



Omisión de registro de causas de muertes maternas en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires año 2008. Estudio institucional

SOGIBA – DIRECCIÓN GENERAL
DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DEL GOBIERNO DE CABA

Palabras clave: omisión de registro de causa, evento reproductivo, mortalidad materna.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo principal

Cuantificar el nivel de subregistro de muertes de causa materna ocurridas en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el año 2008.

Objetivos secundarios

Conocer el nivel y estructura de la mortalidad materna institucional y establecer las razones de la omisión de causas maternas en la certificación médica de defunción.

Realizar una revisión de los factores determinantes y asociados a las muertes maternas institucionales.

METODOLOGÍA

A partir de la base datos de mortalidad de la CABA del año 2008, se conformó una nueva base integrada por las muertes de mujeres de 15 a 49 años ocurridas en instituciones de salud.

SOGIBA agradece a los investigadores: Dr. Jorge Vinacur, Dra. Graciela Cuman, Dra. Silvina Blanco, Dr. Andrés Chucair, Lic. Nora Zuloaga y Dra. Victoria Mazzeo de la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC) de la CABA.

También agradece la revisión del informe final a la Lic. Mercedes Fernández.

La clasificación de las defunciones según grupos de causas, edad, residencia y tipo de institución, permitió seleccionar un conjunto de Informes Estadísticos de Defunción (IED) a parear con las historias clínicas, de acuerdo con los siguientes criterios:

- a. Muertes maternas certificadas como tales.
- b. Muertes con cualquier mención de embarazo, parto o puerperio en el contenido del IED (por ejemplo, en la sección “causas asociadas o contribuyentes” o “embarazo en el último año”) y no certificadas como muertes por causas maternas.
- c. Muertes certificadas con una causa de defunción considerada mal definida o inespecífica.

El trabajo de campo para identificar la omisión de causas maternas en el IED supuso el desarrollo de una metodología basada, primeramente, en el acceso a las historias clínicas de las mujeres fallecidas cuyos IED habían sido seleccionados, para revisar exhaustivamente tanto las registradas como muertes maternas como las que acaecieron por causas obstétricas y dichas causas estaban subregistradas.

El instrumento de captación de datos incluyó los siguientes rubros:

- Información general de la fallecida (edad, causa básica de defunción registrada en el IED, momento y lugar de la muerte, máximo nivel de educación alcanzado, situación socioeconómica, antecedentes de enfermedades o problemas de salud, etc.).
- Historia reproductiva, embarazos anteriores, complicaciones o eventos prenatales aparecidos como consecuencia de embarazos, etc.
- Momento de la muerte (muerte por aborto, por embarazo ectópico, en el trabajo de parto y parto, en el puerperio).
- Causas de muerte (por patologías médicas o quirúrgicas, por tromboembolismo, sepsis, anestesia, etc.).
- Lugar de la defunción (guardia o servicio de urgencias, quirófano, cuidados intensivos, etc.).

Especialistas en obstetricia –integrantes del equipo de investigación– examinaron las historias clínicas de las mujeres fallecidas seleccionadas y, si la muerte estaba relacionada con el embarazo, parto o puerperio, completaron el instrumento de captación de datos y asignaron la causa básica de la muerte.

Las definiciones y las clasificaciones de muerte materna utilizadas en este estudio son las establecidas por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, OPS-OMS, 1995).

Se define la muerte materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.

Las muertes maternas se clasifican en:

- a. Muertes obstétricas directas:** son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio; de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto; o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriores.
- b. Muertes obstétricas indirectas:** son las que resultan de enfermedades que existían previamente o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo, que no se deben a causas obstétricas directas pero que son agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- c. Muertes maternas tardías:** incluye las muertes de causas directas o indirectas que ocurren después de los 42 días pero antes del año luego de la terminación del embarazo.

Causas obstétricas directas

- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Aborto.
- Embarazo ectópico.

- Hemorragia anteparto.
- Hemorragia posparto.
- Embolia.
- Sepsis.
- Complicaciones anestésicas.
- Enfermedades cardiovasculares.

Causas obstétricas indirectas

- Tumores malignos.
- Enfermedades cardíacas.
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Enfermedades del sistema nervioso central.
- Enfermedades respiratorias.
- Enfermedades hematológicas.
- Enfermedades genitales.
- Enfermedades renales.
- Enfermedades inmunológicas.

RESULTADOS

Cobertura y accesibilidad de la información

De acuerdo con la información contenida en la base de datos de mortalidad femenina de 15 a 49 años ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008, se registró un total de 1.254 muertes. La pregunta sobre existencia de embarazo en los últimos 12 meses, no fue completada en más del 95% de los casos, como puede verse en la Tabla I.

Asimismo, puede apreciarse que más del 80% de esta mortalidad (1.052 muertes) ocurrió en establecimientos asistenciales de la Ciudad.

De acuerdo con los criterios establecidos en el estudio, se procedió a clasificar estas muertes según local de ocurrencia, grupos de causas de muerte y edad, y lugar de residencia de la fallecida. En la Tabla II se muestran los resultados obtenidos.

La siguiente etapa del estudio se orientó a seleccionar las defunciones que conformarían el universo a pesquisar que se compone, como ya se explicitó, de las muertes maternas certificadas como tales, las muertes por causas inespecíficas y todas aquellas en las que la causa básica informada pudiera estar asociada al evento reproductivo.

De esta forma, se seleccionaron 275 muertes acaecidas en 24 establecimientos públicos y 253 que ocurrieron en 59 establecimientos no públicos (Tabla III).

La DGEyC y SOGIBA remitieron en forma conjunta una nota explicativa de los objetivos del estudio a todas las instituciones en las que acaecieron las defunciones seleccionadas.

De los 24 establecimientos del subsector público, sólo el Hospital Muñiz se negó a brindar el acceso a las 67 historias clínicas correspondientes a las defunciones seleccionadas, aduciendo la vigencia de la Ley de SIDA que protege la información de los pacientes.

En el caso de las instituciones de obras sociales o privadas, 5 establecimientos se negaron a

Tabla I

Existencia de embarazo en los 12 meses previos a la muerte	Local de ocurrencia de la muerte			
	Total	Estab. público	Estab. no público	Otro lugar
Todas las defunciones	1.254	603	463	188
Sí, estuvo embarazada	5	3	2	0
No estuvo embarazada	32	10	19	3
No especificado	1.217	590	442	185

Tabla II. Defunciones de mujeres de 15 a 49 años ocurridas en establecimientos asistenciales de la ciudad de Buenos Aires en el año 2008 según grupos de causas por tipo de establecimiento y lugar de residencia (a)

Grupos de causas	TOTAL	EN EST. PÚBLICOS			EN EST. NO PÚBLICOS			Cociente (1)/(2)
		Subtotal (1)	Resid. en ciudad	No resid. en ciudad	Subtotal (2)	Resid. en ciudad	No resid. en ciudad	
Todas las causas	1.052	593	224	369	459	190	269	1,3
Septicemias	16	10	6	4	6	3	3	1,7
Enf. virus inmunodeficiencia humana	88	80	22	58	8	1	7	10,0
Demás enfermedades infecciosas	19	15	8	7	4	0	4	3,8
Tumores	475	244	77	167	231	117	114	1,1
Estómago	18	6	1	5	12	9	3	0,5
Colon	26	10	3	7	16	5	11	0,6
Traquea, bronquios y pulmón	32	13	6	7	19	11	8	0,7
Mama	134	57	19	38	77	41	36	0,7
Útero	60	45	13	32	15	6	9	3,0
Ovario	22	11	7	4	11	6	5	1,0
Linfoma no Hodgkin	23	16	8	8	7	2	5	2,3
Leucemias	32	15	4	11	17	7	10	0,9
Los demás tumores malignos	107	58	13	45	49	29	20	1,2
Carc. in situ y tum. evol. incierta	21	13	3	10	8	1	7	1,6
Enfermedades del corazón	64	31	11	20	33	10	23	0,9
Enfermedades cerebrovasculares	44	16	5	11	28	7	21	0,6
Infecciones respiratorias agudas	36	24	9	15	12	4	8	2,0
Insuficiencia respiratoria	18	10	1	9	8	4	4	1,3
Demás enf. sistema respiratorio	50	27	15	12	23	10	13	1,2
Ciertas enfermedades del hígado	30	11	5	6	19	3	16	0,6
Enfermedades sistema urinario	33	19	8	11	14	6	8	1,4
Compl. embarazo, parto y puerperio	10	6	2	4	4	2	2	1,5
Malformaciones congénitas	10	4	2	2	6	1	5	0,7
Accidentes	22	20	11	9	2	1	1	10,0
Otras causas violentas	23	13	8	5	10	1	9	1,3
Demás causas bien definidas	105	57	30	27	48	18	30	1,2
Afecciones mal definidas	9	6	4	2	3	2	1	2,0

(a) se excluyen 14 defunciones institucionales de residencia no especificada

Tabla III. Defunciones de mujeres de 15 a 49 años ocurridas en la ciudad de Buenos Aires en el año 2008 seleccionadas para la revisión de Historias Clínicas clasificadas según grupos de causas y lugar de ocurrencia

Grupos de causas	Lugar de ocurrencia de la muerte		
	Total	Estab. púb.	Estab. no púb.
Todas las causas	528	275	253
Maternas	10	5	5
Enfermedades infecciosas	113	95	18
Tumores malignos	25	9	16
Enfermedades del corazón	62	28	34
Enfermedades cerebrovasculares	52	16	36
Enfermedades sistema respiratorio	101	51	50
Enfermedades sistema genitourinario	26	10	16
Enfermedades sistema digestivo	48	18	30
Enfermedades sistema nervioso	29	13	16
Malformaciones congénitas	9	3	6
Demás causas	53	27	26

brindar información: ALPI, Hospital Alemán, Clínica San Camilo, Instituto de Cirugía Cardiovascular Fundación Favalaro y el Centro Asistencial del Ministerio de Economía. Esta limitación ocasionó el no relevamiento de información sobre 20 muertes

Cabe señalar que en todos los casos de las instituciones mencionadas precedentemente, se remitieron notas ampliatorias de las enviadas previamente y dirigidas a la dirección del establecimiento, en las que se explicitaba tanto el carácter confidencial de la información a obtener así como que la información contenida en los IED objeto de estudio era insuficiente o incompleta en varios de los ítem que deben ser informados por el médico certificante.

Por otro lado, en los establecimientos donde se posibilitó el acceso a la información, se contabilizaron 25 historias clínicas faltantes, extraviadas o en instancias judiciales.

Debido a los motivos detallados anteriormente así como al extravío de documentación en el establecimiento, se han podido relevar 416 defunciones, como puede apreciarse en la Tabla IV.

Tabla IV

Disponibilidad de la información	Lugar de ocurrencia de la muerte		
	Total	Estab. púb.	Est. no púb.
Total seleccionadas	528	275	253
Historias clínicas no accesibles	112	77	35
El establecimiento no autorizó	87	67	20
Extraviadas o faltantes	25	10	15
Historias clínicas relevadas	416	198	218

Por último, es necesario destacar que para los hospitales públicos –con servicio de ginecología y obstetricia– dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se dispuso del Informe sobre Vigilancia de la Mortalidad Materna 2008, elaborado por el Programa Materno Infantil. En el caso de extravío de una historia clínica, el Informe posibilitó a través de

otros documentos médico-administrativos (informe de hospitalización, libro de muertes, etc.) conocer las causas básicas o asociadas a la muerte.

PRINCIPALES HALLAZGOS

La omisión de causa materna que surge de comparar los datos que brindan los IED con los

Tabla V

Tipo de establecimiento	Muertes maternas	
	Registradas	Subregistradas
Total	10	23
Establecimientos públicos Hospitales: Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Muñiz, Penna, Piñero, Sardá, Ramos Mejía, Rivadavia y Santojanni	5	16
Establecimientos no públicos Clínica de la Ciudad, Centro Gallego, FLENI, Hospital Churruca Visca, Hospital Naval P. Mallo, Sanatorio de la Trinidad, Sanatorio Güemes y Sanatorio Otamendi Miroli	5	7

Tabla VI. Muertes maternas registradas y subregistradas ocurridas en establecimientos de salud de la ciudad de Buenos Aires en el año 2008 clasificadas según grupos de causas y tipo de establecimiento de ocurrencia

Grupos de causas	Total			Registradas			Subregistradas		
	Total	Est. púb.	Est. no púb.	Subtotal	Est. púb.	Est. no púb.	Subtotal	Est. púb.	Est. no púb.
Todas las causas	33	21	12	10	5	5	23	16	7
DIRECTAS	21	15	6	7	4	3	14	11	3
Abortos	5	4	1	1	0	1	4	4	0
Mola	2	2	0	1	1	0	1	1	0
Eclampsia	4	2	2	1	0	1	3	2	1
Hemorragias	2	1	1	2	1	1	0	0	0
Tromboembolismo	3	3	0	0	0	0	3	3	0
Sepsis	2	2	0	1	1	0	1	1	0
Otras causas directas	3	1	2	1	1	0	2	0	2
INDIRECTAS	9	6	3	2	1	1	7	5	2
HIV/SIDA	2	2	0	0	0	0	2	2	0
Cardiopatías	3	2	1	0	0	0	3	2	1
Tumores malignos	2	1	1	1	0	1	1	1	0
Otras indirectas	2	1	1	1	1	0	1	0	1
TARDÍAS	3	0	3	1	0	1	2	0	2

registrados en las historias clínicas es del 70% para el total del establecimientos y tipo de causas. Además de las 10 muertes maternas registradas como tal en los IED, se hallaron 23 muertes más cuya causa básica es una complicación del embarazo, parto o puerperio.

Los resultados según establecimiento de ocurrencia se presentan en la Tabla V.

En las Tablas VI y VII puede apreciarse que la distribución de las causas de muertes maternas se modifica notoriamente al incorporar las defunciones de causas maternas subregistradas.

Del total de muertes maternas ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008, casi 2/3 obedeció a causas directas.

Las frecuencias más altas correspondieron a abortos, preeclampsia y eclampsia, y tromboembolismo, que son además las causas con mayor subregistro.⁷⁵ También es destacable la proporción de defunciones por causas maternas entre las de 20 a 29 años.

Con respecto al momento de ocurrencia de la muerte, es notorio el subregistro de las defunciones por causas maternas ocurridas dentro de los 42 días de terminado el embarazo.

Por último, la distribución de las muertes por local de ocurrencia muestra que la mayoría de las muertes ocurrieron en la unidad de cuidados intensivos, tanto en establecimientos públicos como no públicos.

Tabla VII. Muertes maternas registradas y subregistradas ocurridas en establecimientos de salud de la ciudad de Buenos Aires en el año 2008 clasificadas según indicadores seleccionados y tipo de establecimiento de ocurrencia

Indicadores	Total			Registradas			Subregistradas		
	Total	Est. púb.	Est. no púb.	Subtotal	Est. púb.	Est. no púb.	Subtotal	Est. púb.	Est. no púb.
Grupos de edad									
Total	33	21	12	10	5	5	23	16	7
Menores de 20	4	4	0	2	2	0	2	2	0
20 a 24	5	4	1	1	1	0	4	3	1
25 a 29	9	5	4	4	1	3	5	4	1
30 a 34	7	6	1	0	0	0	7	6	1
35 y más	8	2	6	3	1	2	5	1	4
Momento de la muerte									
Total	33	21	12	10	5	5	23	16	7
Antes de la semana 22	8	6	2	3	1	2	5	5	0
De la sem. 22 al parto	7	3	1	0	0	0	4	3	1
Posparto :									
- menor a 7 semanas	15	12	6	6	4	2	12	8	4
- mayor a 6 semanas	3	0	3	1	0	1	2	0	2
Local de ocurrencia									
Total	33	21	12	10	5	5	23	16	7
Cuidados intensivos	20	13	7	5	3	2	15	10	5
Quirófano	2	1	1	1	1	0	1	0	1
Sala	3	1	2	1	0	1	2	1	1
Shock room	2	2	0	0	0	0	2	2	0
Sin datos	6	4	2	3	1	2	3	3	0

Esta situación adquiere particular interés para la discusión de las posibles causas o motivos de subregistro del evento reproductivo en el Informe Estadístico de Defunción.

En las páginas siguientes, se presenta una breve descripción sociosanitaria de las muertes maternas ocurridas en establecimientos asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008 y se agregan algunas propuestas para el estudio y discusión de estos casos en los servicios de salud.

MUERTES MATERNAS DIRECTAS

Abortos

Los cinco casos correspondieron a mujeres socialmente vulnerables (bajo nivel de instrucción, sin apoyo familiar, habitantes en villas o viviendas precarias), con edades entre 20 y 33 años. En un caso no se accedió a la historia clínica y por referencias se sabe que la paciente ingresó con shock séptico y falleció poco después. Otro caso llegó *premortem* y no hubo posibilidades de evitar el resultado.

Las tres restantes presentaron el síndrome de Mondor. Una tenía perforación uterina, gangrena, se realizó histerectomía y falleció poco después. Las otras dos consultaron en forma relativamente tardía.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Provisión y acceso de anticoncepción a todas las mujeres, sobre todo a las más vulnerables socialmente.
- La problemática del aborto es si fue seguro o inseguro, no si fue legal o ilegal. El aborto farmacológico también es inseguro ya que con mucha frecuencia deja restos ovulares.
- Las pacientes que consultan por dolor hipogástrico deben ser examinadas por un ginecólogo para descartar un aborto incompleto o un embarazo ectópico. Si la paciente refiere intento de aborto, farmacológico o no, debe ser estudiada lo más rápidamente posible.

Enfermedad trofoblástica

Se registraron dos casos: el primero, de una paciente de 20 años cuya historia clínica no se encontró y que se informó que había fallecido por una mola invasiva.

En el otro, el coriocarcinoma (neoplasia trofoblástica gestacional) fue la causa de muerte de una mujer de 20 años de edad que estuvo en tratamiento durante cuatro años en los que recibió 5 esquemas de quimioterapia, embolización de arterias uterinas y falleció por metástasis pulmonar. El único comentario que cabe es que quizás, frente al fracaso de la quimioterapia, se debería haber hecho histerectomía.

Preeclampsia y eclampsia

Cuatro muertes se atribuyeron a eclampsia. Una falleció por hemorragia intracraneal, otra por coagulación intravascular diseminada y la tercera, por infección intrahospitalaria secundaria a hemodiálisis por insuficiencia renal aguda, con el antecedente de una operación intracraneal por meningioma. La cuarta muerte –de la que no se encontró la historia clínica– se conoce que era una joven de 17 años, que a las 36 semanas de gestación se le diagnosticó preeclampsia severa y desarrollo síndrome de HELLP por el que falleció.

En el caso de las muertes en las que se pudo acceder a la historia clínica, dos eran primigestas y la restante, secundigesta primípara. Una era cesárea pretérmino (34 semanas) por hipertensión severa y las otras, de término. Las tres tuvieron convulsiones luego del nacimiento. Dos tuvieron evidencia de síndrome HELLP (hemólisis, enzimas elevadas y plaquetopenia).

En dos casos se considera que hubo dificultades en los cuidados. La hemorragia intracraneal indica una falla del tratamiento antihipertensivo. Otro caso que murió por sepsis tiempo después de la convulsión, se lo atribuyó a la hipertensión por ser esta la causa que desencadenó el proceso. En la tercera, el curso de la enfermedad fue tan rápido que aun en condiciones óptimas no podría haberse evitado el resultado.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Cumplimiento de las guías para la asistencia de pacientes.
- Registro de la presión arterial en pacientes con cefalea intensa o dolor epigástrico. Aun cuando todavía no se registre hipertensión, las pacientes con síntomas, proteinuria súbita importante, enzimas hepáticas elevadas o anormalidades hematológicas deben evaluarse como candidatas para tratamiento antihipertensivo. El sulfato de magnesio es el fármaco de elección como anticonvulsivante.
- Tratamiento urgente y efectivo de la preeclampsia grave para disminuir la presión sistólica que se asocia al riesgo de hemorragia intracerebral.
- Participación de especialistas en terapia intensiva en el tratamiento.
- Control cuidadoso del ingreso y salida de líquidos, la restricción hídrica y monitoreo central para evitar consecuencias graves.

Hemorragias

Por esta causa hubo dos muertes. Una –de la que no se encontró la historia clínica– correspondió a una paciente de 40 años que falleció luego de una histerectomía por hemorragia.

La otra muerte fue debida a rotura uterina. Esta paciente tenía factores de riesgo (multiparidad, macrosomía fetal, inducción), tuvo parto vaginal durante el que se produjo una rotura silente. La hemorragia se atribuyó erróneamente a atonía uterina y se realizó tratamiento para esta condición.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos resultados en servicios de salud

- Existencia de un protocolo interdisciplinario sobre hemorragia masiva y la relación con el banco de sangre.
- Asistencia en conjunto con hematólogos para pacientes con coagulopatías.

- Dado que la placenta previa (sobre todo en cesáreas anteriores) se relaciona con hemorragias masivas y puede requerir histerectomía, debería asistirse en lugares de máxima complejidad. Para detener una hemorragia no se debe dudar en utilizar todos los recursos: sutura B-Lynch, embolización de arterias uterinas o histerectomías.

Trombosis y tromboembolismo

Se contabilizaron tres casos, que ocurrieron luego de cesáreas. Todas las pacientes tenían factores de riesgo de tromboembolismo y determinantes sociales agravantes. El primer caso era una paciente obesa, diabética, hipertensa, con 3 hijos anteriores. Se le realizó cesárea al término de la gestación. En el primer día del posoperatorio presentó cuadro de embolia de pulmón por el que fallece.

El segundo caso era una paciente con tres cesáreas anteriores que presentó embolia de pulmón al segundo día del posoperatorio.

En ambos casos se considera que hubo dificultades en el cuidado, dado que los factores de riesgo evidentes que presentaban no fueron considerados para hacer trombopprofilaxis.

Lamentablemente la inadecuada calidad de las historias clínicas no permite conocer cómo se hicieron los diagnósticos ni los problemas encontrados para la realización de tratamientos. Debe recordarse que las mujeres que sobreviven al tromboembolismo, con frecuencia quedan con morbilidad dolorosa. Más del 60% desarrolla trombosis venosa profunda y los vendajes o medias compresivas pueden reducirlo.

La tercera paciente –de la que no se encontró la historia clínica– tenía 26 años y falleció por edema agudo de pulmón secundario a tromboembolismo.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Todas las embarazadas deben ser evaluadas sobre tromboembolismo al comienzo

de la gestación, y reevaluadas al internarse o si hay complicaciones en el embarazo.

- La utilización de guías para la tromboprofilaxis en embarazo, parto o cesárea, y puerperio en relación con la evaluación del riesgo y la administración de tratamientos adecuados permite disminuir estas muertes en el futuro.

Sepsis (tracto genital)

Se contabilizaron dos pacientes fallecidas por sepsis originada en el tracto genital.

La primera, luego de un parto normal presentó sepsis puerperal con shock, sin hipertermia, de muy rápida evolución que se atribuyó a una septicemia por estreptococo. La rapidez de la evolución no dio tiempo para estudios ni tratamientos.

En el segundo –del que no se encontró la historia clínica– la información también indica que fue un shock séptico puerperal luego de un parto normal, con puerta de entrada uterina.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Existencia de un protocolo sobre antibióticos para casos de sepsis y el tratamiento de las infecciones para prevención de la coagulación intravascular diseminada.
- Frente a la sospecha clínica de septicemia, tomar muestras de bacteriología y hemocultivos.
- Administración rápida de antibióticos parenterales de amplio espectro, sin esperar los resultados bacteriológicos, aun en presencia de gastroenteritis. La reposición de líquidos y la oxigenación son parte importante del tratamiento.
- Todo el equipo de salud debería estar entrenado en resucitación.

OTRAS MUERTES DIRECTAS

Perforación de intestino

Una paciente falleció luego de una cesárea en el tercer día del posoperatorio; la causa fue

el síndrome de Ogilvie. Este cuadro es una pseudoobstrucción intestinal con distensión que lleva finalmente a la perforación intestinal y no está asociado a ninguna perforación del intestino durante el acto quirúrgico. La distensión en la paciente se atribuyó a un cuadro de tos con dificultad respiratoria, la demora en diagnosticar la perforación intestinal retrasó la laparotomía y la resección intestinal.

Hígado graso agudo

Luego de una cesárea, la paciente presentó un cuadro de hígado graso agudo y falleció a los 9 días de posoperatorio. La información se obtuvo por otros documentos médico-estadísticos, ya que no se encontró la historia clínica. El hígado graso agudo es una complicación impredecible con alta mortalidad y difícil de prevenir o tratar. Las pacientes fallecen de insuficiencia hepática fulminante.

Anestesia

Este caso correspondió a una mujer con embarazo doble, diabética, hipertensa, con una cesárea anterior. Se le realizó cesárea iterativa con anestesia general en el transcurso de la cual se produjo un neumotórax.

La causa principal de la muerte por anestesia se relaciona habitualmente con la asistencia de la vía aérea, ya sea por dificultades para oxigenar a la madre o por la aspiración del contenido gástrico que produce una asfixia inmediata o una falla respiratoria tardía (síndrome de dificultad respiratoria del adulto). La intubación traqueal para cesáreas se realiza para disminuir el riesgo de aspiración. Lamentablemente esto se acompaña de mayor riesgo de muertes por fallas en la intubación y en la oxigenación así como otros problemas en la vía aérea.

En este caso, la paciente tuvo un paro cardiorrespiratorio seguido de muerte cerebral. Se estima que el riesgo de muerte por anestesia general para cesárea es de 1 en 20.000. Cuando se necesita anestesia general, se debe recurrir a un anesthesiólogo experimentado con conocimientos y habilidad.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- En todos los lugares donde se asisten partos debería haber disponibilidad de anestesiólogos capacitados para reconocer la intubación esofágica. Las mujeres obesas tienen más riesgo anestésico por lo que deben tener una consulta anestesiológica previa.
- La frecuencia de fallas en la intubación en embarazadas es de 1 en 300 mientras que en la población quirúrgica general es de 1 en 3000. Se deben administrar antiácidos preventivamente y lateralizar a la izquierda a la paciente para prevenir la compresión aorto-cava.
- Independientemente de la causa de la cesárea, es necesaria una adecuada preoxigenación antes de la inducción de la anestesia general. La cesárea de urgencia con anestesia general se asocia con mayor morbilidad y mortalidad. Hay pocas indicaciones absolutas para anestesia general en cesáreas.

Muertes maternas indirectas

Las pacientes con patologías graves que no están directamente relacionadas con el embarazo requieren asistencia multidisciplinaria y posiblemente varias internaciones durante la gestación. Idealmente se debe asistir en una institución de alta complejidad. Si refiere haber sido tratada por un especialista, se lo debe contactar para solicitar información directa. La radiografía de tórax no está contraindicada en el embarazo y se puede solicitar a las pacientes con síntomas respiratorios.

Cardiopatías

Cuatro pacientes fallecieron por esta causa. Una muerte fue por enfermedad vascular pulmonar, causa que tiene una mortalidad materna del 50%; era una primigesta de 23 años con hipertensión pulmonar primaria, derivada de otra institución con insuficiencia cardíaca a las

26 semanas de gestación. Se le realizó cesárea histerectomía *perimortem*. En estos casos, la conducta recomendada es la terminación precoz del embarazo por el elevadísimo riesgo materno y fetal.

Otra paciente primigesta de 26 años falleció por una cardiomiopatía periparto, con edema agudo de pulmón secundario a tromboembolismo.

Esta es una patología rara en embarazos avanzados y tiene muy mal pronóstico con el 85% de mortalidad dentro de los 5 años. La mitad de estas muertes se produce en los primeros 6 meses postparto. La paciente desarrolló cuadro de insuficiencia cardíaca no reconocible antes del último mes del embarazo. Se realizó cesárea en el transcurso de la cual se produjo paro cardíaco (¿fibrilación auricular?). La paciente continuó en asistencia respiratoria mecánica y falleció poco después. El diagnóstico se obtuvo de la autopsia judicial en el transcurso de la presente investigación, dado que no figuraba en la historia clínica.

La tercera muerte por esta causa fue una primigesta, epiléptica, de 26 años con tetralogía de Fallot (comunicación interventricular, cabalgamiento de la salida de la aorta sobre la comunicación o el ventrículo derecho, estenosis pulmonar y *shunt* de derecha a izquierda). En el puerperio alejado, la paciente tiene un accidente cerebrovascular que fue la causa final de muerte.

Respecto de la cuarta muerte por cardiopatía, no se encontró la historia clínica y por referencias se sabe que era una paciente de 18 años que falleció en el puerperio por endocarditis bacteriana.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Las mujeres con cardiopatías deben recibir asesoramiento preconcepcional. El paro cardíaco es raro en una maternidad pero puede suceder y su asistencia es subóptima. Todos los integrantes del equipo de salud deben estar entrenados y debería estar accesible un carro de paro en el área de salas de parto y quirófanos. No debe

judicializarse la terminación del embarazo cuando hay indicación médica para hacerla. Una vez realizada la recomendación de interrupción, la terminación debería realizarse cuanto antes; en ningún caso deberían pasar más de tres semanas.

- La mayor edad, la obesidad y la hipertensión son factores de riesgo que deben destacarse en la historia clínica (sobre todo al internarse). La hipertensión sistólica se debe atender; cuando es grave debe tratarse con antihipertensivos, puede producir daño cardíaco. Se debe consultar precozmente a cardiólogos e intensivistas, así como asesorar a la familia sobre dónde recurrir en caso de emergencia. Si la paciente fallece por una cardiopatía congénita o heredable (síndrome de Marfan), se le debe ofrecer a la familia asesoramiento y pesquisas.

Muertes por cáncer

La incidencia de cáncer en el embarazo es de 1 cada 6.000 nacimientos, esto es la mitad de la de no embarazadas de igual edad. La causa para esta menor incidencia es que cuando hay diagnóstico, las pacientes oncológicas evitan el embarazo. Si no hay diagnóstico, el diagnóstico es tardío porque no se hizo la pesquisa o ésta no fue adecuada.

En la presente serie hay cuatro muertes por cáncer. La leucemia mieloide aguda fue la causa de muerte de una embarazada primigesta de 27 años que tenía el antecedente de sarcoma de Ewing tratado. En general, esta leucemia mata por hemorragia e infección.

El astrocitoma (glioma anaplásico) fue la causa de muerte de una paciente de 31 años con 13 semanas de gestación.

El cáncer gástrico fue la causa de muerte de una púérpera de 22 días, que presentó un cuadro abdominal grave, se efectuó laparotomía donde se encontraron metástasis retroperitoneales. Este es un cáncer raro en el embarazo y se diagnostica tardíamente, cuando el tratamiento ya no es posible. Tiene muy mal pronóstico.

El cáncer de páncreas fue la causa de muerte de una mujer de 45 años que tuvo un aborto dos meses antes. No se encontró la historia clínica. Este es un cuadro raro en mujeres jóvenes, y más aún en el embarazo.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Disponibilidad de protocolos para la provisión de interconsultas y asistencia interdisciplinaria. Las pacientes graves con problemas que no están directamente relacionados con el embarazo deben ser derivadas a instituciones que puedan dar servicios especializados.
- Necesidad de una historia clínica que incluya antecedentes familiares relevantes y personales (cáncer previo, Papanicolaou anormal, operaciones, biopsias). Las embarazadas con dolor o vómitos graves, lumbalgia o epigastralgia que no cede, pueden requerir estudios radiológicos y no hay contraindicación para hacerlo durante el embarazo. Si la embarazada fue o está siendo tratada por cáncer, se debe contactar al médico tratante y obtener información directa. Si se planifica un parto pretérmino se debe consultar con neonatólogos.
- Los protocolos internacionales recomiendan diferir el embarazo 2 años después de terminado el tratamiento oncológico, esto permite diferenciar las de mejor pronóstico de aquellas que tienen una enfermedad más agresiva. Quienes tienen estadio III deben postergar el embarazo por 5 años, y quienes tienen estadio IV (sobrevida menor de 15% a los 5 años) no deberían embarazarse más.

Pancreatitis

Como resultado del estudio se contabilizaron 2 muertes por pancreatitis. Se estima que esta patología aparece con una frecuencia de 1 cada 3.000 nacimientos, o sea que es un evento raro en el embarazo. En general está relacionada con cálculos biliares, pero frente a malos resultados

debe pensarse en otras causas, entre ellas la hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, diuréticos, alcohol, viral, idiopática.

El primer caso fue una secundigesta primípara de 28 años a quien se le realizó cesárea por hipertensión e hipoxia fetal a las 35 semanas. En el posoperatorio se diagnostica pancreatitis aguda que se complica con infección sistémica por *Acinetobacter* por la que fallece a los 12 días de puerperio. Este germen es un bacilo gram-negativo, aeróbico, que se ha relacionado con infección nosocomial, que afecta a pacientes con sistema inmunológico más deprimido.

El segundo caso fue una mujer de 37 años, primigesta, con preeclampsia, a quien se le realizó cesárea a las 36 semanas de gestación. En el posoperatorio hace un cuadro de abdomen agudo y shock por lo que se la deriva a una institución de mayor complejidad, en la que se realiza laparotomía y se encuentra un absceso retroperitoneal que se drenó, y fallece poco después. El drenaje quirúrgico puede ayudar a reducir la carga de materiales tóxicos pero se asocia a alta morbilidad y mortalidad.

En general, la mitad de las pancreatitis relacionadas con la gestación se ven en el tercer trimestre y son raras en el puerperio. La relación entre preeclampsia y pancreatitis aguda necrotizante aparece en la literatura recientemente. Se encuentra en el puerperio asociada a pacientes que tenían anasarca generalizada, relacionada con diuréticos (en puerperio) y se debería a alteraciones pancreáticas microvasculares.

Infección por HIV

La infección por HIV aumenta el riesgo de muerte materna y en el desarrollo del estudio se constataron 2 muertes.

En el primer caso, el hospital no permitió el acceso a la historia clínica. Era una paciente de 36 años, que se internó a las 33 semanas por neumonía (se sospechó como etiología tuberculosis o *Pneumocystis carinii*, por ser las causas más frecuentes de neumonía asociada con SIDA). A la semana, la paciente hace cuadro de insuficien-

cia respiratoria, se realiza cesárea y fallece poco después con shock séptico.

El segundo caso era una mujer de 26 años que había tenido varias internaciones previas en servicios de obstetricia dependientes del sistema de seguridad social (por aborto, amenaza de parto prematuro a las 21 semanas, cesárea) sin que se haya pesquisado infección por HIV. Con 23 semanas de embarazo se interna con meningitis de causa probable micótica (*Cryptococcus neoformans*) en servicio de clínica médica de hospital público donde se diagnostica SIDA y fallece días después.

Propuestas de dimensiones para evaluación de procesos y resultados en servicios de salud

- Todos los servicios de obstetricia deben realizar la pesquisa prenatal para HIV. Se deben establecer acciones de prevención para los trabajadores de salud y para las parejas de las mujeres tan pronto como se tenga el diagnóstico. Se deben tomar los recaudos necesarios para que el personal esté informado por si la madre requiere internación de urgencia. Se deben implementar las normas nacionales.
- La paciente con VIH/SIDA debe disponer de un carné perinatal con toda la información relevante para que lo lleve consigo. La asistencia durante el embarazo debe ser multidisciplinaria con especialistas en SIDA. Se deben respetar estrictamente las guías y protocolos para esta patología.

CONCLUSIONES

Las muertes maternas subregistradas ocurridas en el año 2008 en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires duplican a las muertes maternas registradas.

Los resultados indican claramente que la omisión de registro de causas maternas y otros datos del evento reproductivo en las muertes institucionales reportadas en los Informes Estadísticos

de Defunción (del Subsistema de Estadísticas Vitales del Sistema Estadístico de Salud de la CABA) se debe, básicamente, a:

1. Déficit en la captación y registro de información en el Informe Estadístico de Defunción y en las historias clínicas elaboradas en los establecimientos.
2. No valoración de la calidad de información como dimensión de la calidad de atención.

En el Informe Estadístico de Defunción existen un conjunto de contenidos que posibilitan establecer si se trata de una muerte materna.

Por un lado, las preguntas –para todas las mujeres en edad reproductiva– referidas a la existencia de embarazo en los últimos 12 meses previos a la muerte y, en caso afirmativo, la fecha de terminación de ese embarazo. Si esta información es completada adecuadamente, es posible determinar si esa defunción es una muerte materna, tardía o relacionada con el embarazo. Como se explicitó en los resultados de este estudio, más del 95% de los IED carecen de estos datos.

Por otro lado, el apartado sobre Certificación Médica de la Causa de Muerte aporta la información esencial para establecer la causa básica de muerte (sea ésta materna o no) y las causas asociadas o contribuyentes si las hubiera. Por lo tanto, si el médico no completa adecuadamente estos contenidos y sólo registra causas finales o inespecíficas (sepsis, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, etc.), no es posible conocer las principales causas de defunción de la población y sus magnitudes relativas.

En este punto, parece importante establecer ciertas diferencias entre instituciones públicas y no públicas.

Por lo general, para las pacientes ingresadas en servicios o unidades de Ginecología u Obstetricia de establecimientos de salud oficiales (dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la UBA, etc.), en la historia clínica se dispone de datos referentes al evento

reproductivo. Sin embargo, el agravamiento de la paciente, la complicación del cuadro con otras patologías y el traslado a cuidados intensivos aparecen como los motivos por los que el médico certificante no vuelca en el IED la existencia del evento reproductivo y su posible contribución o asociación a la causa básica de muerte.

En las instituciones privadas o dependientes de la seguridad social, se encontró escasa información –en las historias clínicas– tanto de antecedentes reproductivos como del evento que originó la internación de las pacientes

Desde la perspectiva de la información, parece conveniente sugerir que el Sistema Estadístico de Salud profundice la difusión de la necesidad de que los profesionales de salud brinden información oportuna y completa, que constituye además una herramienta básica para la vigilancia y la investigación de salud materno-infantil.

Del mismo modo, el Sistema Estadístico de Salud debería proveer al Sistema de Estadística Vitales de la DGEyC de las bases de Informes de hospitalización cuyos diagnósticos estuvieran asociados a complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

A nivel del Sistema de Salud de la CABA y considerando que, de acuerdo con los resultados del estudio, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son atendidas –en su mayoría– en establecimientos del subsector público y se ubicarían entre las principales causas de defunción de las mujeres en edad reproductiva, es de suma importancia que las áreas de competencia dispongan de un adecuado diagnóstico de la situación para profundizar las acciones orientadas a mejorar la salud materna.

Tal como se ha descrito en los resultados, las complicaciones de los abortos, la hipertensión, el tromboembolismo y las hemorragias son las causas más frecuentes de muertes maternas. La omisión o subregistro de la mortalidad materna afecta no sólo al conocimiento de la magnitud del problema, sino también a su solución.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell OM & Graham W J. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006, 1284-1299.
- Dick-Read G. Revelation of Childbirth. London:1942 Heinemann.
- OPS-OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10º rev, 1992. Washington, DC, EE.UU.: 1995 Publicación Científica N° 554. OPS.
- Ronsmans C, & Graham W. Maternal mortality:who, when, where, and why. Lancet 2006, 1189-1200.
- Rosenstock I. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quaterly 1988, 15, 175-83.
- Royston E, & Armstrong S. Preventing maternal deaths. 1989. Geneva: World Health Organization.