

La muerte materna indirecta en ocasiones puede ser directa o un incidente adverso

Manuel Antonio Díaz de León Ponce,* Jesús Carlos Briones Garduño†

RESUMEN

Se revisan en forma retrospectiva seis estudios de reportes de muerte materna y sólo se utilizan cuatro provenientes de las unidades de cuidados intensivos obstétricos, ya que dos eran institucionales y no contenían los datos que se necesitaban para este estudio y podían alterar los resultados y conclusiones. Se analizan 6,723 pacientes de 1973 al 2013; de ellas 1,012 pacientes fueron catalogadas como otras causas y se encontró que la mortalidad relativa era baja y la absoluta fue de 7.2%. En los reportes institucionales, estas muertes, por tener una enfermedad previa, se catalogaron como muertes maternas indirectas, pero al analizar este grupo se encontró que varias de ellas eran muertes directas y otras por incidentes adversos. Sin embargo, es importante reconocer que los datos encontrados y decir que la muerte materna en nuestro país es alta, pero comparada con el número de ingresos y las condiciones en las que ingresaron, la muerte materna debería de ser baja, ya que muchas de éstas eran irrecuperables y la muerte materna indirecta es más baja que en los países desarrollados, ya que en ellos la muerte materna directa representa una mortalidad de 58% y la indirecta de 48%, es decir, es de uno a uno.

Palabras clave: Muerte materna, directa, indirecta e incidentes adversos.

SUMMARY

Were reviewed retrospectively six studies reporting of maternal mortality and only four from Obstetric Intensive Care Units are used as two were institutional and did not contain the data needed for this study and could alter results and conclusions. 6,723 patients from 1973 to 2013 were analyzed; 1,012 of these patients were classified as other causes and found that mortality was low relative and absolute 7.2%. In institutional reports for these deaths have prior disease were classified as indirect maternal mortality, but when analyzing this group it was found that several of them were direct deaths and other adverse events by. However, it is important to recognize that the data found and say that the maternal mortality in our country is high, but compared to the number of admissions and the conditions under which they entered the maternal mortality should be low since many of these were sunk and indirect maternal mortality is lower than in developed countries because in them the direct maternal mortality represents a mortality of 58 and 48% indirect ie is one to one.

Key words: Maternal death, direct, indirect and adverse events.

INTRODUCCIÓN

Se conoce a nivel mundial que la muerte materna (MM) en los países en vías de desarrollo es hasta 10 veces mayor que la de los países desarrollados, considerándose que esto es un

indicador de inequidad social, mala cobertura y calidad de atención médica, ya que estas muertes son evitables. Durante los cinco últimos sexenios, los secretarios de salud han declarado que este logro no se efectuó por falta de decisión médica.^{1,2}

* Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía, titular de la Academia Nacional de Medicina.

† Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía, de número de la Academia Nacional de Medicina.

En el año 2000, nuestro país tuvo 2,230 muertes maternas y de acuerdo a los objetivos del desarrollo del milenio para el 2015 debería de ser de 417 muertes maternas anuales. Esto requería una disminución anual del RMM (razón de muerte materna) de 5.4%, lo cual no se cumplió.³ La institución que mejor lo hizo fue el IMSS con un RMM en el 2013 de 26.3%, pero el resto del sector salud la RMM varía entre 36 y 52%.

Desde los años 70 del siglo pasado, en el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (HGO 2 CMN IMSS) se demostró cuál era la solución médica del problema: preparación del gineco-obstetra en cirugía y conocer las complicaciones médicas agudas que puede desarrollar la mujer embarazada, unidades de cuidados intensivos de obstetricia con personal médico y paramédico multidisciplinario con tecnología de punta y utilizar protocolos únicos y difundir los conocimientos obtenidos para la retroalimentación del mismo personal, de la unidad, y de otros hospitales del IMSS de la Secretaría de Salud Federal y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁴⁻¹⁰

Sin embargo, el terremoto de 1985 las complicaciones económicas del país y la presión externa provocada por el banco mundial y la interna por dirigentes del instituto no continuaron construyendo hospitales de gineco-obstetricia y los que existían los transformaron en hospitales generales de zona y estos mismos lograron que no se construyera el HGO en el nuevo CMN Siglo XXI.

El país y las instituciones que no reconocen su historia están condenados a cometer los mismos errores, es por eso que sostenemos que la MM no se resuelve por falta de decisión médica sino por decisión política, posición que también sostienen algunos países.^{3,11,12}

Con estos antecedentes el objetivo del presente artículo es demostrar que las muertes maternas catalogadas como indirectas no son causadas por decisiones políticas si no por decisiones médicas y que a pesar de que la muerte materna es alta en nuestro país, las indirectas en los países desarrollados es igual a la mortalidad materna directa relación de 48 y 52%.¹²

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recopiló en forma retrospectiva la mortalidad materna de seis reportes de los años 1973 al 2013,

de ellos cuatro eran de las unidades de cuidados intensivos obstétricas especializadas y los otros dos fueron reportes institucionales, para evitar la contaminación del estudio sólo se tomó el reporte de las cuatro Unidades de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO) que tenían los mismos criterios: clasificación de ingreso y egreso, diagnóstico de las enfermedades del embarazo, insuficiencias de órganos o sistemas afectados, tiempo de estancia, incidentes adversos y lugar de referencia, la cual se dividía en tres grupos: primero si tenían enfermedad previa, o si estaba controlada la enfermedad por el especialista y era referida de una clínica de embarazo de alto riesgo a la UCIO; el segundo grupo era en la cual se conocía la enfermedad previa y era controlada por el especialista, y el embarazo por el médico familiar o el médico gineco-obstetra sin que existiera comunicación entre ellos; y el tercer grupo en el cual no se había diagnosticado la enfermedad previa. Las causas de la muerte de los tres grupos se analizaba por un comité de mortalidad materna.¹³⁻¹⁹

RESULTADOS

Las cuatro Unidades de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO) dividieron sus ingresos en cuatro grupos: el primero preeclampsia-eclampsia, el segundo hemorragia, el tercero sepsis y el cuarto otros.

El total de ingresos fue de 6,723 pacientes, la mortalidad fue mayor en el grupo de preeclampsia-eclampsia de 36.2 al 50%, el grupo de hemorragia de 21 al 27.3%, la sepsis de 13.7 al 24% y otros entre 6.4 al 19.3% (*Cuadro I*).

Para este reporte de las 6,723 pacientes que ingresaron a la UCIO en el grupo de otros el número de pacientes que ingresaron fue de 1,012 pacientes que representa 15.05% de todos los ingresos; de ellas murieron 73 muerte materna (MM) que repre-

Cuadro I. Pacientes que ingresaron a las Unidades de Cuidados Intensivos Obstétricos.

Total de pacientes 6,723	
Padecimiento	%
Preeclampsia-eclampsia	36.2 al 50
Hemorragia	21 al 27.3
Sepsis	13.7 al 24
Otros	6.4 al 19.3

senta una mortalidad relativa de 1.08% y la absoluta de 7.2% (*Cuadro II*).

Las enfermedades que tenían las pacientes se clasificaron en 10 grupos y se determinó el porcentaje:

1. **Cardiopatías**, que representan 42% y se dividían en: adquiridas como la secundaria a fiebre reumática, estenosis mitral, doble lesión mitral, doble lesión aórtica. Congénitas: comunicación interauricular, persistencia de conducto arterioso y comunicación interventricular.
2. **Endocrinológicas 15%**: diabetes mellitus tipo 2 sin nefropatía, diabetes gestacional y hipertiroidismo.
3. **Neumopatías 10%**: discreta la enfermedad pulmonar obstructiva por asma bronquial o neumonitis intersticial.
4. **Gastropatías 8%**: enfermedad ácido péptica, colecistitis intrahepática congénita o adquirida, cirrosis secundaria a hepatitis C con insuficiencia hepática estadio 1.
5. **Nefropatías 8%**: insuficiencia renal crónica por nefritis intersticial, glomerulonefritis post-estreptocócica y nefropatía diabética y enfermedad poliquística con enfermedad renal crónica estadio 1.
6. **Hemopatías 6%**: anemia hemolítica microangiopática, púrpura autoinmune, leucemias y linfomas.
7. **Colagenopatías 4%**: lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide.
8. **Anestésicas 3%**: encefalopatía anoxo-isquémica por paro cardiorrespiratorio secundario a intubación orotraqueal a bloqueo epidural.
9. **Anafilácticas 2%**: por penicilina, sulfametoxazol con trimetoprim y dimetilpirazolona.
10. **Traumáticas 2%**: por lesión craneoencefálica, torácica o abdominal y quemados de segundo y tercer grado con extensión mayor de 30% de la superficie corporal.

Las insuficiencias que desarrollaron se dividieron en siete grupos: metabólico-nutricia, hemodinámica,

ca, hematológica, gastrointestinal, hepática, pulmonar, cerebral que incluía la muerte cerebral y por último, la renal (*Cuadro III*).

Las pacientes se dividieron en tres grupos: el primero grupo con diagnóstico de su enfermedad en control, enviada a la clínica de embarazo de alto riesgo y participaba en su manejo el médico tratante y el personal médico de la clínica de embarazo de alto riesgo que correspondía al 50% de los ingresos. El segundo grupo, en el cual se conocía su enfermedad y era controlada por su médico especialista, pero sin haberse propuesto control de la fertilidad y ya embarazada no había comunicación con su médico tratante, por el gineco-obstetra o el médico familiar y cuando iniciaba el trabajo de parto se enviaba a un hospital de zona o de especialidad, esto correspondía al 25% de los casos y el tercer grupo correspondía a los pacientes que no se conocía su enfermedad previa o presentaban un accidente durante la anestesia, reacción anafiláctica o traumatismo y representaba 25%.

En el primer grupo la morbilidad y mortalidad fue menor y el motivo del ingreso a la UCIO era por el riesgo de que la paciente presentara insuficiencia aguda del órgano dañado o secundaria al procedimiento obstétrico como hemorragia durante la cirugía o infección secundaria.

El segundo y tercer grupo que representaba el menor número de ingresos tenía mayor morbilidad y en ellos existían múltiples incidentes adversos y se clasificaron como secundario al procedimiento médico o quirúrgico por omisión o comisión, por error humano o del equipo, por el tipo de intervención: diagnóstica, quirúrgica o profiláctica y por la severidad del daño. En estos dos grupos existía omisión médica por no efectuar control de la fertilidad por el especialista y el médico familiar, y si ya estaba embarazada por no enviarla a una clínica de embarazo de alto riesgo o controlarla en el mismo hospital de

Cuadro II. Pacientes clasificadas como otros.

Otros	n	%
Ingresos	1,012	15.05
Muertes	73	
Relativa		1.08
Absoluta		7.2

Cuadro III. Insuficiencias que presentaron las pacientes clasificadas como otros.

Insuficiencia	%
Metabólico-nutricia	80
Hemodinámica	60
Hematológica	25
Gastrointestinal y hepática	17
Pulmonar	14
Cerebral	14
Renal	14

zona si éste contaba con los recursos tecnológicos para hacerlo y tener comunicación entre ellos para determinar el momento de la resolución del parto y, si esto no sucedía también había responsabilidad por comisión y en el tercer grupo existía incidente adverso por omisión en el primer nivel de atención y en los médicos que estaban en la resolución del embarazo por no efectuar el diagnóstico correcto.

En los tres grupos existía responsabilidad del hospital y de la institución por omisión y comisión, por creer que los hospitales de zona pueden resolver estos problemas sin contar con los recursos humanos y tecnológicos para realizarlo, y pensar que la paciente crítica embarazada es una paciente de segundo nivel.

DISCUSIÓN

Siempre hemos sostenido en nuestras publicaciones que la muerte materna no se resuelve porque no se conozca la solución médica, si no que no hay decisión política para ello.

Pero en las muertes clasificadas como indirectas y que además no se reportan como muerte materna directa se tiene que discutir por qué creemos que en muchas de ellas hay compromiso médico:

1. Porque una mujer en ocasiones llega a embarazarse y el médico familiar o general no sospecha la enfermedad previa.
2. Porque es diagnosticada y tratada por el médico especialista y si está en etapa de fertilidad no la envían a control de natalidad o si consideran que el órgano afectado puede resistir el embarazo debería ser canalizada a una clínica de embarazo de alto riesgo y no mantienen comunicación con el gineco-obstetra si es en el mismo hospital general o no lo comunican al médico familiar que debe de enviarse a un hospital de alta especialidad.
3. Para el médico general al saber que su paciente es portadora de una enfermedad, no aplica control de la natalidad o si ya está embarazada para tratar de enviarla a un hospital de alta especialidad.
4. Los hospitales generales de zona realmente no tienen toda la estructura para resolver este problema, y no cuentan con unidades de cuidados intensivos especializados y con clínicas de embarazo de alto riesgo.
5. Los médicos tratantes y los gineco-obstetras no siempre determinan en qué momento la paciente se puede embarazar, y el momento de la interrupción del embarazo en caso de presentarlo.

6. No es posible tratar a pacientes embarazadas complicadas en unidades de cuidados intensivos generales porque los médicos intensivistas o internistas no tienen los conocimientos adecuados para ello.

7. El grupo de problemas anestésicos que generalmente causan encefalopatía anoxo-isquémica y las anafilácticas, los médicos anestesiólogos al no realizar la valoración preanestésica en la que muchas veces hay antecedentes de sensibilidad a ciertas drogas, y además al no efectuar la exploración física de la vía aérea y no contar en ocasiones con las cánulas orotraqueales adecuadas para la ventilación, lo que provoca el paro cardiorrespiratorio por más de cinco minutos y cuando se logra esto ya hay daño cerebral irreversible o en ocasiones no hay los ventiladores adecuados para restituir la función respiratoria.

Por lo anterior muchas muertes maternas indirectas son más directas que las provocadas por enfermedad del embarazo y hay incidentes adversos que la provocan por:

- a) Deficiente conocimiento médico.
- b) Falta de coordinación entre especialistas.
- c) Falta de unidad de cuidados intensivos obstétricos de calidad.
- d) Falta de clínicas de embarazo de alto riesgo y hospitales con toda la tecnología para la solución de esta problemática.

Estos incidentes adversos se clasifican como de omisión o comisión del médico del hospital y de la institución, y la severidad puede ser la muerte de la paciente.

Para corroborar lo anterior, comparamos los resultados con un estudio de la CONAMED en el 2013,²⁰ el cual es un estudio descriptivo y retrospectivo de 133 expedientes de muerte materna (MM) de un total de 1,257 que tuvo nuestro país en el 2009, éstas fueron catalogadas como muertes indirectas sin especificar cuál fue la causa por la que sucedió, ya que los diagnósticos fueron: alcoholismo 4.5%, cardiopatías 3.47%, hipertensión arterial 2.8%, diabetes 2.31%, enfermedad cerebral 1.15%, enfermedad autoinmune 0.58%, 12 con diferentes enfermedades 6.9%, 32 no se documentó enfermedad 18.5%; del grupo de 173 pacientes 54.9% se clasificaron como muertes directas y las 78 ya descritas como indirectas 45% pero con estos datos no se puede determinar en qué

se basaron las muertes indirectas. Sin embargo, este estudio sirve para corroborar que los países desarrollados y que están de acuerdo con publicaciones de que la muerte materna directa es por falta de decisión política y la indirecta es por deficiencia médica, ya que su mortalidad por otros padecimientos es de 48% y la muerte materna directa es de 52%, es decir, que de dos ingresos a un hospital de alta especialidad muere una de ellas por causa indirecta en estos países.^{11,12}

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco MV, Navarrete HE. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. 1992-2001. *Gac Med Mex*. 2003;139(51):517-522.
2. Campos CC, Hurtado LM, Pulido RA, Guerrero HA, Briones GJC. *Muerte materna en México. Colección medicina de excelencia*. México. Ed. Alfil. 2013. pp. 1-11.
3. Díaz de León PM, Briones GJC. Disminuir la muerte materna compromiso no cumplido por nuestro país. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2013;27(2):68-70.
4. Díaz de León PM, Espinoza MML, Yáñez MI, Niz RV, Kably AA. La unidad de cuidados intensivos en ginecología y obstetricia. *Medicina*. 1978;1228:20-31.
5. Díaz de León PM, Briones GJC, Kably AA, Barrón VV, Espinoza MML, y cols. Cuidados Intensivos en Obstetricia. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 1997;(XI)2:36-40.
6. Briones GJC, Cejudo AJ, Gómez-Bravo TE, Morales EJG, Díaz de León PM. *Medicina crítica en obstetricia*. Simposio. Academia Mexicana de Cirugía. Ed. Diseño Gráfico. México. 2002. Pág. 161-172.
7. Gómez-Bravo TE, Briones GJC, Castañón GJA, Díaz de León PM, Morales EJG, y cols. Medicina Crítica en Obstetricia. Impacto de un Programa Educativo. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2001;(XV)4:126-129.
8. Briones GJC, Díaz de León PM. Muerte materna y medicina crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2011;XXV(2):56-57.
9. Díaz de León PM, Briones GJC. Medicina crítica en obstetricia una verdad no reconocida. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2012;XXVI(1):6-10.
10. Briones GJC, Díaz de León PM, Gómez-Bravo TE, Ávila EF, Rodríguez RM, Briones VCG. Mortalidad materna y medicina crítica. Tres décadas. (1973-2003). *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2004;XVIII(4):118-122.
11. Méndez C. Falta voluntad política para reducir la muerte materna. CRESIB Y IS GLOBAL. Barcelona España, 2012, pp. 1-2.
12. Valle ECL, Roldan L, Cabrera F, García HJA. Mortalidad materna 1991-2007. Porque mueren las madres en un hospital de tercer nivel. *Clin Obstet*. 2010;37(5):192-197.
13. Díaz de León PM, Aristondo GM. Administración en las unidades de medicina aguda. En Díaz de León PM. Briones GJC. Aristondo MG. *Medicina aguda 2ª ed*. Mex. Editorial Prado. 2014, pp. 1-36.
14. Díaz de León PM, Juárez DGN, Aristondo MG. *Escala pronóstica en el paciente grave: recuperación e irreversibilidad*. *Gac Med Mex*. 1987;133(1142):269-274.
15. Cerón HD, Escalante AC, Díaz de León PM. Incidentes adversos como causa de ingreso a una unidad de cuidados intensivos. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 1987;1(1):13-19.
16. Díaz de León PM. Incidentes adversos en medicina crítica. *Cir Ciruj*. 1994;61(3):105-112.
17. Briones GJC, Díaz de León PM, Gómez-Bravo TE, Ávila EF, Rodríguez RM, Briones VCG. Mortalidad materna y medicina crítica. Tres décadas. (1973-2003). *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2004;XVIII(4):118-122.
18. Karam CMA, Bustamante MP, Campuzano GM, Camarena PA. Aspectos sociales de la mortalidad materna estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*. 2007;82(4):205-211.
19. Montesano DJR, Hernández A, Zapien MJE, Olivares DJM, Mendoza G, Luna RMG. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(1):109-116.
20. Aguirre GHB, Briones GJC, Anda AB. Análisis de la muerte materna en México. Colección Medicina de Excelencia Mortalidad Materna. México. Ed. Alfil. 2013, pp. 13-26.

Correspondencia:

Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce
Tel: 55-41-69-43.
E-mail: manueldeleonponce@hotmail.com