Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2018 diciembre;86(12):794-803.

Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la Ciudad de México

Omissions detected in 150 cases of maternal death in Mexico City.

José Antonio Moreno-Sánchez,[1] Rosalba Garduño-Zarazúa,[2] Francisco Pascual Navarro-Reynoso,[3] Martha Tarasco-Michel[4]

Resumen

OBJETIVO: Identificar y describir, en una muestra poblacional acotada, las omisiones en el proceso de atención a la salud en casos de muerte materna.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo para el que se seleccionaron cuatro hospitales federales de referencia, ubicados en la Ciudad de México, para revisión de los casos de muerte materna ocurridos entre enero de 2010 y diciembre de 2017. Para la identificación de las omisiones en el proceso de atención, se estudiaron 11 variables del dictamen de muerte materna: oportunidad del diagnóstico clínico, tratamiento otorgado, atención de complicaciones, atención prenatal, oportunidad de la atención médica, registro de datos en el expediente, previsibilidad de la muerte materna y muertes susceptibles de evitarse por el hospital.

RESULTADOS: Se analizaron 150 casos de muerte materna. El 36% de los casos se dictaminaron como muertes que pudieron evitarse por el hospital y 71% como muertes susceptibles de prevención mediante diagnóstico. No recibieron atención prenatal 92 pacientes (61%); en 52 casos (35%) los registros médicos en el expediente clínico estaban incompletos.

CONCLUSIONES: Los dictámenes elaborados por los comités señalan las acciones que no se llevaron a cabo durante el proceso de atención. El subregistro de datos en los expedientes clínicos es una omisión que afecta negativamente el análisis de los casos y la integración de los dictámenes por parte de los comités. El porcentaje elevado de evitabilidad y previsibilidad de los casos refleja probables deficiencias durante la atención en diferentes áreas y permite definir acciones correctivas para disminuir su ocurrencia.

PALABRAS CLAVE: Muerte materna; atención prenatal; atención médica; muerte; hospitales.

Abstract

OBJECTIVE: Identify and describe, in a limited population sample, the omissions in the health care process in cases of maternal death.

MATERIALS AND METHODS: This is a descriptive and retrospective study. Four federal referral hospitals were selected, located in Mexico City and the cases of maternal death occurred between January 2010 and December 2017. For the identification of the omissions in the care process, 11 variables of the opinion were studied. of maternal death: opportunity of clinical diagnosis, treatment granted, care of complications, prenatal care, opportunity for medical attention, record of data in the file, predictability of maternal death and avoidable deaths by the hospital.

RESULTS: 150 cases of maternal death were reviewed. 36% of the cases were ruled as preventable deaths by the hospital and 71% as preventable deaths by diagnosis. Ninety-two patients (61%) did not receive prenatal care; in 52 cases (35%), the medical records in the clinical file were incomplete.

CONCLUSIONS: The opinions drawn up by the Committees indicate the actions that were not carried out during the care process. The underreporting of data in the clinical

[1] Director general adjunto de Desarrollo Gerencial.
[2] Coordinadora médica normativa.
[3] Director general.
Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, Ciudad de México.
[4] Coordinadora del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, Ciudad de México.

Recibido: julio 2018
Aceptado: septiembre 2018

Correspondencia
Rosalba Garduño Zarazúa
rosezarazua@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Moreno-Sánchez JA, Garduño-Zarazúa R, Navarro-Reynoso FP, Tarasco-Michel M. Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la Ciudad de México. Ginecol Obstet Mex. 2018 diciembre;86(12):794-803.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2353

files is an omission that negatively affects the analysis of the cases and the integration of the opinions by the committees. The high percentage of preventability and predictability of the cases, reflects probable deficiencies during the attention in different areas and allows to define corrective actions to reduce their occurrence.

KEYWORDS: Maternal death; Prenatal care; medical attention; Death; Hospitals.

ANTECEDENTES

La disminución de la mortalidad materna es una prioridad declarada en numerosas reuniones internacionales: Conferencia Internacional de Maternidad sin Riesgo (1987),[1] Cumbre a favor de la Infancia (1990),[2] Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994)[3] y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995)[4]. Durante estas reuniones se estableció como meta la reducción de la muerte materna en 50% para el año 2000 y México estuvo entre los países que firmaron este compromiso.

Más recientemente, en la Cumbre del Milenio (2000)[5] se llegó al acuerdo de reducir la mortalidad materna en 75% para 2015, lo que significó para México disminuir la razón de muerte materna a menos de 22 por 100 mil nacidos vivos. En la actualidad, la razón de mortalidad materna en México es de 32 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una reducción de 9.4 puntos porcentuales respecto de lo registrado en la misma fecha el año pasado.[6] Por último, en la Conferencia Mundial las Mujeres Dan Vida (2007)[7] se hizo hincapié en las estrategias para lograr dicha meta, entre las que se encuentran: el acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro, acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio, y el acceso oportuno e irrestricto a la atención obstétrica de emergencia; estrategias en las que se requiere inversión financiera, reforzamiento de los sistemas de salud, articulación efectiva intersectorial (incluyendo a la sociedad civil) y, sobre todo, voluntad política y compromiso de los gobernantes para llevarlas a cabo con decisión.[8]

Entre las acciones para contribuir a la disminución de la muerte materna en México está la organización de comités nacionales, estatales y locales. El primer Comité de Mortalidad Materna en México se fundó en el Hospital de Gineco-Obstetricia 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social el 1 de junio de 1971[9]; no obstante, desde principios del decenio de 1960, en algunos hospitales del IMSS y de otras instituciones, se realizaron reuniones para estudiar y analizar los casos de muerte materna, por iniciativa de los directores y jefes de servicios de ginecoobstetricia para informar los resultados.

En concordancia con el Acuerdo Secretarial, publicado en 2001 y actualizado en 2010 y con el Acuerdo del Consejo de Salubridad General de 2004, las instituciones del Sector Salud deberán instalar y operar Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, de acuerdo con la estructura, organización, funcionalidad y el marco legal de cada institución.[9]

En este tema de gran relevancia, donde casi todos los casos son evitables con buenas prácticas asis-

tenciales que cuentan con una sólida evidencia científica, resulta incómodo revisar lo ocurrido en aras de una autocrítica honesta y real, para reconocer las cosas y los hechos.[10]

El estudio de Rodríguez-Angulo y Palma-Solís[11] forma parte de la abundante bibliografía que describe y analiza las demoras en la atención de la complicación materna. Estas demoras, encadenadas, llevan a la mujer a un desenlace fatal. La responsabilidad de cada uno de los actores que intervienen en el proceso de atención de la embarazada, mediante el cumplimiento de sus obligaciones profesionales en cada una de las etapas y con los recursos que deben estar disponibles en todas las unidades médicas, para la atención oportuna y eficaz de las urgencias, son elementos clave que, dentro de un modelo preventivo de causas de demora, para reducir los casos de muerte materna y las complicaciones obstétricas severas.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue: identificar y describir, en una muestra poblacional acotada, las omisiones en el proceso de atención a la salud en los casos de muerte materna.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo efectuado para identificar las omisiones que intervienen en el proceso de la atención a la salud de los casos de muerte materna, en el contexto de cuatro hospitales federales de la Ciudad de México, durante un periodo de 8 años (2010-2017).

Se seleccionaron cuatro hospitales con base en la disponibilidad de información y accesibilidad de las copias de los expedientes clínicos de muertes materna, porque una copia de estos se recibe en las oficinas de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), para el análisis de los procesos gerenciales. Se excluyeron dos establecimientos: el primero debido a que no presta servicios de atención ginecoobstétrica, y el segundo porque no se encontraba en operación en el año 2010, si no hasta el 2014; por lo que no cumple con el periodo de estudio.

Se seleccionaron los expedientes de casos de muerte materna ocurridos entre enero de 2010 y diciembre de 2017, que incluyeran el resumen clínico, el dictamen de muerte materna elaborado por los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal y el certificado de defunción y eslabones críticos del proceso de atención de la mujer. Se excluyeron todos los registros incompletos de casos de muerte materna o con documentación ilegible y los casos que, al analizarlos, se encontró que la paciente falleció en otro lugar diferente a los hospitales estudiados.

Se seleccionaron 17 variables de los documentos referidos con las que se construyó una base de datos. La definición y operación de las variables estudiadas se muestra en el **Cuadro 1**.

Para la identificación de las omisiones en el proceso de atención se estudiaron 11 variables del dictamen de muerte materna: oportunidad del diagnóstico clínico, tratamiento otorgado, atención de complicaciones, atención prenatal, oportunidad de la atención médica, registro de datos en el expediente, previsibilidad de la muerte materna y muertes susceptibles de ser evitadas por el hospital. Se consideraron omisiones las variables dictaminadas como: inoportuno, inadecuado, incorrecto y sin registro.

Las variables de oportunidad de la atención y oportunidad en el diagnóstico clínico se definieron como el tiempo entre la solicitud de atención de la paciente en la instancia hospitalaria y cuándo ocurrió ésta; y el tiempo en el que se recibe la atención y se establece el diagnóstico clínico. Se consideró oportuna la atención brindada de inmediato.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2353

Cuadro 1. Definición y operacionalización de las variables de los casos de muerte materna de cuatro hospitales federales en la Ciudad de México (continúa en la siguiente página)

n	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable, categorías y codificación
1	Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la muerte	Registro de años cumplidos en el certificado de defunción	Cuantitativa discreta Número de años sin decimales.
2	Escolaridad	Años de estudio en algún establecimiento docente	Escolaridad registrada en el certificado de defunción	Cualitativa ordinal: -Ninguna -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura -Posgrado -Se ignora
3	Ocupación	Actividad desempeñada	La ocupación registrada en el certificado de defunción	Cualitativa nominal -Hogar -Empleada -Desempleada -Otra
4	Afiliación a los servicios de salud	Estar inscrita en algún sistema de salud público o privado, con derechos establecidos	Respuesta obtenida y registrada en el certificado de defunción	Cualitativa nominal -IMSS -ISSSTE -Seguro Popular -PEMEX -SEDENA -SEMAR -Unidad privada -Ninguna -Otra -Se desconoce
5	Lugar de defunción	Unidad médica donde ocurrió el deceso, que corresponde a uno de los seis hospitales federales de referencia	Nombre del hospital federal de referencia registrado en el certificado de defunción	Cualitativa nominal -Hospital General de México -Hospital Juárez de México -Hospital General Dr. Manuel Gea González -Hospital de la Mujer
6	Periodo en que ocurrió la muerte materna	El comprendido desde la primera semana de embarazo hasta un año posterior al parto.	Respuesta registrada en el certificado de defunción	Cualitativa nominal -Embarazo -Parto -Puerperio -Un año después del parto o aborto
7	Diagnóstico clínico	Procedimiento que identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad y compara el diagnóstico médico con el anatomo-patológico	Determinación del Comité de Mortalidad Materna de si el diagnóstico establecido fue adecuado o inadecuado	Cualitativa dicotómica -Adecuado -Inadecuado -Sin información
8	Oportunidad del diagnóstico clínico	Tiempo mínimo razonable trascurrido desde el ingreso hasta el establecimiento del diagnóstico definitivo	Determinación, por parte del Comité de Mortalidad Materna, de si el diagnóstico se estableció oportunamente y en un tiempo razonable	Cualitativa dicotómica -Oportuno -Inoportuno -Sin información

Cuadro 1. Definición y operacionalización de las variables de los casos de muerte materna de cuatro hospitales federales en la Ciudad de México (continúa en la siguiente página)

n	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable, categorías y codificación
9	Tratamiento otorgado acorde con el diagnóstico	Tratamiento indicado con base en la evidencia y diagnóstico final	Determinación, por parte del Comité de Mortalidad Materna, de si el tratamiento fue correcto o incorrecto con base en la normatividad nacional e internacionl al respecto	Cualitativa dicotómica -Correcto -Incorrecto -Sin información
10	Atención de las complicaciones por el médico	Acciones efectuadas por el personal médico para controlar y tratar las complicaciones obstétricas	Determinación, por parte del Comité de Mortalidad Materna, con base en el expediente clínico, de si la atención de las complicaciones obstétricas fue oportuna y correcta	Cualitativa dicotómica -Oportuno -Inoportuno -Sin información
11	Solicitud de interconsulta a otros servicios o especialidades	Solicitudes de valoración a médicos de mayor jerarquía, experiencia o de otras especialidades para mejorar el diagnóstico y tratamiento a la paciente obstétrica	Determinación, por parte del Comité de Mortalidad Materna, con base en el expediente clínico, de si se solicitó o no de manera oportuna la interconsulta a médicos de mayor jerarquía o de otra especialidad	Cualitativa dicotómica -Oportuno -Inoportuno -Sin información
12	Atención prenatal	Conjunto de actividades de salud que reciben las embarazadas durante la gestación	Determinación, con base en el interrogatorio de la paciente o familiar, de si hubo o no consultas prenatales	Cualitativa nominal -No - SÍ -Regular -Irregular -Se desconoce -Sin información
13	Oportunidad de la atención del evento obstétrico	Tiempo trascurrido desde la solicitud del servicio hasta la atención del evento obstétrico	Tiempo en horas en que se registró el dictamen de muerte materna	Cuantitativa discreta- intervalos -< 1 -1- 4 -4 -8 -8-12 -> 12 Sin información
14	Oportunidad del diagnóstico clínico	Tiempo trascurrido entre la solicitud del servicio y el establecimiento del diagnóstico médico inicial	Tiempo en horas hasta el registro del dictamen de muerte materna	Cuantitativa discreta- intervalos -< 1 -1- 4 -4 -8 -8-12 -> 12 -Sin información

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2353

Cuadro 1. Definición y operacionalización de las variables de los casos de muerte materna de cuatro hospitales federales en la Ciudad de México (continuación)

n	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable, categorías y codificación
15	Muerte previsible por diagnóstico	Juicio de valor médico y científico que determina si por el diagnostico la muerte pudo evitarse o prevenirse	Juicio del Comité de Mortalidad Materna emitido en cada caso de muerte	Cualitativa dicotómica -Si -No -Sin información
16	Muerte evitable para el hospital	Juicio de valor médico, científico e institucional que determina si la muerte pudo evitarse por parte de la unidad médica donde aconteció el deceso	Juicio emitido por el Comité de Mortalidad Materna en cada caso de muerte	Cualitativa dicotómica -Si -No -Sin información
17	Registro de datos médicos en el expediente clínico.	Registro de evolución, aplicación de medicamentos, signos vitales, cuidados y observaciones del médico	Determinación, por parte del Comité de Mortalidad Materna, del debido asentamiento de registros del paso de la paciente por todos los servicios	Registro de datos en los diferentes servicio por parte del personal de enfermería

Fuente: elaboración propia. Base de datos de los casos de muerte materna de los Hospitales Federales de Referencia, del 2010 al 2017.

Solo se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y proporciones para las variables en escalas discretas. Para la construcción de las tablas se utilizó el paquete estadístico Stata® en su versión 12.0.

RESULTADOS

Se analizaron 150 casos. Las características demográficas de los casos de muerte materna, de cuatro hospitales federales de referencia 2010-2017, se muestran en el **Cuadro 2**.

De las variables analizadas del dictamen de muerte materna, se encontró que el diagnóstico clínico fue inadecuado o no se registró en el dictamen de muerte materna en 43 casos (29%); en 60 casos (40%) fue inoportuno o no se registró el dato en el dictamen de muerte materna. El tratamiento se dictaminó como incorrecto o no se registró en el dictamen de muerte materna en 60 casos (40%).

La solicitud de interconsulta o la participación de un médico de mayor jerarquía en los casos de muerte materna, se dictaminó en 38 casos de manera inoportuna (25%). La atención de las complicaciones por parte del personal de salud se dictaminó de manera inoportuna o no se registró el dato en 53 casos (35%). Respecto de la atención prenatal, se encontró que en 92 casos (61%) las pacientes no recibieron atención prenatal o no se registró el dato en el dictamen.

Se encontró que en 44 casos (29%) la atención inicial y urgente tardó más de una hora o no se registró el dato en el dictamen de muerte materna. En 71 casos (47%) el diagnóstico clínico demoró más de 1 hora en establecerse o no se registró el dato en el dictamen de muerte materna. El 36% de todos los casos registrados de muerte materna durante este periodo se dictaminaron como muertes que pudieron evitarse por la unidad hospitalaria donde fueron

Cuadro 2. Características demográficas de los casos de muerte materna de cuatro hospitales federales de referencia 2010-2017

n	Variable	Resultados n (%)
1	Edad	Rango: 13-50 años
		Moda: 21 años
		Media : 26 años
		Pacientes ≤18 años: 25 (17%)
2	Escolaridad	Secundaria: 74 (49 %)
		Preparatoria: 32 (21%)
		Primaria: 32 (21%)
		Profesional: 11 (7%)
		Ninguna: 1 (1%)
3	Ocupación	Hogar: 122 (81%)
		Empleada: 11 (7%) Estudiante: 9 (13%)
		Comerciante: 7 (5%)
		Profesionista: 1 (1%)
		Ninguna: 96 (64%)
4	Afiliación	Seguro Popular: 48 (32%) Otras (IMSS, ISSSTE, PEMEX): 3 (2%)
		Se ignora: 3 (2%)
5	Lugar de la defunción	Hospital A = 11 (7%)
		Hospital B = 95 (63%)
		Hospital C = 32 (21 %)
		Hospital D = 12 (8 %)
6	Periodo en que ocurrió la muerte	Puerperio: 51 (34%)
		Embarazo: 37 (25%)
		43 días a 11 meses después del parto o aborto: 19 (13%)
		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses: 8 (5%)
		Durante el parto: 3 (2%)
		No se llenó el apartado en el certificado de defunción: 32 (21%)

Fuente: elaboración propia. Base de datos de los casos de muerte materna de los Hospitales Federales de Referencia, del 2010 al 2017.

atendidas y 71% como muertes que pudieron prevenirse por diagnóstico. La distribución de omisiones por instancia hospitalaria se muestra en el **Cuadro 3**.

DISCUSIÓN

La muerte materna es un problema muy complejo donde concurren todos los componentes del sistema sanitario: oferta de servicios, accesibilidad, abasto de medicamentos, existencia de instrumental, equipo y personal médico, paramédico, administrativo y directivo capacitado para evitar fallas u omisiones. La administración deficiente del factor humano en el sistema de salud (sobrecarga laboral, reducción del tiempo por tarea, turnos inadecuados, falta de supervisión) debe analizarse a fondo y replantearse desde el ámbito gubernamental y la alta dirección a fin de implementar medidas que disminuyan objetivamente su incidencia.

En esta investigación resultó que 17% de las mujeres que murieron tenían menos de 18 años; este porcentaje es mayor al reportado para la República Mexicana (12.7 %) en 2015. [12] Si bien no representa la mayoría, es evidente que las edades extremas afectan negativamente como factores de riesgo asociados al embarazo.[13] Se ha reportado una relación cercana de la edad materna con la mortalidad, el mayor riesgo es en las menores de 18 y mayores de 34 años. [14] Asimismo, la mayor parte (34%) de las muertes ocurrieron durante el puerperio, circunstancia que se correlaciona con las observaciones de Franco-Sansaloni y su grupo, quienes encontraron que la mayor parte de las complicaciones y los ingresos a terapia intensiva de las pacientes estudiadas ocurrió durante este periodo. [15]

Puesto que en casi la tercera parte de los dictámenes el comité de mortalidad materna determinó que las muertes pudieron evitarse la pregunta obligada es, entonces ¿por qué ocurrieron?

El diagnóstico inoportuno, errores u omisiones en el interrogatorio, la exploración física, en la evaluación mediante laboratorio y gabinete o en

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2353

Cuadro 3. Distribución de omisiones por instancia hospitalaria

n	Variable	Hospital A (n = 11)	Hospital B (n = 95)	Hospital C (n = 32)	Hospital D (n = 12)	Total (n = 150)
1	Diagnóstico clínico (inadecuado, s/d)	7 (64%)	27(28%)	3(9%)	6(50%)	43(29%)
2	Oportunidad del diagnóstico (Inoportuno, s/d)	7 (64%)	40(42%)	7(22%)	6(50%)	60(40%)
3	Tratamiento acorde al diagnóstico (Incorrecto, s/d)	7(64%)	36 (38%)	9(28%)	8(67%)	60(40%)
4	Atención de complicaciones por el médico. (Inoportuno, s/d)	7(64%)	31(33%)	11(34%)	4(33%)	53(35%)
5	Interconsulta (Inoportuna, s/d)	7(64%)	19 (20%)	7(22%)	5(42%)	38(25%)
6	Atención prenatal (No, s/d)	9(82%)	60 (63%)	18(56%)	5(42%)	92(61%)
7	Oportunidad de la atención (>4 horas, s/d)	7(64%)	27(28%)	8(25%)	2(17%)	44(29%)
8	Oportunidad del diagnóstico (>4 horas, s/d)	7(64%)	48 (51%)	14(44%)	2(17%)	71(47%)
9	Previsibilidad del diagnóstico (Sí, s/d)	8(73%)	71(75%)	19(59%)	8(67%)	106(71%)
10	Muerte evitable (Sí, s/d)	7(64%)	34 (36%)	8(25%)	5(42%)	54(36%)
11	Registro de datos en el expediente (incompleto, s/d)	7(64%)	30 (32%)	11(34%)	4(33%)	52(35%)

Fuente: elaboración propia. Base de datos de los casos de muerte materna de los Hospitales Federales de Referencia, del 2010 al 2017.

el tratamiento tardío que facilita las complicaciones inmediatas, el agravamiento y la muerte son errores u omisiones al no cumplirse con el deber al que está obligado todo aquel que participa en el proceso de atención médica, desde el nivel gubernamental hasta el operativo, por ende la muerte materna está muy lejos de ser responsabilidad de un individuo o de un sector específico.[16]

En 43 casos se dictaminaron diagnósticos clínicos inadecuados o establecidos de manera inoportuna, lo que sugiere omisión, falta de cuidado, indiferencia, falta de preparación, poco conocimiento. Estas fallas, eventualmente, originan conflictos y pueden derivar en una responsabilidad jurídica. Esto refuerza la necesidad de atender de inmediato las urgencias, hospitalizar oportunamente y otorgar atención médica integral y eficaz a pacientes con urgencias obstétricas, con riesgo elevado o complicaciones y, por ende, realizar una vigilancia estrecha de su evolución. Por estas razones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió y difundió recomendaciones orientadas a los hospitales del Sector Salud. [17]

En 60 casos, el dictamen consideró el tratamiento implementado como incorrecto y en 38 (25%) la solicitud de interconsulta o revisión por un médico de mayor experiencia como inoportuno. Estos resultados evidencian la necesidad de incrementar la capacidad del personal de salud para detectar y tratar oportuna y adecuadamente a las mujeres. Además, exige una administración responsable en materia de infraestructura disponible y accesible, suministros, mantenimiento de equipos y personal capacitado en el momento necesario. [17]

La atención de las complicaciones por parte del personal de salud se dictaminó como inoportuna en 35%. Atender este problema representa el eje fundamental para la prevención del riesgo de muerte materna. Las enfermedades o condiciones relevantes para el pronóstico materno severo deben considerarse y especificarse en los protocolos de prevención y atención que contribuyan a disminuir las muertes maternas.[18]

Los resultados encontrados permiten cuestionar si el Comité no tuvo información a partir del expediente del caso sesionado o, simplemente, no se registraron los datos. Aquí, la omisión en la prestación de los servicios médicos para prevenir y diagnosticar adecuadamente las causas de muerte materna, o el subregistro de elementos que contribuyeron a la mortalidad materna, afecta no sólo a la caracterización completa del problema, sino también a su solución y puede generar responsabilidad administrativa. [19, 20]

CONCLUSIONES

Los dictámenes elaborados por los comités señalan las acciones que no se llevaron a cabo durante el proceso de atención. El subregistro de datos en los expedientes clínicos es una omisión frecuente a todos niveles y afecta negativamente el análisis de los casos y la integración de los dictámenes por parte de los comités. El porcentaje elevado de casos que pudieron evitarse y prevenirse refleja omisiones durante la atención en diferentes áreas y permite establecer acciones correctivas para disminuir su ocurrencia.

La omisión o subregistro de la mortalidad materna dificulta no solo cuantificar la magnitud del problema sino también a su solución.

El estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, efectuado de manera sistemática, debe resolver varios problemas, incluido el subregistro. Además, contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad mediante acciones preventivas que repercutan en sus causas. Con base en todas las experiencias negativas fomentar la enseñanza e investigación, convirtiéndose todo esto en insumo para mejorar la planeación, organización, ejecución y la vigilancia requeridas para la mejora continua de los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Washington D.C , 2011. [en línea]. https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=en/ (Consulta: enero 2018).
2. Organización de las Naciones Unidas. Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Nueva York , 1990. [en línea]. http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/CursosProder2004/Bibliografia_genero/UT2/Lectura.2.11.pdf (Consulta: enero 2018).
3. Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, 1994. [en línea]. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf (Consulta: enero 2018).
4. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Beijing, 1995 [en línea]. http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf (Consulta: enero 2018)
5. Declaración del Milenio. Nueva York, 2000 [en línea]. http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml (Consulta: enero 2018)
6. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. 2017. [en línea]. https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2017 (Consulta: marzo 2018).
7. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México. 1ª ed. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009;31-37 [en línea]. http://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf (Consulta: enero 2018).
8. Freyermuth G, Luna M. Muerte materna y muertes evitables en exceso . Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Revista Internacional de Estadística y Geografía 2014; 3(5): 44-61. [en línea]. http://www.inegi.org.mx/rde/2014/09/07/muerte-materna-y-

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2353

muertes-evitables-en-exceso-propuesta-metodologica-para-evaluar-la-politica-publica-en-salud/ (Consulta: enero 2018).

9. Centro Nacional de Equidad y Genero y Salud reproductiva. Manual de Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Ciudad de México, 2012]. http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Comit%C3%A9s%20de%20Mortalidad.pdf (Consulta: agosto 2018).
10. Peralta-Sánchez A. Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82:394-396. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/anterior/las-muertes-maternas-en-mexico-una-cuestion-de-actitud/ (Consulta: septiembre 2018)
11. Rodríguez-Angulo E, et al. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? Ginecol Obstet Mex 2014; 82:647-658. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/causas-de-demora-en-la-atencion-de-pacientes-con-complicaciones-obstetricas-que-es-necesario-atender/ (Consulta: septiembre 2018).
12. Observatorio de mortalidad materna en México. Numeralia mortalidad materna en México 2015. México. http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia_2015_26mar.pdf . (Consulta: enero 2018).
13. Tang PM. La muerte materna develada en los escenarios ocultos de la transcomplejidad. Comunidad y Salud 2016. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375749517001 > (Consulta: julio de 2018)
14. González SM, et al. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Medicina Legal de Costa Rica 2017; 34: 4-8. http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00112.pdf> (Consulta: enero 2018).
15. Franco-Sansaloni A, et al. Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos . Revista de Ginecología y Obstetricia de México 2017; 85(1):7-12. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/morbilidad-y-mortalidad-de-pacientes-obstetricas-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos. (Consulta: eseptiembre 2018).
16. Mazzeo V, et al. La omisión del registro de la causa de muerte materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008 Población de Buenos Aires. 2010; 7(12): 59-65. <http://www.redalyc.org/html/740/74015656006/. (Consulta: julio 2018)
17. Briones G, Díaz de León P. Mortalidad materna. Colección Medicina de Excelencia. 1ª ed. México: Alfil, 2013; 13-27 http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf (Consulta: julio 2018)
18. Núñez U. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas. Secretaría de Salud. 2004. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7705.pdf. (Consulta: julio 2018).
19. Franco-Yáñez CE, et al. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. Perinatología y Reproducción Humana 2016; 30: 31-38. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716000121. Consulta: enero 2018).
20. Pérez-Calatayud, et al. Los procesos hospitalarios son adecuados o son incidentes adversos por omisión y provocan la no disminución de la mortalidad materna. Revista Mexicana de Anestesiología 2016; 39(4): 308-310. http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma164k.pdf> (Consulta: septiembre 2018)

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.