

Análisis de 129 casos de mortalidad materna 2011 en la CONAMED

Analysis of 129 maternal mortality cases 2011 in the CONAMED

Jorge A. Pérez-Castro y Vázquez,¹ Carlos Manuel Castillo-Vázquez,² Mario Antonio Domínguez-de la Peña,² Isay Besalel Jiménez-Díaz,² Arturo Rueda-Rodríguez², Luis Alberto Villanueva-Egan³

RESUMEN

Introducción. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha dado la tarea de trabajar en el análisis de mortalidad materna acaecida en el 2011 revisando expedientes enviados por las diferentes instituciones y hospitales del sector salud público y privado con fines estadísticos y el objetivo de la emisión de recomendaciones generales para reducir la muerte materna y mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Material y métodos. Se integró un grupo interinstitucional y multidisciplinario de expertos en el área de la salud, involucrados en los procesos de atención, dirección u operación de la atención obstétrica, para analizar los expedientes de las muertes maternas ocurridas durante 2011. Se evaluaron características sociodemográficas, calidad de la atención obstétrica y otros parámetros de análisis de muerte materna, tales como la causalidad y previsibilidad.

Resultados. Se analizaron 129 casos: 44% de las mujeres tenían 25-30 años, 77% recibieron atención prenatal, las muertes ocurrieron durante el puerperio de cesárea en 41% de los casos; 54% fueron muertes directas, siendo las causas más frecuentes la hemorragia (24.6%) y la enfermedad hipertensiva del embarazo (23.5%). En 43% de los casos se determinó mala práctica; 70% de las muertes eran prevenibles.

Conclusiones. En el siguiente trabajo se presentan las bases por las que se inició este proyecto, los objetivos, la metodología del análisis de los expedientes y las reuniones con los expertos en mortalidad materna y los resultados del mismo análisis.

Palabras clave: Mortalidad materna, embarazo, puerperio, muerte materna directa, muerte materna indirecta.

ABSTRACT

Introduction. The National Commission of Medical Arbitration (CONAMED) has set out to work in the analysis of maternal mortality occurred in 2011 by reviewing files sent by different institutions and public and private hospitals with statistic purposes and the objective of issuing general recommendations to reduce maternal death and improve the quality in the health care for women during pregnancy, birth and puerperium.

Material and Methods. An interinstitutional and multidisciplinary group of experts was integrated, being involved in the health care processes, management or operation of the obstetric health care, to analyze the files of maternal deaths occurred in 2011. Socio-demographic characteristics, obstetric health care and other parameters of maternal death were evaluated, such as causalities and predictability.

¹ Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

² Médicos Pasantes en Servicio Social de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

³ Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Folio 215/12 Artículo recibido: 03-12-2012 Artículo reenviado: 04-12-2012 Artículo aceptado: 4-12-2012

Correspondencia: Acad. Dr. Jorge A. Pérez-Castro y Vázquez. Subcomisionado Médico de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 esq. eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Navarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico:japerez@conamed.gob.mx.

Results. 129 cases were analyzed: 44% of women were 25-30 years of age, 77% received prenatal care, the deaths occurred during the c-section in 41% of the cases; 54% were direct deaths, the most frequent causes being hemorrhage (24.6%) and hypertensive disease during pregnancy (23.5%). In 43% of the cases, a malpractice was determined; 70% of the deaths could have been prevented.

Conclusions. In the following work the bases by which this project initiated the objectives, the methodology of the file analysis and the meetings with experts on maternal mortality and the results of this analysis are presented.

Key words: Maternal mortality, pregnancy, puerperium, direct maternal death, indirect maternal death, obstetric health care.

INTRODUCCIÓN

En el año 2009, debido a la pandemia de influenza H1N1, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de México, tuvo la encomienda de analizar los expedientes de los pacientes fallecidos a fin de evaluar la calidad de la atención médica que habían recibido en las distintas instituciones de salud y conocer el perfil epidemiológico de esta enfermedad. Con la misma intención, la CONAMED, recibió la instrucción de efectuar el análisis de los casos de Mortalidad Materna (MM), con el objetivo de contribuir en la disminución de la mortalidad materna de nuestro país y colaborar con el logro de la meta del 5°. Objetivo de Desarrollo del Milenio al 2015, a través de vislumbrar alternativas diferentes de solución, sin menoscabo de los esfuerzos que vienen realizando en el mismo sentido todas las Instituciones de Salud.¹

Para este propósito, se llevó a cabo la aplicación de un conjunto de procedimientos, contando con la participación del personal de la Comisión y de un grupo de médicos expertos en diferentes disciplinas, de prestigiadas universidades y academias de Medicina.

Continuando con esta línea de trabajo se decidió analizar la Mortalidad Materna del 2011

Panorama mundial

A nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres y niñas, en edad reproductiva en los países en desarrollo.² Más de 1,400 mujeres y niñas mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.³

Por esta razón la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la Cumbre Milenio, celebrada en septiembre de 2000, reiteró la expectativa de lograr un mundo más pacífico, más próspero y más justo. Estableció la búsqueda de que la mundialización, se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo; con este objetivo se elaboró la Declaración del Milenio, en la cual se establecieron los Ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) para su cumplimiento en el 2015, dentro de ellos, el 5° está dirigido a mejorar la salud materna.⁴

Cada año, se embarazan casi 175 millones de mujeres⁵ y 585,000 de ellas mueren por razones relacionadas por el embarazo.⁶ Al menos 7 millones de mujeres padecen graves problemas de salud y unos 50 millones sufren algún trastorno de salud después del parto.⁶

En países en desarrollo se practican alrededor de 20 millones de abortos al año en malas condiciones y pierden la vida cerca de 70,000 mujeres, el 13% de las defunciones derivadas de la maternidad.⁷

La mortalidad materna tiene sus orígenes en causas prevenibles como la pobreza, la falta de acceso a servicios, la discriminación y la falta de educación sexual y reproductiva, es por ello que las regiones con las cifras más alarmantes derivadas de este problema son: África, el sur de Asia, América Latina y el Caribe.⁸

En los países desarrollados, las mujeres corren menos riesgo de perder la vida por causas relacionadas al embarazo, debido al acceso a servicios de salud de calidad y adecuado control prenatal, por lo que representan sólo el 1% del total de muertes maternas, mientras que en los países en desarrollo representan el 99%; por eso, la mortalidad materna se ha considerado como indicador mundial, para medir las desigualdades sociales y la discriminación hacia la mujer.⁹

La dificultad o falta de acceso a servicios de salud de calidad, en la mayoría de los países en desarrollo, impide el registro exacto de las muertes, debido a que con frecuencia la mayoría de las personas mueren fuera de hospitales o clínicas del sistema de salud. Anualmente, 60 millones de mujeres tienen partos con ayuda de una partera tradicional no capacitada, de un miembro de su familia o incluso sin ayuda.¹⁰ Este subregistro puede llegar a ser significativo, tal como lo muestran algunos estudios según los cuales, el verdadero número de muertes maternas, es el doble o el triple del que se reporta.¹¹

En México, con cifras de la Dirección General de Información en Salud se aprecia una ligera reducción en las cifras de mortalidad materna del 2010 y 2011 con respecto a las de 2009, año en el que, por causas relacionadas a la pandemia de influenza, se incremento la razón de mortalidad materna.

La mayoría de las defunciones ocurren en las mujeres entre los 20 y 30 años, sin embargo el riesgo de morir es mayor en las adolescentes y en las mujeres mayores de 35 años.

A nivel nacional durante 2010¹² se obtuvo que 69.27% de las muertes se clasificaron como directas y 30.23% indirectas. Dentro de las causas de mortalidad materna directa la principales causas son: preeclampsia-eclampsia (23.5%) y hemorragia obstétrica (21.4%).¹³

El objetivo principal de este proyecto es el análisis estadístico de un grupo de expedientes de pacientes (n=129) clasificadas como Muerte Materna en el 2011. Corresponde a un trabajo preliminar a la emisión de recomendaciones dirigidas a la población, personal de salud y las instituciones, con la intención de prevenir alertar, y reforzar todas las medidas que en este mismo sentido se han venido realizando.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se convocó a un grupo de 17 expertos en diferentes áreas de las ciencias de la salud relacionadas con el tema a analizar: Ginecología, Obstetricia, Terapia Intensiva obstétrica, Reumatología, Hematología y terapia transfusional, Medicina Interna, Enfermería y Salud Pública. Los casos fueron seleccionados por un muestro no probabilístico del tipo de la asignación secuencial, por lo que la frecuencias reportadas no son representativas del universo de muertes maternas. El grupo analizó en forma exhaustiva todos y cada uno de los 129 casos de Muerte Materna, lo que permitió elaborar inicialmente un dictamen donde se clasificó la muerte como directa o indirecta, se identificaron las causas específicas y probables, se señaló la previsibilidad y en caso de existir, la mala práctica médica. La operacionalización de las variables se realizó conforme a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como se expone a continuación:

Mortalidad materna es "la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".¹⁴

Las causas de muerte materna directa son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto o puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.¹⁵

Las causas de muerte materna indirecta son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.¹³

La muerte prevenible es aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción; estas muertes, por tanto, no deben ocurrir. Internacionalmente se considera que la mayor parte de las muertes maternas son evitables, por ello es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud. El conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que el 90% de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas sean tratadas exitosamente.¹³

Finalmente la definición de la mala práctica se reconoce como la consecuencia del desarrollo incorrecto del proceso de atención por las deficiencias en la competencia profesional del personal de salud.¹³

El enfoque particular del grupo fue la búsqueda de elementos que permitieran detectar fallas en los sistemas de atención o dentro de la evolución del caso, que señalaran áreas de oportunidad para evitar en lo futuro acontecimientos semejantes, de donde surgen las recomendaciones.

Se buscó adicionalmente que el grupo de expertos fuese interinstitucional y multidisciplinario, donde los participantes invitados estuviesen involucrados en los procesos de atención, dirección u operación de la atención obstétrica a fin de enriquecer la discusión y lo más importante el resultado de la misma, partiendo de un análisis del expediente clínico exhaustivo.

Como resultado de este análisis y discusión, se obtuvo para cada caso un dictamen que además de los tres aspectos ya enunciados incluía a una serie de datos estadísticos que permiten tener una visión del grupo de estudio.

RESULTADOS

Los 129 casos analizados corresponden a diferentes instituciones de salud, sin que la representación de ellas en este trabajo corresponda a la frecuencia de mortalidad materna por instituciones como se observa a nivel nacional. La distribución por institución en donde las mujeres fueron atendidas y/o ocurrió el descenso es la siguiente: Instituto Mexicano del Seguro Social 47 (36.4%); Secretaría de Salud 59 (45.7%); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado 8 (6.2%); Secretaría de la Defensa Nacional 5 (4%); Privado 4 (3.1%); Hogar 4 (3.1%) y, en traslado 2 (1.5%). De la información obtenida de los 129 expedientes, se analizaron diferentes aspectos, entre los que destacan los siguientes:

Grupos de edad. La mayor parte de los casos se distribuyen en una relación considerada normal de acuerdo a la edad fértil, con casos aislados en las edades extremas, siendo la mayor incidencia entre los 21-30 años de edad (44%), seguido de 31-40 años (34%), 15-20 años (15%) y 41-44 (7%).

La carencia de atención prenatal ha sido señalada como un factor relacionado con la Muerte Materna: se encontró que 77% sí recibió dicha atención, 11% no la recibió y el 12% restante no se encontró documentado en el expediente.

Dentro del análisis se buscó intencionalmente *el momento en el que ocurrió la muerte*, presentándose en 45% de los casos durante el puerperio poscesárea, 22% durante el puerperio posparto, 21% durante el embarazo, 5% durante el parto, 4% durante el puerperio posaborto y 3% durante la cesárea.

De acuerdo al dictamen emitido en las reuniones con el grupo de expertos en mortalidad materna, el 54% de las muertes fueron calificadas como de *causa directa*, 45% *indirectas* y el 1% restante no pudo ser clasificado, debido a que no se encontró suficiente información en el expediente para sustentarlo o no existía.

Dentro de las *causas directas de muerte materna* se agruparon las causas más frecuentes: siendo la hemorragia la más prevalente (24.6%), seguida de enfermedad hipertensiva del embarazo (23.5%), infección puerperal, y en menor porcentaje la tromboembolia pulmonar.

Las *muertes indirectas* se presentan dispersas en diferentes entidades patológicas destacan en orden de frecuencia infecciones, patología cardíaca, enfermedades hematológicas, patología vascular, neoplásica, hepática, entre otras que incluyen: intoxicaciones, complicaciones quirúrgicas, patologías pulmonares, gastrointestinales, VIH, renales y causas no determinadas.

Otro rubro analizado del dictamen fue la detección de *mala práctica médica*. En este aspecto se encontró que 43% de los casos analizados tuvieron mala práctica sustentable con los hallazgos del expediente, mientras que en el 57% restante se concluyó que no había mala práctica o no había suficiente información que la soportara (Figura 1).

Por el último, se encontró que en el 70% de los casos, las muertes maternas eran *prevenibles*.

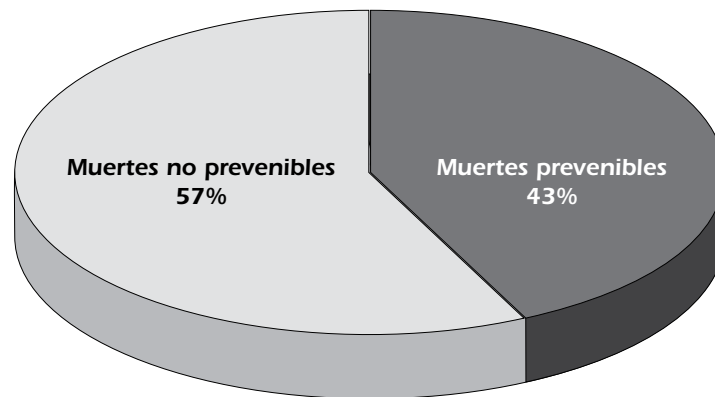


Figura 1. Resultado del análisis de la atención obstétrica en los casos de muerte materna, 2011.

DISCUSIÓN

En este análisis de los 129 expedientes de muerte materna revisados en el año 2011, la edad al momento del fallecimiento ocurrió en la tercera y cuarta década de la vida, lo cual se relaciona con la etapa fértil de la mujer y donde quizás es la época que existe un mayor número de embarazos, en concordancia con los resultados obtenidos del informe emitido por la Comisión Nacional de Equidad Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).¹⁶

La mayoría de las pacientes de estudio recibieron atención prenatal, lo cual en nuestra interpretación no da un margen de seguridad adecuado en la protección o detección de problemas que disminuyan la Mortalidad Materna o bien como ha sido citado como deficiente calidad y acuciosidad en la detección de factores de riesgo y la falta de seguimiento a las recomendaciones ya identificadas y enfocadas problema específicos¹⁷, faltaría trabajar en conocer si esta atención está cumpliendo con los objetivos de calidad y detección oportuna de complicaciones dentro de las instituciones así como en el medio privado y con ello tomar las pautas necesarias.

Las causas de muerte directa predominaron sobre las indirectas, situación que demuestra la ventana de oportunidad en busca del apego a las diversas recomendaciones y programas enfocadas a la disminución de la MM, dentro de las MM directa, la principal causa fue la hemorragia, cabe señalar que en este caso, ha sido más por imposibilidad de control del sangrado, que por la carencia o falta de oportunidad en la administración de hemocomponentes, situación ejemplo de respuesta a los programas encaminados a la prevención de MM que incluyen el abasto oportuno lo que habla del avance en este tema. Adicionalmente en este grupo de estudio la enfermedad hipertensiva ocupó el segundo lugar a diferencia de los reportes recientes de análisis de muerte materna en nuestro país.^{14 16}

Por otra parte dentro de las causas identificadas como muertes indirectas la principal causa fue por infección, circunstancia que a todas luces es previsible, lo cual permite redundar en el conocimiento ya expresado donde las causas de muerte materna directa son previsibles en la mayoría de los casos, es

aquí donde los diferentes grupos de especialistas tienen un papel muy importante que jugar en la detección de las patologías que asociadas al embarazo pueden tornarse un riesgo para la madre y en los casos de patologías graves usando como ejemplo las cardiopatías congénitas, el envío e inclusión del consejo preconcepcional en todo paciente en edad fértil es una posibilidad que ayudaría con mucho a la disminución de MM en este grupo de pacientes, lo cual se ha considerado como un factor importante para que éstas disminuyan en los siguientes años, adicionalmente a los distintos programas de prevención, las recomendaciones emitidas para las instituciones, personal de salud y los pacientes, así como el seguimiento adecuado de las guías de práctica clínica.

Adicionalmente, al analizar las causas indirectas de MM, en nuestro grupo correspondieron al 45% a diferencia de los reportes ya citados^{14 16} donde sumaron el 30%, esta circunstancia se interpreto como la aplicación de alguna acción, no identificada presumiblemente institucional que permitió que la estadística se modifique, siendo este rubor motivo de mayor análisis a fin de determinarlo una posibilidad de mejora.

En relación al momento de la muerte, la cesárea esta relacionada en el mayor número de los casos, el doble de lo que sucede con relación a la resolución del embarazo por la vía vaginal, situación que se relaciona con pacientes de alto riesgo con enfermedad hipertensiva, y también aquellas que tienen como factor de riesgo el antecedente de cesáreas previas como factor de riesgo.

La mala práctica médica se mostró en un 43% de los casos, donde se incluyen aspectos de aplicación profesional y otros casos donde se sumó una parte de responsabilidad institucional. La interpretación en este rubro ha dado lugar a numerosas opciones de trabajo a futuro, donde se incluye la capacitación, la falta de integración de un grupo multidisciplinario, la oportunidad en hacer las acciones de atención de la paciente, y la falta de actitud ante la evidencia de un problema serio como lo es el manejo de la mujer embarazada. También ha llamado la atención el porcentaje obtenido que se considera elevado comparado con otros grupos con otros tipos de patologías analizados en la CONAMED.

Efectuado un ejercicio para determinar si la mala práctica estaba asociada a la posibilidad de prevención, este nos dio por resultado que del total de casos analizados, 70% corresponden a muertes previsibles, de los cuales 36.47% están asociados a mala práctica, dando lugar a un 33.26% de muertes previsibles no asociadas a mala práctica. Por lo tanto, si se redujeran la mala práctica en casos previsibles podríamos reducir la mortalidad materna en más del 35%.

Conclusiones

La disminución de la mortalidad materna es un programa prioritario y seguirá siendo un tema de Salud Nacional, por lo que socialmente significa además de las repercusiones e implicaciones en el entorno mundial. La muerte materna es un problema complejo y su disminución es no una tarea fácil, es multi causal y existen múltiples factores de difícil control que influyen en su prevalencia, estas mismas razón permiten apreciar también múltiples áreas de oportunidad y de trabajo en las que debemos enfocar nuestros esfuerzos de manera integral e interdisciplinariamente a fin de continuar avanzando en la solución de este problema.

Se requiere seguir con el análisis pormenorizado de cada uno de los eventos a fin de lograr la mejor comprensión de las circunstancias en las que se dio y con ello lograr una opción cercana a la realidad y por ende a la prevención. La participación de expertos académicos involucrados en la operación y en el problema, pero ajenos al caso permite en nuestra percepción estar más cerca de esa posibilidad, tal es el caso de este análisis.

El esfuerzo realizado por las instituciones, en capacitación, difusión establecimiento de equipos de pronta respuesta, los acuerdos de apoyo intersectorial, los comités de mortalidad materna en los hospitales, sus integrantes: médicos, enfermeras, personal del banco de sangre por señalar los más frecuentemente involucrados, las autoridades administrativas y la participación ciudadana en todo su espectro, son los protagonistas del cambio que se requiere para enfrentar con respeto y actitud, el compromiso que se requiere para que todos los involucrados del problema (madre, médico, familia, sociedad e instituciones) cooperen y se integren en la búsqueda de las soluciones a su alcance para poder tener un mayor impacto en la reducción de la MM.

REFERENCIAS

1. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Santacruz-Varela J, Arboleya-Casanova H, Aguirre-Gas HG. Aspectos metodológicos para el estudio de las defunciones por influenza A (H1N1). Experiencia de la CONAMED. Rev CONAMED. 2011; 16(3):132-140.
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2009. [acceso 30-11-2012] Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. 26a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: PAHO-WHO; 2002. [acceso 30-11-2012] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-6-s.pdf>.
4. Organización de las Naciones Unidas. 2000. La Declaración del Milenio. Resolución A/RES/55/2. [acceso 30-11-2012] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2002. Población, Pobreza y Oportunidades. New York 2002. [acceso 30-11-2012] Disponible en: http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/14417/original/Estado_de_la_Poblacion_Mundial_2004.pdf.
6. Family Care International. Instrumentos para presentaciones sobre salud sexual y reproductiva. Manual del Usuario. New York: FCI; 1998. [acceso 30-11-2012] Disponible en: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/Manual_del_Usuario.pdf.
7. World Health Organization. Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data. Geneva: WHO; 2003. [acceso 30-11-2012] Disponible en: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Unsafe_Abortion.pdf.
8. Díaz Ballesteros, Gasman N, Campos Nava. Mortalidad Materna. México: Ipas; 2003.
9. World Health Organization. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. Geneva: Revista Panamericana de Salud; 1997.
10. World Health Organization. Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information. 4th edition. Geneva: WHO; 1998.
11. Atrash H. Maternal Mortality Surveillance Unpublished paper presented at the Safe Motherhood Technical Consultation. Sri Lanka: s/e; 1997.
12. SINAVE. Sistema de Muertes Maternas. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Información al corte de 7 Noviembre de 2012.
13. Cierre definitivo DGIS/ INEGI Mortalidad materna 2010.
14. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: WHO; 1992.
15. Sistema Nacional de Información de Salud. Definiciones. [acceso 30-11-2012] Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>.
16. CNEGySR. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. México: CNEGySR-Secretaría de Salud; 2010. 48 p.
17. Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-08. 2008.