (Gráfica 23).



De acuerdo a las complicaciones que la paciente haya presentado y los procedimientos que haya se hayan realizado para evitar la muerte materna, en el 6% de los casos se presentan discapacidades temporales o permanentes (Gráfica 24). Se observó que la más frecuente es la discapacidad reproductiva ocasionada por Histerectomías realizadas como cirugías de urgencia para preservar la salud materna.

## MORTALIDAD

La reducción de la mortalidad materna es una prioridad dentro de las políticas de salud y de desarrollo social para llevar a cabo un esfuerzo concertado y asegurar el acceso universal tanto a la atención prenatal por personal capacitado como a intervenciones eficaces, especialmente en lo que respecta a la emergencia obstétrica.

En nuestro país se ha trabajado arduamente durante los últimos años para mejorar la Integración de la información sobre mortalidad materna, misma que se conforma de tres procesos principales (Tabla 2):

Tabla 2. Integración de la Información sobre Mortalidad Materna		
PROCESOS	NIVEL ESTATAL Y JURISDICCIONAL EN ÁREA OPERATIVA	NIVEL FEDERALEAL, ÁREA NORMATIVA
Notificación inmediata	Epidemiología.	DGE
Investigación, Documentación y Análisis de los Casos Confirmados	Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, Equipo Jurisdiccional de Salud Reproductiva, Epidemiología y Estadística	CNEGRS
Búsqueda Intencionada y Reclasificación de la MM	Estadística. Salud Reproductiva. Epidemiología	DGS

En 2020 se registraron 934 defunciones notificadas en la DGE equivalente a una razón de mortalidad materna calculada (RMM) de 46.6 por cada 100 mil nacidos estimados, un 37.8% más que en el año anterior.

Uno de los aspectos que es importante mencionar, en el último año del registro oficial, son las causas de muerte materna. Podemos observar, que la proporción en que se están presentando las defunciones obstétricas directas, amerita un análisis con mayor detenimiento y tal vez desglosado por zonas rural y urbana. Para el 2018, se han presentado un total de 710 defunciones de las cuales, 515 (72.5%) fueron clasificadas como obstétricas directas y 194 (27.3%) fueron obstétricas indirectas

Dentro de las obstétricas directas las tres principales causas fueron: Enfermedades Hipertensivas con el 22.4% (159); Hemorragia obstétrica, 15.1% (107) y las Complicaciones del embarazo, parto y puerperio, 15.6% (111).

Entre las causas maternas indirectas, se encuentran principalmente las enfermedades cardiovasculares 6.9% (49), seguida de las neoplasias 6.1% (43) y de las enfermedades infecto-contagiosas 3.8% (27).

Otro aspecto que afecta la información de muertes maternas, se relaciona con el mal llenado de las causas de muerte en el certificado de, ya que en ocasiones se omiten las causas obstétricas que iniciaron la cadena de acontecimientos que

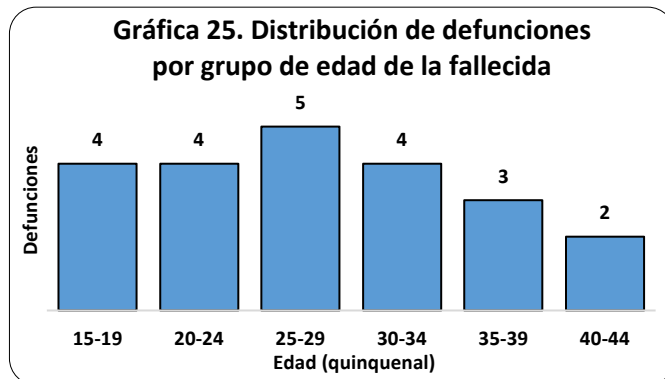
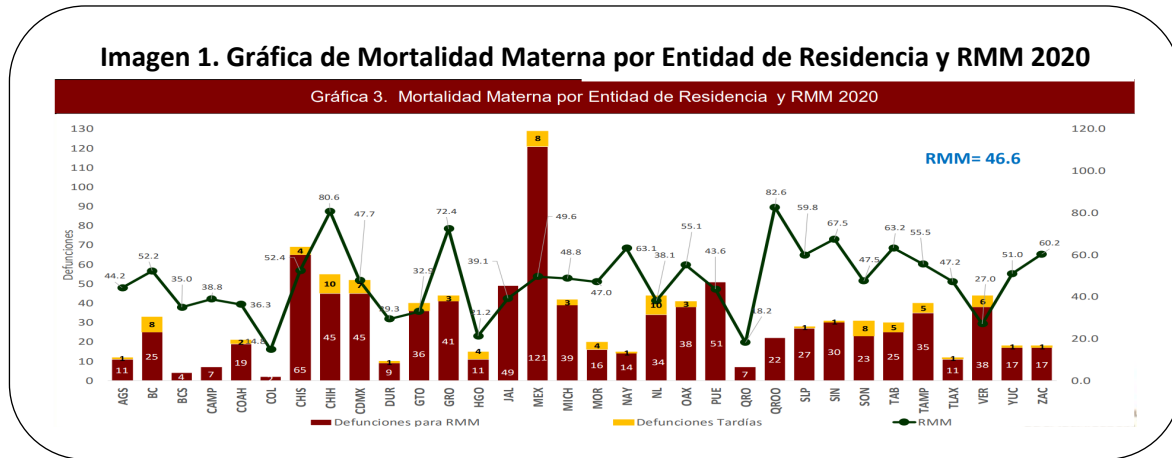


llevaron a la muerte y en su lugar se anotan sólo las complicaciones terminales, con lo cual la muerte no se codifica y clasifica como materna (Tabla 3).

<b>Tabla 3. Clasificación por causas de mortalidad materna</b>				
	Causas	Defunciones maternas	RMM	%
	Hemorragia en el embarazo, parto y puerperio	107	5.2	13.1
	Otras complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	90	4.4	12.7
	Embarazo terminado en Aborto	67	3.3	9.4
	Embolia Obstétrica	48	2.3	6.8
	Otras complicaciones principalmente puerperales	21	1.0	3.0
	Sepsis y otras afecciones puerperales	11	0.5	1.5
	Diabetes mellitus en el embarazo	6	0.3	0.8
	Muerte obstétrica de causa no especificada	6	0.3	0.8
	<b>Subtotal</b>	<b>515</b>	<b>25.1</b>	<b>72.5</b>
<b>Causas Obstétricas Indirectas</b>	Enf. del Sistema Circulatorio	49	2.4	6.9
	Otras Enf. Especificadas y Afecciones	43	2.1	6.1
	Enf. del Sistema Digestivo	26	1.3	3.7
	Enf. del Sistema Respiratorio	22	1.1	3.1
	Trastornos Mentales y del Sistema Nervioso	17	0.8	2.4
	Otros Enfermedad Virales	10	0.5	1.4
	Enf. por VIH	7	0.3	1.0
	Tuberculosis	6	0.3	0.8
	Otras Enfermedades de la Sangre	5	0.2	0.7
	Enf. Endocrinas y de la Nutrición	5	0.2	0.7
	Otras Enf. Infecciosas y Parasitarias	4	0.2	0.6
	<b>Subtotal</b>	<b>194</b>	<b>9.4</b>	<b>27.3</b>
<b>Causa fuera del capítulo XV</b>	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la placenta	1	0.0	0.1
	<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>34.6</b>	<b>100.0</b>

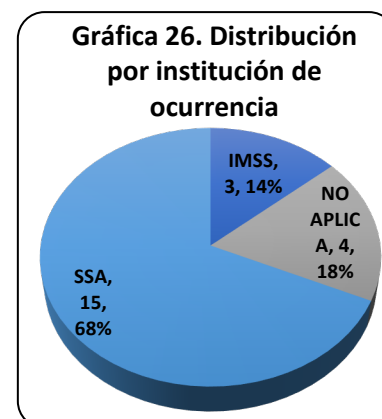
## Situación estatal

En Quintana Roo, durante el 2020 aportó el 2.4% de las muertes maternas del país. Se registraron 22 muertes maternas inmediatas, es decir una RMM de 82.6 por cada 100 mil NV, siendo la cifra más alta a nivel del país con una cifra muy elevada a la media nacional. En este año no se reportaron casos de muertes tardía en el estado (Imagen 1).

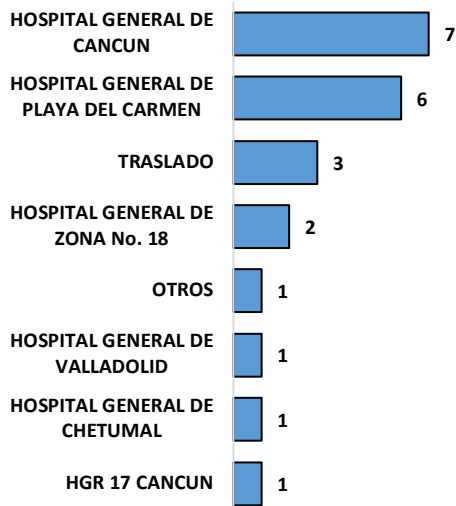


En el análisis se observó que el grupo de edad de con mayor incidencia de muertes maternas es las de 25 a 29 años (Gráfica 25).

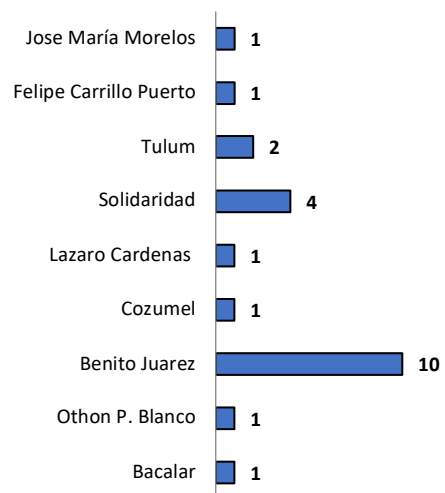
Por instituciones de ocurrencia, el 68% de las defunciones corresponde la SSA (Gráfica 26) de las cuales el 32% ocurrieron en el Hospital General de Cancún de la J.S. No. 2 (Gráfica 27). De acuerdo a su residencia el 82 % defunciones maternas ocurrió en la J.S. No. 2, de las cuales el 45% corresponde al municipio de Benito Juárez (Gráfica 28).



**Gráfica 27. Distribución por unidad o sitio de ocurrencia**



**Gráfica 28. Distribución de casos por municipio de residencia**



Las causas de mortalidad la mayoría son por las complicaciones que aparecen durante la gestación, son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional, las complicaciones en el proceso del parto y los abortos peligrosos.

**Tabla 4. Defunciones por Causa de Interés Epidemiológico, determinada por la DGE**

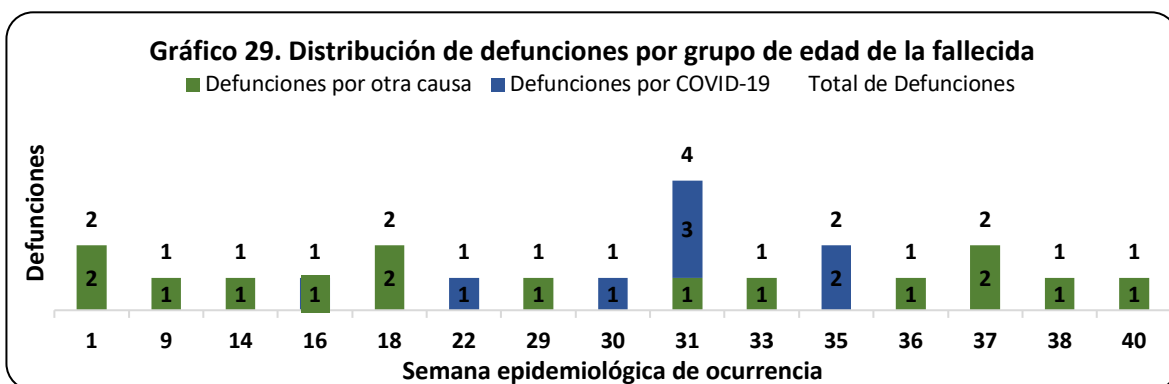
Causa	Defunciones
COVID 19	7
Preeclamsia	4
Eclampsia en el puerperio	2
Aborto incompleto	1
Eclampsia en el embarazo	1
Neumonía	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Infarto agudo al miocardio	1
Probable COVID 19	1
Hipertensión pulmonar	1
Hemorragia uterina	1
Insuficiencia cardíaca de la válvula tricúspide	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

En el estado durante el año 2020 se observó que el 32% de las defunciones maternas estuvo asociada a COVID-19, el 19% por complicaciones asociadas a preeclamsia y el 9% por eclampsia (Tabla 4).

De acuerdo a las causas agrupadas determinadas por la DGE el 36% ocurrió por enfermedad respiratorias virales, el 32% por trastornos hipertensivos y el 19% por enfermedades del sistema circulatorio (Tabla 5).

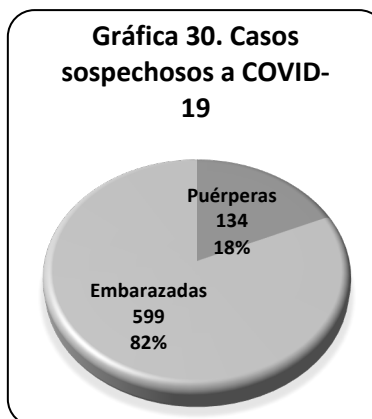
Causa	Defunciones
Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio	8
Enfermedades Hipertensivas del embarazo, edema y proteinuria	7
Enfermedades el sistema circulatorio que complica el embarazo, parto y puerperio	4
Aborto	1
Hemorragia postparto	1
Enfermedades del sistema respiratorio que complica el embarazo, parto y puerperio	1
<b>Total</b>	<b>22</b>

Por semana epidemiológica de ocurrencia se observó que durante la semana 31 ocurrió la mayor incidencia de defunciones maternas, siendo 4 en total de las cuales 3 estuvieron asociadas a COVID-19, con una tasa de letalidad de 2.2% en este grupo de población (Gráfica 29).



La mayor parte de las defunciones se encontraron asociadas a cuestiones respiratorias, siendo la causa principal COVID-19, la tasa de letalidad fue 2.2% en este grupo de población.

De acuerdo al Sistema Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Virales Respiratorias (SISVER), se observó una relación de 2.2:1 entre casos sospechosos y confirmados; con un total de 733 casos sospechosos de los cuales 320 fueron confirmados por prueba PRC a SARS-COV2 exclusivamente en este grupo de población (Gráfica 30 y 31).



**Gráfica 31. Casos confirmados a COVID-19**



## Conclusión

Al ver que es posible acelerar la reducción de la mortalidad materna la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, la cual consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial. La salud Materna ha sido una prioridad en las políticas de Salud en la última década, lo cual se ha visto reflejado en una disminución de su morbilidad y mortalidad en el mundo.

Conocer el perfil de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG) como evento anticipatorio, permitirá crear mecanismo de alarma institucionales para favorecer la atención de las mujeres con estas características en su embarazo, conocer las principales amenazas para la salud materna y los factores determinante y condicionante en su presentación, organización y seguimiento a estrategias para una maternidad segura.

## Bibliografía

- Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
- Embarazo en la Adolescencia; Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51963>
- Informe Semanal de Morbilidad Materna Extremadamente Grave, Semana Epidemiológica 53 de 2020; Dirección General de Epidemiología. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/616951/MMEG\\_2020\\_SE53.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/616951/MMEG_2020_SE53.pdf)
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Severa; Dirección General de Epidemiología; 2018. Disponible en: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19\\_Manual\\_VE\\_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19_Manual_VE_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf)
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas; Dirección General de Epidemiología; 2020. Disponible en: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/15\\_Manual\\_Muertes\\_Maternas\\_Lineamientos.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/15_Manual_Muertes_Maternas_Lineamientos.pdf)
- Mortalidad Materna; Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ODM 5: mejorar la salud materna; Objetivos de Desarrollo Milenio; Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/es/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/)
- Salud materna; Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Salud Materna; OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral; SINAVE; 2020.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Extremadamente Grave; SINAVE; 2020.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna; SINAVE; 2020.
- Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2017; World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>

## Directorio

**M.S.P. Alejandra Aguirre Crespo**  
**Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios Estatales de Salud**

**Dra. Myriam Ortíz Enríquez**  
**Directora de Servicios de Salud**

**M. en C. Yazmín Galicia Hernández**  
**Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica**

**Ing. Octavio Ruíz Muñiz**  
**Jefe del Departamento de Información Epidemiológica**

### **Elaboración de la Información**

**Dra. Gloria María Torres May**  
**Responsable Estatal de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Extremadamente Grave y Mortalidad Materna**

### **Difusión**

**L.I. Manuel Jesús Noh Enríquez**  
**Responsable Estatal de Plataformas Locales /SECADE, CPREDIA, SICANE) y Boletines Epidemiológicos**

Para mayor información sobre el contenido de este boletín, comunicarse al Departamento de Información Epidemiológica. Teléfono: 983 83 5 1931. E-mail: infoepi500@gmail.com

Servicios Estatales de Salud  
Av. Chapultepec No. 267 Col. Centro. C.P. 77000.  
Chetumal, Quintana Roo, México.  
Tel.: (983) 83 51931 Ext. 65075