



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

ISSN: 0034-7434

ISSN: 2463-0225

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología;
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Aguirre-Martínez, Natalia Sofía; Vélez-Álvarez, Gladis Adriana; Zuleta-Tobón, John Jairo
Pregnancy-related suicide deaths in Antioquia (Colombia), 2004-2014

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,
vol. 69, no. 4, 2018, October-December, pp. 239-248

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3125>

Available in: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195260559002>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's webpage in redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Scientific Information System Redalyc

Network of Scientific Journals from Latin America and the Caribbean, Spain and
Portugal

Project academic non-profit, developed under the open access initiative



MORTALIDAD POR SUICIDIO RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN ANTIOQUIA (COLOMBIA), 2004-2014

Pregnancy-related suicide deaths in Antioquia (Colombia), 2004-2014

Natalia Sofía Aguirre-Martínez, MD¹; Gladis Adriana Vélez-Álvarez, MD²; John Jairo Zuleta-Tobón, MD, MSc³

Recibido: enero 4/18 – Aceptado: noviembre 8/18

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la población de mujeres que murieron por suicidio durante el embarazo, el parto y el puerperio en Antioquia entre 2004 y 2014, y calcular la proporción de muertes por suicidio.

Materiales y métodos: estudio descriptivo de muertes por suicidio de mujeres residentes en el departamento de Antioquia, región central de Colombia, durante el embarazo, el parto y el puerperio, identificados entre 2004 y 2014. Se incluyeron todos los casos detectados a partir de los reportes al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y el certificado de defunción; la información se obtuvo de historias y registros clínicos. Se evaluaron las características clínicas y sociodemográficas; como factores de riesgo se tuvo en cuenta el antecedente personal o familiar de trastorno mental, el uso de sustancias psicoactivas, los intentos de

suicidio, la violencia intrafamiliar y la violencia de pareja. Las variables categóricas se agruparon según su frecuencia como proporciones y porcentajes; para las variables continuas se calculó la mediana y el respectivo rango intercuartílico. Se calcularon la proporción de muertes por suicidio sobre el total de muertes maternas ocurridas en el departamento en este periodo, y la razón de mortalidad específica por grupos de edad teniendo en cuenta el número de muertes identificadas en la investigación por grupo etario, y el número total de nacidos vivos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en mujeres de esa edad en ese periodo de 11 años, expresados como número de muertes maternas/1000 nacidos vivos.

Resultados: entre el 2004 y el 2014 se presentaron 476 muertes maternas y 24 casos de muerte por suicidio, para una proporción de 4,8 %. En 18 casos se contó con información para la descripción. El mayor número de suicidios se presentó en el grupo de 20 a 29 años de edad, solteras, dedicadas a las labores del hogar o a estudiar, residentes en zonas rurales, pertenecientes al régimen subsidiado y con niveles de escolaridad inferiores a bachillerato completo; la mitad de las pacientes había realizado control prenatal; el 70% murieron por envenenamiento y 30% por ahorcamiento; hubo una distribución si-

1 Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

2 Especialista en Obstetricia y Ginecología, magíster en Salud Pública. Docente, NACER, Salud Sexual y Reproductiva - Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

3 Especialista en Obstetricia y Ginecología, magíster en Epidemiología. Docente, NACER, Salud Sexual y Reproductiva - Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). jjzuleta@une.net.co

milar de las muertes en los 2 primeros trimestres del embarazo y el posparto tardío. No se encontró información sobre factores de riesgo para suicidio en el 44,4% de los casos en la historia personal, y 72,2% en la familiar.

Conclusiones: la muerte por suicidio relacionado con el embarazo es una importante causa de mortalidad materna, potencialmente evitable; hace falta identificar las pacientes vulnerables para ofrecer un tratamiento activo y reforzar el seguimiento. Se requiere mayor compromiso con el diligenciamiento de los registros, la notificación, el seguimiento y el análisis de los eventos.

Palabras clave: salud materna, suicidio, mortalidad materna.

ABSTRACT

Objective: To characterise the population of women who died as a result of suicide during pregnancy, delivery and the postpartum period in the Department of Antioquia between 2004 and 2014, and to estimate the proportion of deaths due to suicide.

Materials and methods: Descriptive study of suicide deaths during pregnancy, delivery and the postpartum period in women living in the Department of Antioquia, in central Colombia, identified between 2004 and 2014. All the cases identified from the National Public Health Surveillance (SIVIGILA) reporting system and death certificates were included. Data were taken from clinical records and charts. Clinical and sociodemographic characteristics were assessed. Risk factors taken into consideration included a personal or family history of mental disorder, the use of psychoactive substances, attempted suicide, domestic violence and intimate partner violence. Categorical variables were grouped according to frequency in terms percentages; medians and inter-quartile ranges were calculated for continuous variables. The proportion of suicide deaths was calculated over the total number of maternal deaths which occurred in the Department during the study period, and the mortality ratio was calculated specifically by age groups

taking into consideration the number of deaths identified in the research by age group and the total number of live births reported by DANE in women of that age during the 11-year period, expressed as number of maternal deaths /1000 live births.

Results: Between 2004 and 2014 there were a total of 476 maternal deaths and 24 cases of suicide death, for a proportion of 4.8%. Data were available for descriptions in 18 cases. The highest number of suicide deaths occurred in the age group between 20 and 29 years, single women, housewives or students, living in rural areas, affiliated to the subsidised healthcare regime and with less than complete secondary education and one-half of the patients had attended prenatal care visits. Deaths were due to poisoning and 30% were suicide by hanging. There was a similar distribution between the deaths that occurred in the first two trimesters of pregnancy and the late postpartum period. Here were no data in the personal history of risk factors for suicide in 44.4% of cases, or in the family history in 72.2% of cases.

Conclusions: Pregnancy-related suicide deaths are an important cause of potentially avoidable maternal mortality. Identification of vulnerable patients is required in order to offer active treatment and reinforce follow-up. Greater commitment is needed in terms of event documentation, notification, follow-up and analysis.

Key words: Maternal health, suicide, maternal mortality.

INTRODUCCIÓN

En la última década el suicidio, acto de quitarse voluntariamente la vida, se ha declarado como un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos hay una muerte por esta causa en el mundo (1). En Colombia la tasa de intento de suicidio tuvo un aumento progresivo entre el año 2009 y el 2015 (2); durante el año 2016 se presentó la tasa más alta de suicidios de la última década, 5,2 por 100.000 habitantes y el 85,1 % de las mujeres que se suicidaron

se encontraban en edad reproductiva (3). En este último informe se reporta, para Antioquia, una tasa superior a la del país, 6,47, y para las mujeres una de 2,44 por 100.000 habitantes, sin información con respecto a los casos asociados al embarazo. La mayoría de los suicidios son evitables, ya que muchos de los suicidas mencionan su deseo de morir (4), lo que determinaría que, si se presenta durante el embarazo o el puerperio, se podría considerar como otra causa de mortalidad materna potencialmente evitable.

El informe de mortalidad materna del Reino Unido, “Saving Lives, Improving Mothers’ Care”, reportó 101 muertes por suicidio de mujeres en embarazo y hasta 1 año posparto entre 2009 y 2013 (5), mientras que entre 2006 y 2008 habían reportado 29 muertes por suicidio en el embarazo y hasta 6 meses posparto (6). Como puntos clave destacaron el alto riesgo de trastornos mentales graves en el posparto, la falla en el reconocimiento de los síntomas, y la rápida aparición y progresión de los mismos. El comité de revisión de mortalidad materna de Nueva Zelanda de 2012 informó que entre 2006 y 2010 el suicidio representó el 25 % de las muertes maternas (13 casos), 54 % de ellas en el embarazo y 46 % en el posparto, y 46 % se clasificaron como evitables (7). El Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna de Colombia del año 2016 reportó que el suicidio fue la cuarta causa de muerte de mujeres en embarazo en el año 2005 (8). Hallazgos como estos hacen que el suicidio relacionado con el embarazo esté empezando a dejar de ser un tema invisible. El homicidio y el suicidio se relacionan con más muertes asociadas al embarazo que muchas complicaciones obstétricas, lo que ubica a la muerte violenta como una de las principales causas de mortalidad relacionada con el embarazo (9).

No es mucho lo que se conoce sobre la mortalidad por suicidio en el embarazo y el puerperio, las búsquedas bibliográficas arrojan pocos resultados, los estudios relacionados con el tema presentan información contradictoria, y la información esta-

dística consolidada es escasa. Un ejemplo de esto es la falta de consenso para su clasificación, mientras la OMS la considera una muerte materna directa (10), el Reino Unido la incluye dentro de las causas psiquiátricas de muerte, lo que la ubica como muerte materna indirecta (5). En Colombia se cuenta con algunas cifras de la magnitud del problema, y poco se conoce de su caracterización y de sus factores determinantes, conocimiento que es necesario a fin de tener insumos para orientar la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas e intervenciones, como plantea el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la mortalidad materna (8).

De esta manera, el objetivo del presente estudio fue caracterizar la población de mujeres que murieron por suicidio relacionado con el embarazo en Antioquia durante el periodo 2004-2014 con el propósito de contribuir a posicionar el suicidio como una causa relevante de muerte materna, y calcular la proporción de muertes por suicidio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio descriptivo de los casos de muerte por suicidio durante el embarazo, el parto y hasta 6 meses posparto de mujeres residentes en Antioquia, identificados en el periodo 2004-2014. Se incluyeron los casos registrados de muerte por suicidio en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), y los que después de ser identificados en la base de datos de defunciones de mujeres de 10 a 54 años como sospechosos de ser muertes maternas asociadas a embarazo, o hasta 6 meses posparto, con residencia habitual en el departamento de Antioquia, se confirmaron como suicidio con la información disponible en la historia clínica y en los registros hospitalarios de la atención. Se realizó muestreo consecutivo de todas las muertes con las características descritas.

Antioquia es el sexto departamento en extensión de Colombia, con una población aproximada de 6,5 millones de habitantes. En el periodo 2004-2014 hubo 476 muertes maternas, 309 directas (64,9 %), 142 indirectas (29,8 %), y 25 de causa desconocida

(5,3 %) (11); la razón de mortalidad en esos años fluctuó entre 67,9 y 30,4 por 100.000 nacidos vivos.

Procedimiento. La identificación de los casos y la recolección de la información se hizo como parte del proceso oficial de vigilancia de la mortalidad materna que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social departamental desarrolla como parte de la vigilancia en salud pública, siguiendo los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud (INS). Durante todo el periodo de estudio, el grupo de investigación Nacer, de la Universidad de Antioquia, fue el operador del proceso con un equipo interdisciplinario conformado por profesionales en gerencia en sistemas de información, especialistas en obstetricia, varios de ellos epidemiólogos y salubristas, siempre bajo la supervisión de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional.

Para la identificación se realiza búsqueda en el SIVIGILA de los casos notificados por las direcciones locales de salud, empresas sociales del Estado e instituciones de salud de los diferentes municipios del código INS. 550 “mortalidad materna”, que incluye la notificación de los casos de muertes maternas tardías y muertes relacionadas con el embarazo, y la búsqueda en la base de datos de defunciones de mujeres de 10 a 54 años de los casos sospechosos de ser muertes maternas que no fueron notificados, identificando los que registran “Sí” en las variables 37 a 39 del capítulo III del certificado de defunción, que refieren las defunciones de mujeres en edad fértil, o aquellos casos en los que alguna de las mismas variables no registra información.

Los casos de suicidio fueron identificados principalmente a partir de las muertes relacionadas con el embarazo, y de la búsqueda en la base de datos de defunciones, pues durante todo el periodo la definición de muerte materna utilizada fue la correspondiente a la CIE-10, que excluye las muertes accidentales o incidentales como el suicidio. Aunque solo hasta 2012 la OMS reconoció el suicidio hasta el día 42 como una causa de muerte materna directa (12), la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia hace búsqueda de estos eventos y los analiza desde

esa época aunque no fueran incluidos en la razón de mortalidad materna (13).

Después de verificar el cumplimiento de definición del evento o sospecha de este, se solicitó la historia clínica a las instituciones que prestaron atención a la mujer fallecida. Se realizaron entrevistas a familiares siempre que fue posible. Se incluyeron como fuentes de información las historias clínicas, los informes de las necropsias, los certificados de defunción y las entrevistas realizadas a los familiares, estas últimas se constituyeron en la única fuente de información cuando la mujer no recibió atención médica. Los datos fueron consignados en un formulario diseñado para tal fin, con el número de caso y la información sociodemográfica y clínica de cada una de las mujeres, y luego tabulados en una base de datos para su análisis de manera anónima.

Variables medidas. Sociodemográficas: etnia, nivel de escolaridad, lugar de residencia, afiliación al régimen de seguridad social colombiana y ocupación. La etnia se asignó según la información consignada en el ítem 18 del Certificado de Defunción del Ministerio de la Protección Social - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); el nivel de escolaridad se categorizó en primaria completa o incompleta, secundaria incompleta o completa, nivel técnico o tecnológico y universitario; el lugar de residencia como la subregión del departamento donde se localiza el municipio de residencia en los últimos seis meses; la zona de residencia como rural o urbana; el régimen de afiliación se calificó como contributivo, subsidiado y no asegurado; en la ocupación se incluyó ser estudiante.

Variables clínicas: se tuvo en cuenta la edad materna en años al momento de la muerte, la cual se categorizó por grupos de 10 a 19, de 20 a 29 y de 30 a 39 años; el momento de la muerte se categorizó en los tres trimestres, primer trimestre hasta las 13 semanas y 6 días, segundo trimestre de las 14 a las 27 semanas y 6 días, y tercer trimestre desde las 28 semanas hasta la finalización del embarazo; el puerperio desde el posparto inmediato hasta los 42 días posparto, y las ocurridas entre 43 días y 6

meses posparto; el número de embarazos previos y de hijos vivos; el número de controles prenatales realizados al momento de la muerte. Se consideraron los siguientes métodos para cometer el suicidio: ahorcamiento, caída, envenenamiento, armas e inmersión, según lo reportado en la historia clínica o en la entrevista domiciliaria; el sitio de muerte, según si ocurrió dentro de alguna institución de salud o en la casa.

Como factores de riesgo se buscaron los antecedentes personales o familiares relacionados con riesgo de suicidio más frecuentemente encontrados en las publicaciones del tema: trastorno mental, uso de sustancias psicoactivas, intentos de suicidio, antecedente familiar de suicidio, violencia intrafamiliar y violencia de pareja. Se buscó en la historia clínica el antecedente personal de trastorno mental diagnosticado por el personal de salud correspondientes a casos identificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10) como trastorno mental orgánico (códigos F00 - F09), trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropas (F10 - F19), esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno delirantes (F20 - F29), trastornos afectivos (F30 - F39), trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40 - F49), trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50 - F59), trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto (F60 - F69), retraso mental (F70 - F79), trastornos del desarrollo psicológico (F80 - F89), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90 - F98) (14).

Análisis estadístico. Las variables categóricas se agruparon según su frecuencia como porcentajes; para las variables continuas se calculó la mediana y el respectivo rango intercuartílico. Se calculó la proporción de muertes por suicidio sobre el total de muertes maternas ocurridas en el departamento en este periodo. Se calculó la razón de mortalidad específica por grupos de edad teniendo en cuenta el número de muertes identificadas en la investigación

por grupo etario y el número total de nacidos vivos reportados por el DANE en ese periodo de 11 años, expresados como número de muertes maternas/1000 nacidos vivos.

Aspectos éticos. Para realizar la investigación se obtuvo aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, y para el uso de la información y la publicación, se obtuvo aprobación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información.

RESULTADOS

En el periodo descrito se identificaron 24 muertes confirmadas por suicidio en mujeres durante el embarazo y los primeros 6 meses posparto, para una proporción de 4,8%. No se cuenta con ninguna información sociodemográfica y clínica para realizar la descripción de 6 casos, y para los 18 restantes se dispuso de información total o parcial para su caracterización. Se contó con autopsia verbal de 10 casos, para los demás la información se obtuvo exclusivamente de registros clínicos.

Hubo una mujer indígena, las demás no pertenecían a grupos especiales o no se tuvo información. El 93,4 % de las mujeres tenía un nivel de escolaridad inferior a secundaria completa. En el 77,8 % no se obtuvo información sobre la religión practicada. En la tabla 1 se presentan otras características sociodemográficas. De las 18 mujeres con información, no se conoce el momento de la muerte de una. De las 17 restantes, cuatro fallecieron en el primer trimestre (23,6%), cinco en el segundo trimestre (29,4%), tres en el tercer trimestre (17,6%) y cinco después de los 42 días posparto (29,4%). No hubo casos en el puerperio inmediato o mediato.

La mediana de embarazos previos fue de dos, y la del número de hijos vivos de uno. El 50 % realizó al menos un control prenatal (8/16); no se conoció información en dos casos. En el grupo de mujeres de 10 a 19 años ocurrieron 7 suicidios relacionados con el embarazo y 237.547 nacimientos, para un riesgo de 1 entre 33.935 nacimientos; en el grupo de

Tabla 1.
Características sociodemográficas, mortalidad
materna relacionada con suicidio, Antioquia,
2004-2014

Característica (número de casos con información)	Frecuencia n (%)
Edad (18)	
10-19 años	7 (38,9)
20-29 años	9 (50)
30-39 años	2 (11,1)
Estado civil (18)	
Soltera	12 (66,6)
Unión libre	3 (16,7)
Casada	3 (16,7)
Lugar de residencia (18)	
Oriente	6 (33,3)
Área metropolitana	4 (22,2)
Urabá	3 (16,7)
Norte	2 (11,1)
Suroeste	2 (11,1)
Occidente	1 (5,6)
Zona de residencia (15)	
Rural	11 (73,3)
Urbana	4 (26,7)
Sin dato	3
Régimen de seguridad social (18)	
Subsidiado	9 (50)
Contributivo	6 (33,3)
No asegurado	3 (16,7)
Nivel de escolaridad (15)	
Secundaria incompleta	6 (40)
Primaria incompleta	4 (26,7)
Primaria completa	4 (26,7)
Técnico o tecnológico	1 (6,6)
Sin dato	3
Ocupación (14)	
Hogar	10 (71,4)
Estudiante	3 (21,4)
Agricultura	1 (7,2)
Sin dato	4

Nota. Los porcentajes se presentan sobre el total de casos de los que se tuvo información, estos se encuentran entre paréntesis después de la característica.

20 a 29 años hubo 9 suicidios y 469.158 nacimientos, con un riesgo de 1 en 52.129; y en el grupo de 30 a 39 años se presentaron 2 suicidios en 201.427 nacimientos, para un riesgo de 1 en 100.714.

El método utilizado para cometer el suicidio fue envenenamiento en el 70,6 % (12/17) y ahorcamiento en el 29,4 % (5/17); no hubo registro de información para una mujer. El 61,1 % fallecieron en una institución de salud (11/18), y el 38,9 % en su casa (7/18).

No se encontró información sobre los factores de riesgo de suicidio: personales en 44,4 % (8/18) y familiares en 72,2 % (13/18). De las diez mujeres de las que se obtuvo información sobre posibles factores de riesgo personal o familiar, cinco tenían al menos uno. Una mujer tenía antecedente personal de intentos de suicidio y antecedente familiar de trastorno mental, intentos de suicidio y suicidio; la segunda tenía antecedente personal de trastorno mental, intento de suicidio, violencia intrafamiliar, violencia de pareja y antecedente familiar de intentos de suicidio; la tercera tenía antecedente personal de trastorno mental, uso de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio; y las dos últimas solo tenían antecedente personal de trastorno mental. En tres de las cuatro mujeres con trastornos mentales este era de tipo afectivo, en dos de ellas el diagnóstico era conocido por su familia y la institución de salud, y habían recibido tratamiento (una farmacológico y una psicoterapéutico y farmacológico), pero ninguna de las tres tenía tratamiento al momento de la muerte, dos de ellas con 6 y 8 consultas prenatales.

DISCUSIÓN

En el periodo de 11 años analizado, el número acumulado de muertes por suicidio relacionado con el embarazo ($n = 24$) sobrepasó el número de muertes por sepsis obstétrica ($n = 11$), que se clasificó como la quinta causa de muerte materna directa (15). Ya se ha descrito que la mortalidad materna asociada al suicidio es mayor que la mortalidad por otras causas obstétricas directas (9). Incluso autores que defienden que la frecuencia de suicidio relacionado con el embarazo no es diferente (16), o es menor que la de la población general de mujeres (17, 18), reconocen que es una causa común de muerte relacionada con el embarazo y ocuparía un lugar más importante que algunas causas obstétricas directas, lo cual es corroborado por nuestro hallazgo.

Nuestros resultados (4,8 %) son similares a los descritos para el suicidio como causa de muerte durante el embarazo y el primer año posparto; se ha reportado entre el 5 y 20 % de las muertes maternas en países con ingresos altos, y entre el 1 y 5 % en países con ingresos bajos y medios (19). Ahora, si solo se toman los 12 casos que se presentaron durante el embarazo y hasta 42 días posparto, se encontraría que al menos el 2,5 % de la mortalidad materna del departamento en el periodo estudiado estaría asociado al suicidio. Una revisión sistemática de 2014 encontró que América fue la región con mayor incidencia de muertes maternas relacionadas con suicidio, y estimó una proporción de 1 % para los países con ingresos bajos y medios; aunque los autores reconocen que esta cifra pudiera no representar la verdadera proporción, soportados en que si estas muertes son clasificadas y reportadas apropiadamente la proporción es mayor (20). Múltiples obstáculos pudieran contribuir a este subregistro, como la diferencia en las metodologías de los estudios, la falta de inclusión en las estadísticas oficiales, la variabilidad en las definiciones, y una tendencia a combinar las muertes por suicidio con las muertes de causa desconocida (17, 18). Por otro lado, está la falta de documentación y seguimiento de los eventos: en nuestro estudio no hubo documentos mínimos necesarios para 6 de los 24 casos identificados, y en los restantes la información no estaba uniformemente registrada, lo que lleva a que no se cuente con los mismos datos en todos los casos.

En nuestro estudio se identificó un mayor número de suicidios en las mujeres de 20-29 años, con niveles de escolaridad inferiores al bachillerato completo, solteras, dedicadas a las labores del hogar o a estudiar, residentes en zonas rurales y pertenecientes al régimen subsidiado. En Colombia, en 2016, el mayor número de suicidios de mujeres se presentó entre los 15 y 17 años, y luego entre 20 a 24 años, con tasas de 5,6 y 2,7 suicidios por cada 100.000 habitantes, respectivamente, con predominio en mujeres con niveles de escolaridad inferiores a bachillerato completo (75,4 %), la mayoría sin pa-

reja (63,8 %) y con los generadores de asfixia como el principal mecanismo causal y el envenenamiento como segundo (3). En los datos más recientes de mortalidad materna en el Reino Unido, la edad media para las mujeres que murieron por suicidio fue 29 años (5) y, en contraste con lo encontrado en nuestro estudio, la mayoría (76 %) estaban casadas o en cohabitación estable (6), similar a lo encontrado por otros estudios (19). Ya Palladino *et al.*, en otro estudio en Colombia, habían encontrado un hallazgo similar al nuestro con respecto al estado civil (9).

En los casos evaluados en esta investigación, 70 % murieron por envenenamiento y 30 % por ahorcamiento. En varios estudios se ha encontrado que la intoxicación es el método más común en mujeres, incluso en el embarazo (21, 22), lo cual ha sido relacionado con el fácil acceso. No hubo casos en el posparto menor de 42 días, contrario a lo reportado por otros (23).

En nuestro estudio, solo la mitad de las pacientes habían realizado control prenatal, y en quienes asistieron se identificó una importante pérdida de oportunidad para una adecuada atención. Como destacan múltiples estudios de mortalidad materna en el mundo, la presencia de un trastorno psiquiátrico es el principal factor de riesgo para suicidio (24), y es un indicador de alto riesgo en el posparto, aún mayor si es de tipo afectivo bipolar o esquizofrenia (5, 25). Las falencias detectadas en nuestro estudio han sido reportadas por otros que muestran que, con frecuencia, no se detecta la enfermedad mental en el periodo perinatal en mujeres que mueren por suicidio, y, cuando se hace, a menudo se trata de forma subóptima (19, 26).

Este es el primer estudio centrado en identificar y analizar las muertes por suicidio relacionadas con el embarazo en Colombia. Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva, tratando de incluir literatura gris que permitiera un conocimiento acertado de la situación actual del evento. Como debilidades del estudio se reconoce que, debido a que solo a partir del Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna del Instituto Nacional de Salud de 2011 se incluyeron las muertes por suicidio

como de notificación obligatoria, la búsqueda de los casos anteriores a este año no fue exhaustiva y, por lo tanto, no se puede asegurar que hubiesen quedado incluidos todos los casos ocurridos en el periodo definido. Solo en 10 de los casos se contó con entrevista (autopsia verbal), pero esta no fue específica para evaluar el suicidio, sino que se aplicó la entrevista genérica de mortalidad materna. Con respecto a la falta de información en las historias clínicas de los factores de riesgo, en muchas de ellas se desconoce si se interrogó y no se anotó, o si simplemente no se interrogó; sin embargo, este hallazgo refuerza la invisibilidad del problema.

A partir de lo encontrado en la literatura, corroborado con los hallazgos, se puede afirmar que es necesario buscar activamente síntomas, signos y factores de riesgo relacionados para identificar pacientes vulnerables con el fin de realizar prevención u ofrecer un tratamiento activo. Es necesario mejorar la adherencia a las guías para fortalecer la atención de estas mujeres y hacer un adecuado seguimiento, incluso hasta un año posparto. Con el fin de obtener información más confiable, es necesario realizar un trabajo colaborativo con los comités de vigilancia de mortalidad materna, y diseñar instrumentos que permitan indagar por información estandarizada y verdaderamente relevante.

CONCLUSIÓN

La muerte por suicidio relacionado con el embarazo es una importante causa de mortalidad materna, incluso más frecuente que otras causas consideradas como directas, y es potencialmente evitable. Se necesita más conocimiento de la situación, así como un mayor compromiso con el diligenciamiento de los registros, la notificación, el seguimiento y el análisis de los eventos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS; 2014 (visitado 2018 oct 17). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental. Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín 2, julio de 2017 (visitado 2018 oct 17). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
3. Rodríguez Navarrete JM. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2016. Forensis 2016. Datos para la vida. 2017 (visitado 2018 oct 17);18:402-38. Disponible en: <http://www.medicinallegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>
4. Salas Zapata C, Galeano López LD. La vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en Medellín. Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental Colombia. 2012;2:16-22.
5. Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Gray R, Kurinczuk J. MBRRACE - UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2015 (visitado 2018 oct 17):1-116. Disponible en: <https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrrace-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202015.pdf>
6. CMACE. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Centre for Maternal and Child Enquiries. BJOG. 2011;118(Suppl. 1):1-203. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x>
7. Sixth annual report of the perinatal and maternal mortality review committee. Reporting mortality 2010. Wellington: The perinatal and maternal mortality review committee. Health quality and safety commission New Zealand; 2012. p. 1-160. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/PMMRC/Publications/PMMRC-6th-Report-2010-Lkd.pdf>

8. Equipo Maternidad Segura. Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia y control de mortalidad materna. 2016 (visitado 2018 oct 17). Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20materna.pdf>
9. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: Findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.* 2011(visitado 2018 oct 17);118:1056-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428236/pdf/nihms330068.pdf>
10. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Organización Mundial de la Salud; 2012. p. 1-77. http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es
11. Gobernación de Antioquia, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Diagnóstico de situación de salud del departamento de Antioquia 2014 (visitado 2018 oct 17). Disponible en: diagnosticosalud.dssa.gov.co/0-5-sexualidad-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/5-sexualidad-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/
12. WHO. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD MM. World Health Organization 2012 (visitado 2018 oct 17). Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241548458/en/>
13. Velásquez J, Gómez J. Muertes por suicidio. En: Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso. Medellín: Multigráficas; 2007. p. 257-64.
14. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): World Health Organization; 2016. (visitado 2018 oct 17). Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
15. Velásquez-Penagos J, Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila JG, Escobar-Osorio SM, Garay-Vásquez HK, Zuleta-Tobón JJ. Estudio de mortalidad materna por sepsis en Antioquia, Colombia, entre los años 2004-2014: una mirada al desafío de la identificación y el tratamiento oportunos. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017 (visitado 2018 oct 17);68:228-38. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1043/3192>
16. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: A leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull.* 2003;67:219-29. Disponible en: <https://academic.oup.com/bmb/article/67/1/219/330390>
17. Shadigian E, Bauer ST. Pregnancy-associated death: A qualitative systematic review of homicide and suicide. *Obstet Gynecol Surv.* 2005 (visitado 2018 oct 17);60(3):183-90. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7209688_Pregnancy-Associated_Death_A_Qualitative_Systematic_Review_of_Homicide_and_Suicide
18. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8:77-87. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-005-0080-1>
19. Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry.* 2016 (visitado 2018 oct 17);3:233-42. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)00003-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)00003-1/fulltext)
20. Fuhr DC, Calvert C, Ronsmans C, Chandra PS, Sikander S, De Silva MJ, et al. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2014 (visitado 2018 oct 17);1:213-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4567698/pdf/nihms708669.pdf>
21. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ.* 1991 (visitado 2018 oct 17);302:137-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1668816/pdf/bmj00109-0019.pdf>

22. Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 (visitado 2018 oct 17);34:139-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275697/pdf/nihms329274.pdf>
23. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Public Health*. 2005 (visitado 2018 oct 17);15:459-63. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/15/5/459/526248>
24. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. World Health Organization; 1998 (visitado 2018 oct 17). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42043/1/924154516X_eng.pdf
25. Högberg U, Innala E, Sandström A. Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. *Obstet Gynecol*. 1994;84:240-4.
26. Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy. *BMJ*. 2016 (visitado 2018 oct 17);352:i1547. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i1547>

Conflicto de intereses: los autores declaran como potencial conflicto de interés su labor como integrantes del grupo que realiza la vigilancia materna y los análisis de muerte materna para las Secretarías de Salud de Medellín y Antioquia, que a la vez son el insumo del presente informe.