



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:
HOSPITAL DEL ISSSTE “DR. ROBERTO NETTEL FLORES”
TAPACHULA, CHIAPAS.

***“MUERTE MATERNA EN CHIAPAS Y SU PREVISIBILIDAD EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION MÉDICA. REVISION Y ANALISIS DE CASOS”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DR. JOSE LUIS GUERRERO FLORES

TAPACHULA, CHIAPAS

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"MUERTE MATERNA EN CHIAPAS Y SU PREVISIBILIDAD EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION MÉDICA. REVISION Y ANALISIS DE CASOS"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JOSE LUIS GUERRERO FLORES

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Felipe de Jesús García Pedroza

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**"MUERTE MATERNA EN CHIAPAS Y SU PREVISIBILIDAD EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION MÉDICA. REVISION Y ANALISIS DE CASOS"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE LUIS GUERRERO FLORES

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS MONTESINOS LOPEZ
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE
"DR. ROBERTO NETTEL FLORES", TAPACHULA, CHIAPAS.

DR. GERARDO GAMBOA DE ALBA.
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE
"DR. ROBERTO NETTEL FLORES", TAPACHULA, CHIAPAS.

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ PEREZ.
SUBDIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE
"DR. ROBERTO NETTEL FLORES", TAPACHULA, CHIAPAS.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES JOSE LUIS Y MARIA ISABEL QUE SIEMPRE ME HAN
APOYADO EN TODO Y POR QUIENES SOY LO QUE SOY.

A MIS HERMANOS MARIA LUISA, JOSE ANTONIO Y MARIA ISABEL
GRACIAS POR SU APOYO.

AMIS SUEGROS Y PACO TAMBIEN GRACIAS POR SU APOYO.

A NORA, MI ESPOSA QUE HA SIDO MI COMPAÑERA, MI MEJOR AMIGA,
PERO SOBRE TODO EL AMOR DE MI VIDA Y,

A NUESTROS HIJOS LAS CRIATURAS MÁS HERMOSAS DE LA CREACIÓN.

A TODOS ELLOS **GRACIAS** POR HACERME UNA PERSONA

INMENSAMENTE FELIZ

INDICE

Marco Teórico	3
Planteamiento del problema	15
Justificación	21
Objetivo General	24
Objetivo Especifico	24
Metodología	25
Tipo de estudio	25
Población, lugar y tiempo de estudio.	25
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.	25
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.	26
Operacionalización de variables a utilizar.	26
Recursos Humanos y Materiales	30
Procedimiento para obtener la información.	30
Consideraciones Éticas.	30
Resultados	31
Discusión	41
Conclusiones	57
Referencias Bibliográficas	64
Anexos	68

MARCO TEORICO

El embarazo es un proceso normal que en la mayoría de los casos transcurre sin complicaciones, sin embargo existen eventos y enfermedades que de no detectarse a tiempo, ni de tratarse de manera oportuna y adecuada pueden poner en riesgo la salud de la madre y de su hijo durante la etapa prenatal. La mayoría de estos eventos obstétricos y las enfermedades pueden modificarse favorablemente o controlarse cuando se detectan con oportunidad y se tratan con éxito mediante la aplicación de criterios y procedimientos, los cuales se encuentran ya normados, para la atención durante el embarazo, parto y puerperio.

Para la llevar a cabo una adecuada atención prenatal, en nuestro país existe la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", emitida por el Diario Oficial de la Federación. México, DF., a 31 de octubre de 1994, en la cual se anotan de manera clara y sencilla los pasos a seguir en toda la atención médica en las mujeres gestantes (1).

Las acciones anotadas dentro de la norma, están encaminadas a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobre vivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuir a brindar y recibir por parte de las mujeres gestantes y sus familias, de una atención con mayor calidez. Asimismo estas disposiciones de carácter obligatorio en todo el territorio nacional, contribuyen a corregir algunas desviaciones en la atención médica habitual, que afectan la calidad de la atención y señalan las pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuibles a la atención deficiente por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Algunas de las disposiciones generales de esta normatividad, además de su obligatoriedad, podemos mencionar la relacionada la señalada en el punto 5.1.1 que a letra textual dice: "La atención de una mujer con emergencia

obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda” (2), situación que hay que tomar muy en cuenta para evaluar la calidad de la atención médica en todas sus formas y a todos los niveles.

También se establece la necesidad de brindar la atención con oportunidad y además se describe con bastante claridad la metodología a seguir en cada consulta médica de atención prenatal en las que principalmente deben de realizarse de manera rutinaria las siguientes acciones:

- Elaboración de historia clínica, la identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de peso y talla, así como la interpretación y valoración de cada una de ellas; efectuar la medición y registro de presión arterial, así como su interpretación y valoración.
- Determinar y valorar el riesgo obstétrico.
- Efectuar y valorar el crecimiento uterino y el estado de salud del feto.
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; y en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo).
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- Solicitar la detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Hacer efectiva la prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico así como la de los medicamentos necesarios por alguna patología detectada antes y durante el embarazo actual (sólo con indicación médica y se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo a no

ser que exista alguna patología previa que se complique por la omisión de la ingesta de los mismos).

- La aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- Proporcionar la orientación nutricional necesaria tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
- Motivar la promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada así como fomentar la promoción de la lactancia materna exclusiva y la orientación sobre planificación familiar.
- Implementar y difundir las medidas de auto cuidado de la salud para ella y el futuro bebe.

Asimismo se establece el uso del carnet perinatal como documento de referencia y contrarreferencia interinstitucional. Es importante señalar que todos estos datos deben de consignarse en el expediente clínico de la mujer embarazada de acuerdo a los lineamientos previstos en la Norma Oficial Mexicana correspondiente relativa al el expediente clínico.

Además el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, y a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo como las principales causas de complicaciones en el embarazo.

Se establece que la embarazada reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación continuando la segunda consulta entre la 22 y 24 semanas, la tercera consulta a las 27 y 29 semanas, la cuarta entre la semana 33 y 35 y finalmente la 5 consulta entre la semana 38 a 40. En el caso de que el embarazo se

prolongue de la semana 40 se citará de manera semanal y antes de las 42 semanas de gestación.

La norma oficial mexicana también establece algunos lineamientos sobre la atención del parto, puerperio y sobre la atención al recién nacido. A juicio personal de este investigador, si hay algún faltante de información en la norma oficial mexicana sobre este delicado proceso de atención a la mujer embarazada, es el relativo a la estandarización de los criterios de referencia a segundo nivel de atención médica, a la definición de embarazo de alto riesgo, así como establecer y especificar cuales son los parámetros a tomar en cuenta para considerar a un embarazo de alto riesgo; actualmente, la norma lo deja a que se establezcan éstos de acuerdo a la libre interpretación o construirlo según las necesidades del lugar y/o regiones donde se aplique como lo marca el numeral 5.1.7 de la referida NOM-007SSA23.

Sobre este punto en particular, el Instituto Mexicano del Seguro Social en su documento “Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo, del Puerperio y sus complicaciones, en Medicina Familiar”(3), y en el documento denominado “Práctica Médica Efectiva” publicado por el Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud (CENIDS), Instituto de Salud Pública (4,5), definen la ponderación de los factores de riesgo reproductivo y de riesgo obstétrico en los cuales el médico de primer contacto y/o el médico familiar deben de tomar en cuenta para establecer cuando un embarazo presenta riesgo o no. En el documento del IMSS, existen además algunos criterios para la referencia oportuna de pacientes al segundo nivel de atención, en la que destaca el envío con el gineco-obstetra a partir de las 28 semanas si existen factores de alto riesgo. Cabe hacer mención que esta Guía Técnica tiene como base para su elaboración a la NOM-007SSAA23 y presenta algunas diferencias en relación a esta última, principalmente en lo relativo al número y frecuencia al número de visitas de control prenatal entre otras disposiciones.

Aproximadamente el 70% de las mujeres embarazadas no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere infraestructura de alto costo. El equipamiento básico que se requiere en cualquier unidad de salud para que el

médico pueda brindar una adecuada atención prenatal consiste en contar con un lugar físico con iluminación y clima adecuados, una mesa de exploración con piñeras, esfigmomanómetro, termómetro, balanza clínica con medidor de altura, cinta métrica, estetoscopio de Pinard, guantes para examen ginecológico, espejos vaginales y un expediente clínico.

Para la elaboración del presente trabajo, además de la revisión del cumplimiento de la normatividad con respecto a la atención prenatal de las muertes maternas que ocupan este estudio, utilizaremos la metodología que según el programa de atención médica “Arranque Parejo en la Vida” (APV)(6), que se establece como obligatoria para el estudio de las muertes maternas por parte de los diferentes comités de mortalidad materna en el país y es la denominada “Detección de Eslabones Críticos” la cual es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención.

La detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas, es la herramienta para que los Comités de Estudio y Prevención de la Mortalidad Materna, transformen la información en conocimiento estratégico. Dicho sistema de análisis fue mencionado en el 2002 por la Comisión para el análisis y acreditación de las organizaciones de Salud en los Estados Unidos en donde se estudian y detectan las oportunidades perdidas, las acciones de mejora para elevar los niveles de calidad y mejorar los procedimientos de atención médica y la aplicación de las acciones necesarias para la mejora continua en los establecimientos de salud. En nuestro país, los primeros estudios con este método, fueron publicados por diversos investigadores del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (7,8).

Dentro de esta metodología en cada análisis del caso de cada muerte materna, es útil para identificar los errores que se sucedieron ya sea por la omisión, por la demora en la atención o por la insuficiente calidad con la que se dio un servicio. Del análisis de eslabones deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de las mujeres. La detección de eslabones críticos es la herramienta para transitar desde el análisis enfocado

en las complicaciones de la paciente, al escrutinio de las fallas del sistema de atención. El supuesto, es que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que, en condiciones similares, acuden hoy a nuestros servicios, y que si no hacemos algo distinto hoy, no vamos a prevenir otra muerte materna.

Son dos los objetivos primordiales que se persiguen con este método:

1. Sistematizar el análisis de cada caso de muerte materna como un evento "rastreador o trazador" para detectar continuamente los errores perfectibles, tanto de la atención directa, como de los procesos organizacionales que la sustentan.
2. Apoyar a los Comités de Mortalidad Materna a transformar la información que recogen, en Conocimiento estratégico. Consiste en el análisis de las interacciones que la mujer que falleció tuvo con los servicios de salud. El análisis busca detectar en cuál de esas interacciones se pudo haber evitado la muerte, para responder a la pregunta: ¿Qué tengo que hacer distinto hoy, para evitar la muerte de una mujer que llega en condiciones similares a la que se murió ayer?

Un eslabón crítico es un servicio cuya falla está asociada a la muerte materna. Crítico es un concepto que incluye dos significados: por una parte en el sentido de que su falla contribuye a la mortandad, y por otra que su mejora es "crucial" para evitar la muerte materna de otra mujer que llega en condiciones similares.

Está basado en el modelo de atención que describe los pasos y niveles de atención que idóneamente debe recibir una usuaria, y que va desde: programas preventivos como (Censo de Vacunación de mujeres en edad fértil con toxoide tetánico); atención en centro de salud o unidad médica rural; referencia; atención en segundo nivel; contrarreferencia; referencia para el parto; atención del parto y puerperio inmediato; contrarreferencia para seguimiento de puerperio y del recién nacido, esto es la cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios para la mujer embarazada según el Modelo de Atención existente. El modelo de atención prenatal ya existente, sustenta cada uno de estos eslabones mediante lineamientos y normas técnicas de atención. Estos lineamientos además, sirven de parámetro para

evaluar la suficiencia, oportunidad y calidad de la atención que recibió la mujer durante el embarazo, el parto, y el puerperio.

Esta metodología nos lleva también a hacernos otra pregunta: ¿Qué modificaciones hay que hacer en los procesos de atención directa y en los procesos organizacionales, para evitar la muerte de las mujeres que son atendidas en nuestros servicios? El postulado es que, si identificamos en qué eslabón del proceso de atención se pudo haber evitado la muerte, podremos evitar otras muertes, siempre y cuando se optimice la oportunidad y la calidad en ese proceso de atención.

Para optimizar la calidad de la atención directa debe incrementarse la capacidad del médico y de la enfermera para detectar oportunamente y tratar adecuadamente a una paciente. En muchos casos el problema reside en la deficiencia o falta de oportunidad de los procesos organizacionales diseñados para sustentar la atención médica; estos procesos incluyen suministros, mantenimiento de equipos, concurrencia de personal especialista en el momento necesario. Cada caso revisado deriva en acciones de mejora a corto y a mediano plazo. Y además, en el conjunto de casos, se analizan los procesos organizacionales que son críticos para asegurar la calidad y la oportunidad de la atención.

De lo anterior y para poder emplear la presente metodología se describen los 7 pasos a seguir para su correcta aplicación y son:

1.- La integración de los documentos que señalan los "Lineamientos para los Comités de Estudio y Prevención de la Muerte Materna y Perinatal, SSA 2000"(9) los cuales son: 1.- el expediente de cada unidad que atendió a la mujer, 2.-Cuestionario confidencial y 3.- la llamada Autopsia verbal.

2.-Descripción de las interacciones que tuvo la mujer con los servicios de salud. Siguiendo cada uno de los eslabones de atención según lo que indica el Modelo de Atención. La herramienta básica es un simple esquema de una cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios de salud que el

modelo de atención dispone, para la atención de la mujer en su ciclo reproductivo y que comienza por los programas preventivos, la atención prenatal en centro de salud, la detección de riesgo, la referencia, a la atención de segundo nivel por especialistas (Modulo Mater), contrarreferencia, atención del parto y del puerperio inmediato; contrarreferencia y seguimiento del puerperio en el primer nivel.

Posteriormente se realiza el análisis de la suficiencia, calidad y oportunidad, en cada contacto con los servicios., teniendo como parámetros los lineamientos técnicos de los procedimientos involucrados en cada servicio. Para control prenatal consulte la NOM 007; para Expediente Clínico la NOM 168; para la atención obstétrica: los Lineamientos para atención de Urgencias Obstétricas editados por la Secretaria de Salud (Programa APV). Hay que poner atención no solo en si se dio la atención indicada, sino, sobretodo si se hizo oportunamente.

3.- Análisis de cada caso de muerte materna. En el análisis de cada muerte materna debe tomarse a cada uno como “Evento Centinela” para evaluar si hubo apego a los lineamientos técnicos o incumplimientos por omisión de acciones, demoras en la atención y fallas en la calidad del proceso definida como “falta de apego al lineamiento técnico”. El evento centinela es “un error o desviación de la normatividad, que conlleva un grave riesgo o que resulta en la muerte o en un daño serio para la paciente” (10). Hay que recordar que el caso ya estudiado de la mujer que falleció, nos enseña por que no se evitó la muerte y que es lo que tenemos que hacer diferente ahora para evitar la muerte de las mujeres que están hoy en cada uno de los servicios de Salud en nuestra área de responsabilidad en condiciones similares a la mujer que falleció.

4. Análisis de la muerte y/o del conjunto de muertes.

En el caso de existir un conjunto de muertes hay que analizar la totalidad de los casos y realizar 2 actividades: primero ponderar la frecuencia con la que se registran “incumplimientos” en eslabones críticos que se asocian a mortalidad materna y por ultimo, hacer un análisis para identificar los procesos organizacionales y funcionales involucrados para detectar que factores están

condicionando o propiciando las fallas en un eslabón crítico. En la primera actividad es de mucha utilidad el histograma de frecuencias, llamado también Diagrama de Pareto, mientras que en la segunda parte, la utilización del diagrama causa- efecto también denominada como “Espina de Pescado” propuesta por Ishikawa es la herramienta de elección que una vez aplicadas en conjunto nos van a permitir primeramente identificar en qué eslabones se esta fallando y cuales se asocian más a la mortalidad materna de esa unidad o jurisdicción específica para estimar ¿ cual seria el impacto potencial en la disminución de la mortalidad materna si se logra optimizar ese eslabón crítico? y analizar si los procesos organizacionales sustentan la atención médica directa, para que sea efectiva y eficiente, están contribuyendo o estorbando a ese propósito y qué cambios organizacionales hay que hacer para contribuir a la eficacia de la atención médica.

5. Plan de Mejoras Organizacionales a Corto Plazo.

El plan de mejoras de inicia con cada revisión de caso, debido a que cada muerte materna, como ya se menciona, es un “evento centinela” y no debemos esperar a que ocurra otra muerte para implementar acciones de mejora. Cada eslabón crítico debe generar por lo menos una acción de mejora. Una acción de mejora debe de describir con precisión: ¿Qué es necesario hacer?, ¿Quién lo va a hacer?, ¿en donde lo va a hacer?, ¿Quiénes estarán involucrados en la acción?, ¿Cuándo se va a hacer? Además hay que establecer indicadores de monitoreo y evaluación para supervisar el desempeño de las acciones.

6. Plan de Conducción y Monitoreo del cambio:

Tenemos que superar la práctica de hacer recomendaciones de buenos deseos indefinidos. Las acciones de mejora son un compromiso, se corroboran con indicadores de desempeño y se evalúan sus efectos intermedios periódicamente. Es imperativo y ético monitorear que las acciones de mejora establecidas, efectivamente se lleven a cabo para mejorar la seguridad de las pacientes en proceso de atención. Es responsabilidad del jefe de servicio, director de hospital y de los responsables de los procesos organizacionales y funcionales que resultaron involucrados, la realización de estas actividades.

Para monitorear si una acción se llevó a cabo en la manera en que fue definida se utilizan “evidencias”, las cuales para que sean de utilidad deben de tener como características: a) que sean observables, b) medibles, c) tangibles, d) repetibles y e) contrastables con un parámetro establecido

7. Posicionar los nuevos procesos organizacionales resultantes del ejercicio de mejoras (lineamientos, flujo de procesos, etc.).

Para reducir la probabilidad de error, la Comisión internacional de acreditaciones médicas, recomienda que se estandaricen los procedimientos y los procesos (lineamientos técnicos, rutas críticas y programas de computación entre otros) para que se reduzca la improvisación y la “intuición clínica”

El diseño y la estandarización deben de incluir la conectividad entre las unidades de primero y segundo nivel de una red de servicios para reducir los errores humanos y hacer esta información accesible a todo el personal involucrado. Estas acciones deben de complementarse además por un plan de liderazgo para la conducción del cambio entre todos los actores que participan en el proceso de atención a la mujer embarazada. (7)

Como lo señalan los autores del procedimiento, en el paso numero 4, es de mayor provecho el análisis de las muertes maternas en conjunto ya sea en una Jurisdicción Sanitaria o en un hospital, ya que el resultado en conjunto permite visualizar mejor las oportunidades de mejora y también detectar los mayores problemas.(11)

En la literatura actual no disponemos de muchos trabajos publicados de muerte materna empleando esta metodología de análisis, sin embargo hay algunos ensayos y documentos relacionados con la muerte materna y en la cual se menciona el haber utilizado la metodología de eslabones críticos.

A continuación se mencionan algunos de los resultados encontrados en la revisión de la literatura disponible al respecto, en donde se anotan algunas de las principales causas de las muertes maternas detectadas en nuestro medio. Entre las causas más importantes atribuibles al primer nivel de atención médica se encuentran principalmente las siguientes:

- En menos del 50% de las consultas prenatales se hicieron exámenes de laboratorio o estos fueron insuficientes.
- En más del 50 % de los casos no se hizo una adecuada determinación del riesgo obstétrico.
- Elaboración deficiente de los expedientes médicos.
- Mala técnica para medir el fondo uterino.
- Falta de registro en el expediente de tomas de presión arterial en pacientes con riesgo de hipertensión, o simplemente no se realiza la actividad.
- Ausencia de tiras bililabstix para Examen General de Orina.
- En problemas en el diagnóstico de la eclampsia / pre eclampsia. En especial llama la atención lo sucedido en una Jurisdicción Sanitaria en este país, en el cual se detectó el fallo en no reconocer al “dolor agudo en epigastrio en el segundo trimestre del embarazo” como un signo de Preeclampsia/Eclampsia (conocido como dolor de Barra de Zapatero), en 4 casos reportados, en donde los involucrados fueron médicos generales y familiares. En los cuatro casos lo diagnosticaron como “gastritis por enfermedad péptica” y los cuatro prescribieron “Butilioscina y Ranitidina” y el resultados fue que todos los casos se complicaron y las madres murieron.(11)

Otras fallas detectadas durante todo el proceso de atención médica están las relacionadas con el traslado de la paciente, principalmente las relacionadas por las demoras ocasionadas por el traslado de la mujer entre unidades medicas con insuficiente capacidad resolutive, principalmente en las áreas rurales en donde se estima que un 30% de las mujeres recorren 3 o mas unidades antes de morir (11), además el estudio confirma que casos como este, suceden en todas las entidades federativas según los reportes no publicados por los diferentes comités estatales de muerte materna en el 2004.

Asimismo podemos agregar que en los resultados que se mencionan hay otras causas involucradas en las muertes maternas como el mal manejo de líquidos intravenosos en pacientes con eclampsia, demoras en la toma de decisión de

intervención quirúrgica, alto porcentaje de cesáreas no sustentadas, deficiente calidad en la técnica quirúrgica (1 de cada 10 MM por hemorragia), fallas relativas a la anestesia, falta de asistencia activa al manejo con oxitócicos, falta de supervisión del médico adscrito, demoras en la provisión de expansores de volumen y hemoderivados, egresos precoces de mujeres y recién nacidos con riesgo sin la contrarreferencia correspondiente a primer nivel y por las demoras en el traslado entre unidades de referencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios. La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible.(12)

Por tal razón, los Objetivos del Milenio fueron planteados entre otras cosas, para mejorar las desigualdades sociales, lograr mejores indicadores de salud y de atención médica sanitaria en muchos de los países denominados en desarrollo, por tal razón varios los objetivos de desarrollo del Milenio propuestos por la OMS, se relacionan con la salud, tales como la reducción de la mortalidad materna y en la niñez; el control de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, entre otros. En el caso de la Mortalidad Materna el objetivo a cumplir, es la de Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. (12)

En el caso de nuestro país, se ha mencionado que la Muerte Materna es un indicador muy importante de subdesarrollo, el cual desde hace varios años se esta combatiendo vigorosamente ya que se considera un problema prioritario de salud ya que actualmente es una tragedia que afecta a 1,300 mujeres mexicanas anualmente lo que provoca toda una serie problemas a la familia que tiene la desgracia de sufrir de esta problemática.

La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales muy complejos. Un factor poco

estudiado es el relacionado con el aspecto familiar. Dentro de la poca literatura al respecto, se mencionan algunos estudios en donde se demuestra que la mujer aún continúa viviendo en condiciones de sometimiento total del varón en donde la mujer embarazada, para su atención médica y la toma de decisiones respecto a la salud de la mujer en el seno de la familia, constituye un problema crítico por cuanto depende exclusivamente del esposo y los familiares de este (13). Otro estudio nos menciona que un alto porcentaje de las mujeres embarazadas que fallecieron, provienen de familiar tradicionales, obreras y con nivel socioeconómico bajo. (14)

Entre los principales problemas familiares detectados y mencionados por varios autores a esta problemática están:

1.- Desintegración familiar, 2.- Se trunca el proyecto de vida de una mujer, 3.- Los huérfanos quedan expuestos a un elevado riesgo de enfermar y morir, “El arranque más disparejo en la vida es no tener mamá”; 4.- La hija mayor asume las tareas maternas truncando su propio proyecto de vida, 5.- Las hijas adolescentes quedan expuestas al acoso sexual y al incesto y 6.- Deserción escolar y pobre futuro laboral.

Entre los años de 1940 a 1990 ha habido un progreso muy importante en la reducción de muertes maternas en todos los grupos etéreos, sobre todo en las mujeres mayores de 40 años gracias a cambios importantes en la arquitectura de la salud en México entre los que podemos mencionar la fundación del IMSS, ISSSTE Y SSA, las reformas al Código Sanitario para incluir a la Planificación Familiar, el programa IMSS- Coplamar y la extensión de cobertura en áreas rurales entre otras contribuyeron de manera definitiva en ello. Pero en los últimos años desde 1990 la curva descendente de la mortalidad materna se aplanó.

Actualmente podemos decir en números absolutos y porcentuales, que la mortalidad materna se concentra en Zonas Urbanas, pero el riesgo de morir es mas alto en comunidades de alta marginalidad rural, siendo las mujeres más vulnerables las indígenas de la sierras, las jornaleras agrícolas, las empleadas domésticas, las obreras de la industria, las vendedoras ambulantes, las niñas

de la calle y las sexo servidoras principalmente. Sin embargo un dato que llama la atención es que a pesar de contar con estados en la república mexicana que tienen coberturas de atención médica superiores al 90%, existen altas tasas de muerte materna en esos estados.

La información sobre la participación del sector público y del privado en la atención del parto por entidad federativa indica que Baja California Sur, Distrito Federal, Aguascalientes, Coahuila, Jalisco, Baja California, Nuevo León, Sonora y Sinaloa tienen los niveles de atención más altos con coberturas muy cercanas al 100%. Por el contrario, en Guerrero, Tabasco, Oaxaca y Chiapas prevalecen porcentajes muy altos de partos que no se atienden ni en instituciones públicas ni privadas; en estos últimos 2 estados, se observa el número más alto de partos que se atienden en el hogar, 40%.(6)

La mortalidad materna se mide mediante la tasa de mortalidad materna la cual se obtiene a través de la relación entre el número de muertes maternas y el número de nacidos vivos registrados en un lapso determinado de tiempo que generalmente es un año. Al estar construida por la relación entre universos de diferentes sectores de la población, a diferencia de lo que ocurre con otras tasas, los expertos insisten que a este indicador no es adecuado llamarlo tasa y lo correcto es denominarla razón, pero por convención la Salud Pública internacional lo llama como tasa y así es como se reporta en la literatura y en todos los trabajos de investigación sobre el tema. Con lo anterior, resulta complicado calcular este indicador ya que en nuestro país y en general en toda América Latina, los problemas para obtener de manera confiable los datos del numerador y del denominador, dependen en gran medida de que los sistemas de información en salud y estadística de nuestro país, sean confiables.

El fantasma del sub registro es un factor muy importante ya que en muchas ocasiones, influyen diversos factores culturales, educativos y los relacionados con la omisión y la falta de notificación, deficiente llenado de certificados de defunción, o simplemente la falta de registro de las muertes maternas y sus nacimientos, como un obstáculo importante para dudar de la veracidad y exactitud de los datos. (2)

La tasa de muerte materna en México durante el 2002 fue de 6.52 fallecimientos por cada 10,000 nacidos vivos registrados y estas tasas varían de manera muy importante cuando se comparan con las áreas rurales y urbanas en los diferentes estados de la República Mexicana. Esta misma situación es observable si comparamos los datos de nuestro país o de cualquier otro de América Latina con Canadá por ejemplo, país que tiene las tasas más bajas de muerte materna en el mundo, en donde encontramos que las diferencias son muy grandes.

Otro factor a considerar, es el lugar donde ocurren los partos ya que según datos de la Secretaría de Salud, el 82% de las muertes maternas ocurren en unidades médicas, y de éstas, el 78% de ellas, ocurren en mujeres con embarazos a término y alrededor del parto, con estos datos, es claro que ya no se trata en la mayoría de los casos, de un problema de cobertura, sino de un problema de oportunidad y de calidad en la atención que es necesario analizar y efectuar un estudio de cada caso para establecer los factores en la demora para recibir la atención médica y las deficiencias en los procesos de atención. Este análisis es una tarea asignada a los Comités de Estudio y Prevención de Muertes Maternas y Peri-natales a través de la herramienta gerencial denominada Eslabones Críticos que nos va a permitir mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención.(7), y que dichos comités al terminar su análisis, puedan transformar la información en conocimiento estratégico.

Como complemento a lo anterior, la OMS a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades, clasifica a las muertes maternas en “obstétricas directas” y “obstétricas indirectas”, siendo las primeras las que se refieren a problemas directamente relacionados con el embarazo, parto y puerperio tales como la hemorragia, la infección, el aborto y la eclampsia. Por causas indirectas se entiende a las enfermedades que se agravan o complican a consecuencia del evento obstétrico, pero que no resultan del mismo tales como cáncer, paludismo, problemas cardíacos, etc. (15).

También hay que mencionar los conceptos que la OMS maneja en relación a la prebisibilidad de los casos y que en la evaluación de los casos de muerte materna que los comités dictaminan, deben de tomar en cuenta y de incluir es sus reportes finales son:

- Muerte Previsible: es la que ocurrió por un tratamiento defectuoso en la unidad obstétrica u otros servicios antes de su admisión o por condiciones adversas a la comunidad tales como: transporte inadecuado, falta de transporte, desconfianza en los servicios, omisión de la paciente en buscar consejo o recomendaciones terapéuticas y otras condiciones similares (16).
- Muerte no previsible: incluye todos los casos en que no pudo alterarse la historia natural de la enfermedad, a pesar de haberse llevado a cabo las acciones correctas y oportunas (16).
- Muerte materna evitable con responsabilidad de la paciente: es aquella muerte materna que se hubiera evitado de haber acudido la mujer en forma oportuna a recibir atención prenatal y cuyo retraso haya sido por causa de la paciente misma o su familia (16).
- Muerte materna evitable con responsabilidad profesional: es la muerte materna que se hubiera evitado, sino hubiera ocurrido un error de juicio, de manejo o de técnica, incluyendo fallas para reconocer la complicación o evolución apropiada, precipitaciones o demoras en las intervenciones y problemas al utilizar métodos actualizados.
- Muerte materna evitable con responsabilidad hospitalaria: es la muerte materna que se hubiera podido evitar si la mujer hubiera recibido en forma oportuna los servicios que debe prestar el hospital o la institución como: banco de sangre, medicamentos, etc., para el tratamiento adecuado del accidente o complicación. También se incluyen en esta definición, el no contar con personal capacitado en las unidades de atención obstétrica y el carecer de normas para el manejo adecuado de las complicaciones de las mujeres embarazadas.

El perfil de causas de muerte materna en países en desarrollo muestra una mayor proporción de causas de causas directas y por el contrario, en los países industrializados el predominio es por causas indirectas. Sobre este

ultimo aspecto, México responde al padrón típico de América Latina con una altísima proporción de muertes maternas directas (95%). En el estado de Chiapas, esta proporción es de 80% para directas y 20% para indirectas.

Desde la década de los noventa, la Organización Panamericana de la Salud promovió el establecimiento de los Comités para el Estudio y la Prevención de las Muertes Maternas y Peri natales, y la auditoria de casos no sólo de lo registrado en el expediente médico, sino de la historia de búsqueda de atención, para lo cual se hace una entrevista, llamada “autopsia verbal”, al familiar de la fallecida, como un complemento muy importante del análisis de los eslabones críticos que nos permiten tener una visión muy amplia de las circunstancias que contribuyeron en el evento obstétrico.

El propósito del presente trabajo es efectuar al análisis de las muertes maternas ocurridas en la Región Soconusco del Estado de Chiapas en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2006 al 31 de Agosto del 2007, bajo la modalidad de eslabones críticos, con la finalidad de poder identificar las fallas en cada uno de los procesos de la atención a la mujer embarazada con particular interés en las atribuibles al primer nivel de atención, para determinar las acciones preventivas que pueden efectuarse en el primer nivel de atención médica que contribuyan a evitar muertes maternas.

JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la mortalidad materna como “La muerte de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (2). Algunos autores la consideran a esta definición como limitada ya que la misma no considera a las mujeres que se suicidan y los homicidios en mujeres adolescentes que en muchos casos el detonador de estas situaciones, es precisamente su estado de gravidez (2).

La salud materno-infantil es uno de los grandes retos en el campo de la salud pública. Las condiciones en las que se brinda la atención prenatal es un indicador de la calidad de los servicios preventivos y, además, es de gran importancia epidemiológica por su impacto en la morbilidad y mortalidad materna e infantil. (17).

Las muertes maternas constituyen un grave problema de salud que puede evitarse. Se estima que ocurren alrededor de 600,000 mil muertes maternas en el mundo cada año, en su mayoría en países en “desarrollo”, donde el riesgo de las mujeres a morir por causas maternas es de 1 en 48, frente a 1 en 1,800 en los países desarrollados. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. (18)

Datos del 2001, señalan que entre 20,000 y 30,000 de estas muertes ocurrieron en América Latina y el Caribe, de las cuales 1,253 sucedieron en México. Si bien en las décadas pasadas se observó una tendencia decreciente en las tasas de mortalidad materna en nuestro país, en los últimos 12 años se ha mantenido relativamente estable. (2). En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68. (6)

Estas muertes son altamente preocupantes, mas aún porque de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la gran mayoría de estas muertes, aproximadamente un 90%, son evitables con los recursos que dispone la medicina y el grado de desarrollo de nuestro país. La tragedia se agrava aún más por el numero de mujeres y bebés que padecen secuelas por complicaciones en el embarazo y parto, pero lo que es mas preocupante, es la existencia de las secuelas familiares con afectación severa a la estructura y dinámicas familiares, principalmente por los niños que quedan sin madre, con los problemas familiares que ya hemos mencionado en otra parte de este trabajo.

En los inicios del siglo XXI, México ha alcanzado importantes avances en materia de salud y desarrollo social, pero también enfrenta serios rezagos en este campo, lo cual representa un horizonte de oportunidades en la lucha por lograr mejores condiciones de salud, particularmente para las mujeres y la población infantil. La mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.

Hoy en día se estima que en nuestro país se embarazan al año alrededor de 2.5 millones de mujeres, pero aproximadamente 370 mil partos no son atendidos en instituciones de salud públicas o privadas, con las consecuentes repercusiones en la calidad de la atención. Diariamente se registran en México cuatro defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año de edad, la mayoría por causas prevenibles mediante una buena atención médica.

A pesar de que en nuestro país se han elaborado acciones importantes encaminadas para el mejoramiento de la atención médica, a la elaboración de políticas públicas que ayuden a disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, y a disminuir las inequidades en género y salud, aun queda mucho por hacer. La introducción del Seguro Popular, es aun insuficiente, ya

que aun no logra consolidar y convencer a la población que puede ser susceptible de contar con este servicio, pero es innegable que ha sido una estrategia adecuada que ha contribuido de manera positiva a la reducción de los indicadores de la muerte materna. También es de mencionar que otra de las principales estrategias que el gobierno mexicano ha implementado para mejorar la salud de los niños y las madres de México es el denominado “Arranque Parejo en la Vida” en la cual se establecen muy claramente las medidas a seguir para disminuir de manera importante la mortalidad materna e infantil.

Las principales causas de muerte materna son: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas.(6). Se presume además, que existe un importante sub-registro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas, principalmente debido a las largas distancias en donde se encuentran las comunidades que impiden la notificación de las mismas y a los patrones y costumbres culturales de cada región que en muchas ocasiones no reportan las muertes y entierran a las mujeres en los cementerios locales (13,19). Otros autores describen como otra causa más del sub-registro en nuestro país, al deficiente llenado de los certificados de defunción en donde muchas de las ocasiones este documento es llenado por personal no médico el cual carece de la capacitación adecuada para el correcto llenado del mismo. (2)

De las 1 310 muertes maternas registradas en 2000, el 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán. Asimismo, se han identificado al menos 391 municipios en donde se presentaron poco más del 70% de las muertes maternas registradas en los últimos tres años.

El estado de Chiapas es uno de los estados con mayores cifras de muertes maternas en el país con una tasa de 11.2 por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR), cuando la tasa media nacional en el 2003 es de 6.52 x cada 10,000 NVR. Las causas de muerte materna en el estado de Chiapas, no son

diferentes a las nacionales, en donde se encuentran principalmente pre eclampsia- eclampsia con un 40%, hemorragias 27%, otras causas 20% y sepsis 13%, y en cuanto el sitio de la defunción, estas ocurren en unidades de salud en un 73%, en el domicilio de la fallecida en un 20% y en traslado 7%.(3)

La accesibilidad a los servicios de salud es una de las principales variables que influyen en la mortalidad materna. En el año 2003 el 17% de las muertes maternas ocurrió en el hogar y poco más del 80% se presentaron en hospitales públicos, de las cuales casi dos terceras partes eran de mujeres no aseguradas, el 26.3% eran aseguradas del IMSS y el 4.6% del ISSSTE. En el estudio de caso de las muertes maternas, se documenta que 1 de cada 3 mujeres acudió a más de dos unidades médicas en búsqueda de resolución de la complicación obstétrica. La cantidad de unidades hospitalarias sin capacidad resolutive de urgencias obstétricas ya no representa un elemento benéfico para evitar la mortalidad materna, sino un riesgo, ya que una mujer con urgencia obstétrica está expuesta a ser trasladada de una a otra unidad sin capacidad resolutive, lo que demora su llegada a un hospital que sí tenga la estructura y personal para resolver la urgencia. (8)

OBJETIVO GENERAL:

Conocer cuales son las principales causas de muerte materna ocurridas en la Región del Soconusco del estado de Chiapas, y cual es su prebisibilidad dentro del primer nivel de atención médica, bajo el esquema de los eslabones críticos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Determinar cuales son las deficiencias de atención médica dentro de todo el proceso de atención a la mujer embarazada, principalmente en el primer nivel de atención médica.

-Identificar los principales procesos organizacionales y funcionales involucrados, que contribuyeron en las muertes maternas.

-Establecer cual es la frecuencia con las que se registran incumplimientos o inconsistencias en cada uno de los eslabones críticos que se asocian a la mortalidad materna.

-Identificar los principales problemas de atención medica prenatal en el primer nivel de atención médica y señalar cuales serían las principales acciones de mejora para evitar más muertes maternas.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Población, lugar y tiempo:

Expedientes de las muertes maternas ocurridas en la Jurisdicción Sanitaria VII en Tapachula, Chiapas en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2006 al 31 de Agosto del 2007

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.

- 1.-Todos los expedientes completos de las muertes maternas ocurridas en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2006 al 31 de Agosto del 2007.
- 2.-Que incluyan por lo menos, expediente clínico de cada unidad que atendió a la mujer, autopsia verbal y dictamen de la muerte materna según el criterio de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.
- 3.- Que cada caso se ajuste a la definición de mortalidad materna emitida por el mismo organismo internacional (OMS).

Criterios de Exclusión.

- 1.-Todos los Casos que no se ajusten a la definición emitida por la OMS sobre muerte materna, ya referida en el marco teórico de este trabajo.

Criterios de Eliminación.

- 1.- Expedientes que tengan algún faltante de la documentación ya mencionada.
- 2.- Expedientes con información no legible.

Tipo y Tamaño de la Muestra:

No se realiza muestreo ya que se revisará en universo completo de expedientes de muertes maternas ocurridas desde el 1 de Enero del 2006

hasta el 31 de Agosto del 2007 en la Jurisdicción Sanitaria VII, del Estado de Chiapas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables a analizar son las que se encuentran en el cuestionario que se menciona en la Guía para la Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas (anexo 1) y que debe de ser utilizado para el análisis de las muertes maternas, según lo señala el acuerdo del Consejo de Salubridad General en el Artículo tercero (Diario Oficial de la Federación del primero de Noviembre del 2004, p72).

Cabe mencionar que el cuestionario contempla un gran número de variables cualitativas de tipo nominal entre las que podemos mencionar:

- Localidad de Residencia: lugar en donde vivía la paciente durante su embarazo y nos servirá para determinar si pertenece a zona urbana o rural.
- Edad: Años cumplidos a la fecha del embarazo.
- Escolaridad: Grado de educación escolar de la embarazada.
- Centro de Salud correspondiente: nos servirá para saber a que institución de salud corresponde dentro de su área de responsabilidad así como conocer si esa unidad de salud cuenta con el equipamiento medico y los recursos humanos necesarios para la atención y consulta prenatal.
- Antecedentes Personales patológicos y reproductivos: se anotarán los antecedentes relevantes para cada caso en particular, nos interesaran en particular los relevantes a número de gestas, partos, abortos y cesáreas, además de las causas de estas últimas y las situaciones de cada embarazo en particular.
- Vacunación contra el tétanos en el embarazo: si recibió la vacunación preventiva para evitar tétanos neonatal.
- Intervalo ínter genésico: periodo que transcurrió entre su último embarazo y el embarazo actual.

- Planificación post evento obstétrico: paciente con algún método de planificación familiar desde su último embarazo hasta el inicio del embarazo actual.
- Consultas recibidas durante su embarazo según la NOM 007: numero de consultas prenatales en su centro de salud.
- Edad gestacional al inicio: Tiempo de embarazo que tenia la paciente cuando fue atendida por primera vez en la consulta de medicina general y/o familiar en su unidad de salud, tomando como referencia la fecha de su ultima menstruación o lectura de edad gestacional por ultrasonido diagnóstico.
- Exámenes de laboratorio: verificar la solicitud y toma de los estudios de laboratorio necesarios durante el control prenatal.
- Evaluación de riesgo obstétrico: determinar si el medico determino si el embarazo corresponde a bajo o alto riesgo.
- Referencia oportuna del primer nivel de atención médica: documento médico que explica las condiciones generales de envió de la paciente a un nivel médico de atención superior, sobre todo en situaciones de de embarazo de alto riesgo y en situaciones de inicio de trabajo de parto a unidades de segundo nivel de atención y/o ínterconsulta a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, así como diagnostico de envió.
- Condiciones de Traslado: especificar las condiciones de traslado de la paciente a segundo nivel así como si ésta cumplía con la documentación necesaria para su atención.
- Dilaciones en la atención médica: determinar si existieron demoras en la admisión hospitalaria, valoración por médicos en urgencias, demoras por valoración por la especialidad, demoras en la atención del parto o cesárea, así como todas aquellas demoras durante todo el proceso de la atención hospitalaria que pudieron ser de importancia para cada caso en particular.
- Contrarreferencia a primer nivel: documento médico que emite el segundo nivel de atención al primer nivel de atención médica en donde anota y detalla el tratamiento y los procedimientos a los que fue sometida la paciente.

- Dictamen de la muerte materna: Conclusión final sobre las muerte materna emitida por el comité de Mortalidad Materna después de haber analizado el caso y de acuerdo a la Clasificación de la OMS., (en directa o indirecta).

-

Se agregan a la encuesta original dos variables nominales más las cuales son:

Ocupación: A que se dedicaba la embarazada al momento de su muerte.

Atención por partera: Saber si en algún momento de su atención prenatal y/o durante el parto, fue vista o atendida por una partera.

Para una completa visualización y operacionalización de todas las variables, se anexa la siguiente tabla:

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Numero de Caso:	Numero de caso de muerte materna	Numeración progresiva	
Eslabón 1	Programas Preventivos. Ficha de identidad y resumen de antecedentes relevantes. Antecedentes Patológicos y Reproductivos:	1.- Nombre y edad. 2.- Num. Certificado de defunción 3.- Localidad de residencia 4.- Centro de salud correspondiente o UMR 5.- Antecedentes personales patológicos y reproductivos 6.- ¿Registro en Censo MEF? 7.- Registro en vacunación 8.- Td embarazo. 9.- Intervalo Ínter genésico? 10.- ¿PF post evento? Observaciones:	Variables cualitativas tipo Nominal
Eslabón 2	Atención Prenatal Según la NOM - 007.	11.- ¿Se hizo de acuerdo con la norma 007? 12.- ¿Cuántas consultas recibió? ¿Edad gestacional al inicio? 13.- ¿Evaluó riesgo? ¿Se refirió? 14.- ¿Se hicieron exámenes de Laboratorio? 15.- Se prescribió Hierro, ácido fólico? 16.- ¿VDRL? 17.- Se hizo Referencia? Se refirió oportunamente? Observaciones:	Variable cualitativas tipo Nominal Variable cuantitativa continua Variables cualitativas tipo Nominal
Eslabón 3	2do nivel de Atención Médica. Atención por especialistas.	18.- Especifique por qué, riesgo o complicación, 19.- Dónde se atendió?	Variables cualitativas tipo Nominal

		20.- ¿se resolvió o estabilizo el problema? 21.- ¿se hospitalizo? ¿Se refirió? 22.- Se hizo contrarreferencia? 23.- Referencia Para el PARTO, Hay documento? Esta bien requisitado? 24.- E s p e c i f i q u e condiciones del traslado y cada una de las unidades a las que acudió la mujer en trabajo de parto.	
Eslabón 4	Parto y Puerperio Inmediato	25.- Revise si hubo dilaciones en la atención 26.- Revisar proceso de atención y si se reportaron y atendieron las complicaciones obstétricas	Variables cualitativas tipo Nominal
Eslabón 5	Contrarreferencia a primer nivel para vigilancia de Puerperio	27.- Existe Documento? 28.-Se hizo seguimiento del puerperio en su centro de salud?	Variables cualitativas tipo Nominal
Eslabón 6	Causa de la muerte	29.- Hay congruencia? 30.- No? Porque 31.- Dictamen Final sobre la muerte, emitida por el Comité de Muerte Materna, de acuerdo a los criterios de la OMS.	Variables cualitativas tipo Nominal

RECURSOS.

Para la elaboración del presente trabajo se contará únicamente con el trabajo del investigador quien llevará por cuenta propia la investigación y revisión de cada expediente y será el responsable del llenado de las cedula de recolección de datos. Para el análisis y captura de los datos, se utiliza una computadora personal que cuenta con los programas Excel y SPSS versión 13.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN.

La obtención de los datos y la información necesaria se obtendrán por medio del análisis de los expedientes completos de las muertes maternas que se encuentran en el departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria VII. La revisión, la codificación, captura y análisis de los mismos serán por parte del investigador quien además, contribuye con la totalidad de los gastos generados para la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La presente investigación se ajusta a lo establecido por las declaraciones de Helsinki en materia de consideraciones éticas de la investigación; a lo establecido por el Comité de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud y al Código de Bioética emitido por la Secretaría de Salud. En todos los casos, se pudo comprobar que cada expediente contaba con el instrumento denominado “Autopsia Verbal” que contiene el consentimiento informado por parte de los familiares en su momento, para desarrollar la entrevista y el estudio correspondiente a cada muerte materna.

RESULTADOS:

Se revisaron 20 expedientes correspondientes a las muertes maternas ocurridas en la Jurisdicción Sanitaria VII en Tapachula, Chiapas entre el periodo comprendido entre el 1 de Enero del 2006 hasta el 31 de Agosto del 2007. Se eliminó uno de ellos por estar erróneamente colocado como muerte materna y al hacer el análisis del evento, se determinó que la causa de muerte no corresponde a la definición de muerte materna que marca la OMS.

La edad de las pacientes estudiadas varía desde los 17 años de edad hasta los 45 años con una media de 29 años y una moda de 31 años, siendo el grupo de edad mas frecuente el de 30 a 34 años de edad con 5 muertes.

En lo referente a la escolaridad los datos mostraron que el 32 % de las fallecidas eran analfabetas y también un 32 % con estudios de primaria incompleta. Solo el 26% confesaron haber terminado sus estudios de secundaria y de estas solo una paciente contaba con estudios profesionales.

Sobre la composición de la estructura familiar existente en el momento de la defunción podremos decir que en el 37% de los casos se trataban de familias nucleares simples, un 22% de familias nucleares, otro porcentaje igual del 22% en el caso de familias nucleares numerosas, un 11% eran familias extensas compuestas y finalmente solo un caso de familia extensa. Sobre lo anterior podemos decir que las familias estaban en Unión Libre en un 89%, un 5.5% casada (1 caso) y el otro 5.5% se declaró madre soltera (1 caso). En relación a la Tipología familiar existente en las familias en cada una de las mujeres que fallecieron podremos anotar que la familia en base a su desarrollo, el 89% correspondían a familias tradicionales contra un 11% de familias modernas. Desde el punto de vista demográfico se encontró un 68% de familias del área rural y un 32% del área urbana.

Como se observa en la Tabla 1, 83% de las familias estaban bien integradas, 11% semi-integradas y solo un 6% a desintegradas. Cabe mencionar también que de acuerdo a la ocupación del jefe de la familia y al tipo de la remuneración recibida, el 67% son de ocupación campesina, 27% obrera y 6% profesional

técnica. Finalmente diremos que el 22% de las familias estaban en la primera etapa del ciclo vital ya que estaban esperando el primer hijo, otro 22% están en fase de Expansión y la mayoría se encontraba en fase de Dispersión. No hubo ninguna familia ubicada en las etapas de independencia y retiro. Para la tipología familia no se tomó en cuenta un caso ya que se trataba de una madre soltera.

En un 84% de los casos, la ocupación era ama de casa, 11% tenía un trabajo como empleada y solo en un caso (5%) era profesionalista y tenía su propio negocio.

Un 53% de los casos no contaban con el programa oportunidades y el 47% si tienen este beneficio, de estas, en dos casos (11%) se demuestra que no llevaron control prenatal alguno a pesar de estar recibiendo los beneficios del programa.

En el 58% (11 casos), las embarazadas estaban registradas en alguno de los censos de las unidades medicas a las que por su área residencia, acuden o debían de haber acudido.

El 74% confesaron por lo menos haber tenido contacto con una partera ya sea para revisión prenatal y/o para atención de parto (16%), Dentro de este rubro destaca que hay un 10% de los casos en los cuales la atención del parto fue hecha por un familiar (en un caso el esposo y un caso mas fue el padre de la paciente quien atendió el parto), el porcentaje restante, la atención del parto o evento fue realizado en una unidad hospitalaria de segundo nivel (74%).

Ningún parto o evento obstétrico fue resuelto en el primer nivel de atención médica.

El 79% de los casos recibieron atención médica de algún tipo ya sea como consultas prenatales o atención hospitalaria pero hay un 21% en los cuales no recibieron atención médica de ningún tipo durante su embarazo.

Es de llamar la atención que en el 95% de los casos revisados (18 expedientes), el expediente clínico, las notas medicas en el mismo y los procedimientos para la atención de la mujer embarazada que marca la norma oficial mexicana (NOM-007) no fueron documentados, ni llevados a cabo por el personal de salud. En el 89% de los casos (17 expedientes) no se determinó ni mucho menos se documentó, ningún tipo de riesgo obstétrico. En los dos casos restantes, si fue determinado el riesgo obstétrico por parte del personal de salud, (en un caso por un médico con especialidad en medicina familiar y en un caso más por un técnico en salud comunitaria), quienes en su momento si efectuaron la referencia oportuna a el segundo nivel de atención medica. Desgraciadamente en estos casos a pesar de haber referido oportunamente, no se pudieron evitar las muertes de ambas pacientes (en un caso por negarse a ir al hospital y en el otro caso por complicaciones en segundo nivel).

En el rubro de consultas prenatales el panorama es el siguiente, la media de las consultas prenatales en todas las pacientes estudiadas es de 2 consultas y la moda es de cero (5 casos), o sea sin control prenatal, dentro de las que si acudieron a control prenatal (79%) los resultados sobre a que edad gestacional recibieron su primera consulta los resultados muestran que la mediana fue de 12 semanas de gestación en la primera consulta, con una moda de 20 semanas de gestación lo que corresponde al 32%. Al revisar los resultados sobre que personaje efectúa o lleva cabo el control prenatal en la mayor parte del proceso de la gestación en el nivel local y/o primer nivel de atención médica, los datos muestran que en el 38% de ésta atención prenatal corresponde al médico general, el 19% a parteras locales, un 12.5% lo comparten los Técnicos en Salud Comunitaria y los Médicos pasantes, y el resto, 1% cada uno, a enfermería y a un medico privado (que también es medico general y que si lo sumamos a la estadística anterior, esta sube a 44%); finalmente en solo un caso la embarazada fue atendida en primer contacto, por un especialista en Medicina Familiar.

TABLA 1
CARACTERIZACION DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES ANTES DEL
FALLECIMIENTO. n=18.

CARACTERISTICAS	CASOS	PORCENTAJE
TIPO DE DESARROLLO		
MODERNAS	2	11%
TRADICIONALES	16	89%
CLASIFICACION DEMOGRAFICA		
URBANAS	6	33%
RURALES	12	67%
INTEGRACION		
INTEGRADAS	15	83%
SEMIINTEGRADAS	2	11%
DESINTEGRADAS	1	6%
COMPOSICION		
NUCLEARES	4	22%
NUCLEARES SIMPLES	7	37%
NUCLEAR NUMEROSA	4	22%
EXTENSA COMPUESTA	2	11%
EXTENSA	1	6%
OCUPACION		
CAMPESINA	12	67%
OBRERA	5	27%
PROFESIONAL	1	6%
TECNICA		
ETAPA CICLO VITAL		
MATRIMONIO	4	22%
EXPANSION	4	22%
DISPERSION	10	56%

Al hacer el cruce de variables entre edad gestacional de la primera consulta y escolaridad nos muestra que cuando la escolaridad de la embarazada es

mayor, esta acude antes de las 12 semanas para su control, prenatal por primera vez (29%). De los 5 casos en los cuales no acudieron a control prenatal llama la atención que el 40% (2 casos) eran analfabetas, otro 40% con primaria terminada y 20% (un caso) con secundaria terminada.

En lo referente a el tiempo transcurrido entre su último embarazo y el actual (intervalo ínter genésico) los resultados muestran que el 37% (7 casos) contaban al momento de el embarazo con un intervalo ínter- genésico corto de menos de 2 años y de estos casos en el 86% de los casos no se determinó ésta situación como factor de riesgo obstétrico.

Sobre el numero de embarazos previos a el actual, la situación nos muestra que un 32% de los casos eran primigestas (6 pacientes), el 26% contaban con 3 embarazos previos, un 21% con 4 embarazos y el 20% restante (un caso cada uno), las pacientes contaban con 2, 5, 8 y 9 embarazos respectivamente. Ver Tabla 2.

Tabla 2

Relación de casos de Muerte Materna

Según sus antecedentes gineco -obstétricos

Previos al embarazo que les produjo la muerte.

GESTA	MUERTES MATERNAS	PORCENTAJE
1	6	32.00%
2	1	5.00%
3	5	26.30%
5	1	5.00%
7	4	21.00%
8	1	5.20%
9	1	5.20%
TOTAL	19	100.00%

Siguiendo con el tema de la consulta prenatal, del total de embarazadas que si acudieron a consulta (14 casos), solo el 36 % (5 casos) tienen estudios de laboratorio solicitados y de estas 5 pacientes, solo 2 pacientes tienen nota en el expediente reportados y comentados. En lo referente a la toma de hierro y

ácido fólico entre las embarazadas, los resultados muestran que en 12 casos (86%), de los 14 casos que si acudieron a consulta prenatal, si tomaron estos medicamentos.

Al revisar sobre la anticoncepción posparto anterior, los hechos muestran que solo el 11% si recibieron este recurso y lo utilizaron durante algún tiempo antes de embarazarse nuevamente.

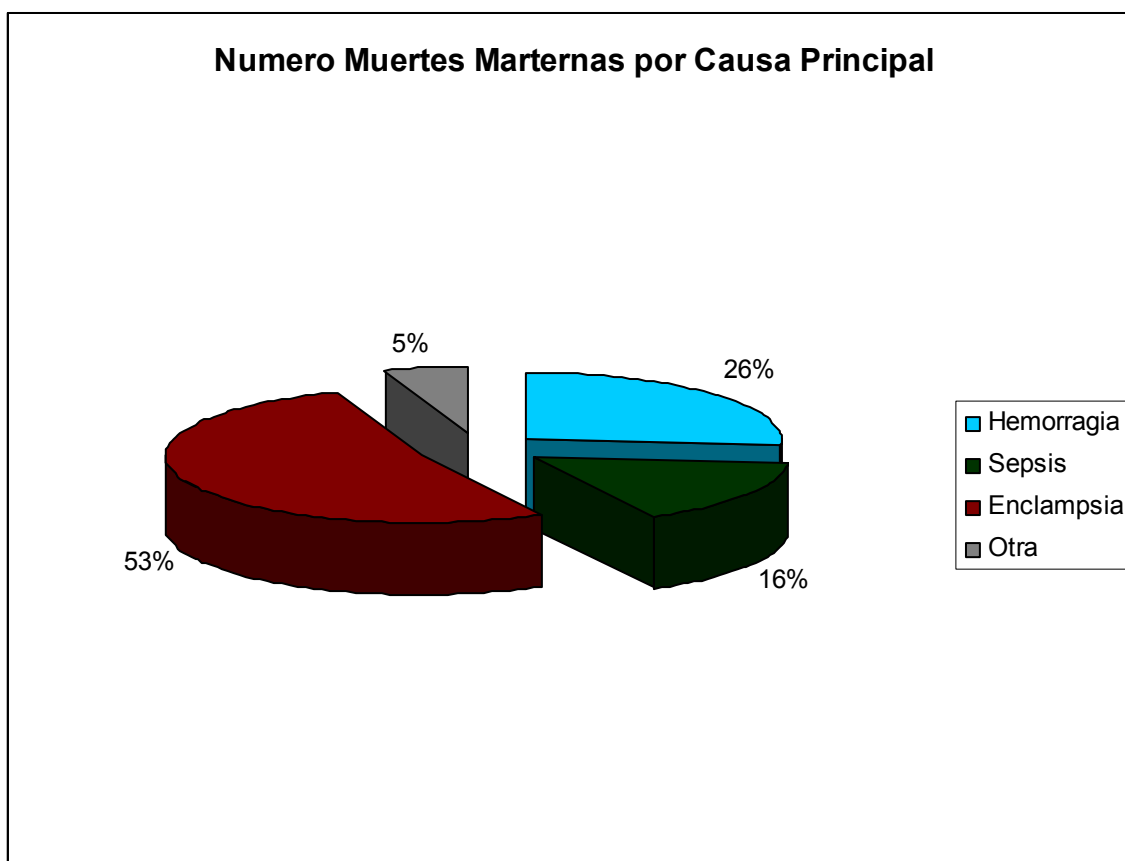
El 68% recibieron atención hospitalaria de algún tipo ya sea por atención de parto, operación cesárea o simplemente para atender complicaciones del embarazo. En 6 casos (22%) el parto se atendió en el hogar, y de estos, 2 casos requirieron además atención hospitalaria.

En la variable sobre si existieron dilaciones o retrasos en la atención medica, de envió al hospital y/o retrasos en solicitar la atención médica, éstas se dieron en un 74% (14 casos).

En lo referente a las causas de la muerte, los resultados nos muestran que el 53% (10 casos) la causa directa de la muerte fue la Eclampsia y sus complicaciones, en un 26% (5 casos) la causa fue Shock hipovolémico secundaria a Hemorragia, el 16% la muerte fue debida a sepsis y en un solo caso el deceso fue por otra causa. (Gráfica1)

Dentro de las muertes por eclampsia, en 6 casos se presentaron además complicaciones de hemorragia cerebral, y en tres pacientes se pudo documentar el Síndrome de Hellp. En el caso de las hemorragias, tres casos fueron por retención de placenta y las otras dos muertes por probable acretismo placentario. El 21% de las muertes ocurrieron en el hogar, en trayecto y el resto (79%) ésta sucedió en el hospital.

Gráfica 1



Al revisar si los certificados de defunción estaban correctamente llenados y había concordancia entre la causa real de la muerte con la reflejada en el documento podemos comentar que esto si ocurrió en un 84% y solo en tres casos (16%) esto no sucedió. Sobre este último dato, en los tres casos anteriores, fue el médico que certificó la muerte fue el causante del deficiente llenado del mismo.

Finalmente sobre si el producto de la concepción sobrevivió a pesar de la muerte de su madre, los resultados mostraron que el 37% (siete casos) si lograron sobrevivir al evento, cabe mencionar que no hubo muertes perinatales ni otras complicaciones en la totalidad de de los casos. Los recién nacidos no presentaron ninguna complicación posterior. Sobre este punto comentaremos que llama la atención que los productos que lograron sobrevivir provenían de madres multíparas, desde los 27 años hasta los 42 años. Los embarazos que ocurrieron en las madres jóvenes fallecieron en casi todos los casos,

reportando solo un recién nacido vivo en una paciente de 19 años. También podemos mencionar que en los casos en los que las madres fallecieron por hemorragia, el 100% de los recién nacidos vivos, nacieron sin complicaciones posteriores al evento, situación que se presentó en solo dos casos de madres con eclampsia, en los cuales el producto sobrevivió. En los casos en que la madre falleció por eclampsia la mortalidad en el producto de la concepción fue del 80%.

El 100% de las muertes fueron dictaminadas por el Comité Jurisdiccional de Muerte Materna como directas, evitables y en un 84% (16 casos) prevenibles. Del total de las muertes maternas que ocurrieron en beneficiarias del programa oportunidades, en dos casos no acudieron a ninguna consulta prenatal, y en por lo menos ocho casos mas estas muertes se pudieron haber evitado si las titulares del programa hubieran llevado sus controles de manera adecuada.

En lo referente al análisis general de los procesos de atención médica estas anomalías se presentaron en el 95% de los casos de muerte materna. Solo en un caso, a pesar de que la causa de la muerte era prevenible, no se identificó la falla de algún proceso ya que esta muerte correspondió a un choque séptico secundario a un aborto probablemente provocado, situación que en ningún momento se consigna en el expediente, pero la evolución del caso y algunos testimonios recabados en la autopsia verbal, así lo sugieren.

Una vez con los resultados y las encuestas terminadas, se procedió al análisis de los eslabones críticos y de procesos de atención en cada uno de los casos en donde después de terminar dicho procedimiento decidimos, para fines más prácticos, en dividirlo en tres grandes grupos: la omisión y/o anomalías de los procesos que ocurrieron durante la consulta prenatal y/o durante la atención del embarazo en el primer nivel de atención o primer contacto, la omisión y/o anomalías de los procesos que ocurrieron durante el traslado y finalmente la omisión y/o anomalías de los procesos que ocurrieron en el segundo nivel de atención médica. Para efectos del presente análisis y tomando en cuenta que las circunstancias que acompañan a las muertes maternas son el producto de un conjunto de factores que al entrelazarse y

relacionarse, forman una serie de eslabones que forman una cadena fatal de errores y/o demoras, y que de no corregirse en tiempo y forma puede llevarnos a un resultado muy lamentable para la madre y el producto. Por lo anterior, vamos a tomar en cuenta para los resultados y discusión del presente trabajo, el proceso que más haya contribuido de manera directa y/o de manera decisiva en cada muerte materna y en el cual su pronta atención y seguimiento serán la mejor manera de contribuir y prevenir futuras muertes maternas.

TABLA 3
DEFICIENCIAS DETECADAS POR EL ESTUDIO DE ESLABONES CRITICOS DENTRO
DE LOS PROCESOS ATRIBUIBLES AL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA.

ESLABONES DETECTADOS	NUMERO DE INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS
EXPEDIENTES CLINICOS SIN LA NOM-007	18
VALORACION DEL RIESGO OBSTETRICO	14
NO ACTUALIZACION O FALTA DEL CENSO DE EMBARAZADAS EN CADA UNIDAD MEDICA	8
DESCONOCIMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EPIGASTRIO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO" (CONOCIDO COMO DOLOR DE BARRA DE ZAPATERO)	7
FALTA DE ORIENTACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA OBSTETRICA	6
FALTA DE SUPERVISION POR PARTE DE LA INSTITUCION	5

TABLA 4
DEFICIENCIAS DETECADAS POR EL ESTUDIO DE ESLABONES CRITICOS DENTRO
DE LOS PROCESOS ATRIBUIBLES AL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA.

ESLABONES DETECTADOS	NUMERO DE INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS
DEMORAS, DEFICIENCIA, INCONSISTENCIA E INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION TECNICA	28
DESCONOCIMIENTO EN GERENAL DE LOS PROTOCOLOS DE MANEJO EN LAS PATOLOGIAS DE LA EMBARAZADA.	8
PROBLEMAS CON BANCO DE SANGRE	6
FALTA DE PERSONAL Y EQUIPO MEDICO	6

Así, podemos decir que dentro del primer grupo, sobre las fallas en los procesos atribuidos directamente o predominantemente en el primer nivel de atención o primer contacto, encontramos que se encontraron estas deficiencias en un 56%, (tabla 3), seguidos por problemas en procedimientos en el segundo nivel de atención médica con el 33% (tabla 4) y finalmente con fallas en los procedimientos del traslado de pacientes en el 11 % (tabla 5).

Para efectos del presente trabajo, solo nos enfocaremos a lo que sucede en el primer nivel de atención médica y que consideramos como la parte más importante en el manejo adecuado y preventivo de las muertes maternas. Lo encontrado en el segundo nivel lo mencionaremos de manera muy general para que este trabajo pueda servir de referencia para estudios posteriores.

TABLA 5
DEFICIENCIAS DETECADAS POR EL ESTUDIO DE ESLABONES CRITICOS
DENTRO DE LOS PROCESOS ATRIBUIBLES AL TRASLADO Y A LAS
UNIDADES DE SALUD.

ESLABONES DETECTADOS	NUMERO DE INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS
PATRONES CULTURALES, DEMORA EN EL TRASLADO, RENUENCIA	8
COMUNIDADES DE DIFICIL ACCESO	7
POBREZA	7

DISCUSION

Durante el presente trabajo se encontraron datos que en la mayoría de los mismos, tienen muchas similitudes con datos encontrados sobre el tema, en otros estudios de investigación y en diversas publicaciones a nivel nacional, pero también encontramos algunos resultados importantes que merecen su atención.

Los datos relativos a la edad en la cual las pacientes fallecen por este problema, difiere un poco de los reportados a nivel nacional en el que el grupo de edad con mas casos de mortalidad materna es el de 24 a 30 años y nosotros encontramos que el grupo de edad mas afectado es el de 30-34 años, con una media de 29 años, este dato seguramente esta influenciado a que el mayor numero de embarazos en el país ocurren dentro de estas edades y por ende su mayor frecuencia.

En lo referente a la escolaridad los datos encontrados sobre esta variable, no muestran discrepancias con la mayoría de los demás estudios sobre el tema, ya que se demuestra que la poca escolaridad (64%) es un factor a considerar como de alto riesgo en la mayoría de las muertes maternas, en el estudio se muestra que el 32 % de las fallecidas eran analfabetas y un 32 % con estudios de primaria incompleta. Solo el 26% confesaron haber terminado sus estudios de secundaria y de estas solo una paciente contaba con estudios profesionales.

Al efectuar el cruce de las variables escolaridad con lugar de residencia hay una clara relación entre el analfabetismo y el poco grado de educación (68%) las cuales corresponden en su totalidad al área rural, contra las pacientes que tuvieron más grado de escolaridad (22%) y que residían en área urbana, lo que confirma la afirmación anterior que esta variable es un factor importante de riesgo para Muerte Materna.

Sobre el estudio de las familias de las fallecidas, se puede mencionar que en la mayoría de los casos se trataban de familias tradicionales, integradas,

habitantes del medio rural, campesinas, nucleares simples y en fase de expansión. Llama la atención el dato mayoritario de parejas en Unión Libre el cual seguramente esta influenciado por cuestiones culturales y educativas las cuales influyen para las parejas hayan escogido a esta forma de convivencia como la más importante, situación que es frecuente en las zonas rurales de el estado. Para nuestro objetivo del estudio, no guarda relación con la mortalidad materna, pero seria interesante para estudios siguientes saber si este hecho podría guardar alguna relación con el tema que nos ocupa.

Como resumen y comentario final sobre el tema familiar, los resultados encontrados en este estudio coinciden con los pocos estudios que hay al respecto el cual nos muestran que las muertes maternas registradas, provienen predominantemente en familias tradicionales en las que aun el jefe de familia generalmente de ocupación obrero o campesino, y en la que esta persona es el principal proveedor de los recursos en la familia, con alto predominio en las regiones mas marginadas y que se encontraban en la fase de expansión(16). Sobre su composición la mayoría de las familias correspondían parejas jóvenes con pocos hijos (familia nuclear simple) y plena fase de expansión de la misma, así mismo llama la atención que un buen número de parejas jóvenes que buscaban su primer hijo y que con la muerte de la mujer desintegró por completo a esa familia. Hay que considerar que solo en 2 casos (11%) se documento que el jefe de familia se encontraba de migrante indocumentado en los Estados unidos. Esta situación es de particular importancia ya que en ambos casos la mujer no contó con el apoyo del esposo al momento del problema obstétrico.

En relación a la ocupación que tenia la fallecida, hay predominio en las amas de casa lo cual concuerda con los datos de familia encontrados. Este dato, también relacionado con la familia nos muestra que la mujer en esta parte del país continúa dependiendo económicamente del esposo y eso puede llevar a que la mujer no tenga plena decisión sobre su salud y sobre todo si va a poder pagar o no un servicio de salud, tiene que preguntar al esposo si ella puede acudir al servicio de salud, o si hay o no dinero para atenderse y pagar un estudio de laboratorio.

A continuación hay una variable interesante que se investigó y que merece comentario, se trata sobre si las madres que fallecieron recibían recursos del programa Oportunidades. Como es sabido las beneficiarias de este programa del gobierno federal, que tiene en esta región 7 años de que se implementó entre la población mas necesitada del estado, reciben una aportación económica a cambio de que cumplan con ciertas condiciones entre las cuales están las de “comprometerse” a cuidar su salud y la de los suyos cumpliendo con cierta cantidad de “asistencias” al centro de salud de su adscripción además de cumplir con sus consultas prenatales, vacunación, acudir cada mes a los llamados Talleres Comunitarios en Salud en donde se revisan diversos temas de salud en general de acuerdo al programa de la Salud empieza en Casa y dentro de los cuales el tema de embarazo saludable es obligatorio, entre otras actividades.

Además de lo anterior, si la beneficiaria esta embarazada, recibe un suplemento nutricional especial para embarazadas para que lo ingiera durante la gestación del producto para combatir la desnutrición del producto y de la madre misma. Pues bien en nuestro estudio encontramos que un 53% de los casos no contaban con el programa oportunidades y el 47% si contaban con este beneficio, y de estas ultimas, en dos casos (11%) se demuestra que no llevaron control prenatal alguno a pesar de estar recibiendo los beneficios del programa.

Esto nos lleva a cuestionarnos seriamente sobre la operación del programa en donde se demuestra que 9 mujeres que contaban con el recurso, que tenían las facilidades para las consultas y que además recibieron nutrimentos orales para la mujer embarazada, murieron; y que de haber cumplido con las obligaciones del programa esto tal vez no hubiera sucedido. ¿Qué esta sucediendo que las beneficiarias de oportunidades? No es el primer cuestionamiento al respecto sobre la eficacia del programa ya que no solo suceden estos casos con la patología que estamos estudiando, sino con muchos otros problemas de salud publica y en los cuales cuando suponemos que las beneficiarias del programa que por estar recibiendo una aportación

económica y pensamos que deberían de cuidar más su salud, esto desgraciadamente no es verdad.

Se pueden documentar que defunciones por diarrea, o casos de dengue, solo por mencionar algunos ejemplos, que tienen una alta incidencia entre la población beneficiaria del programa. Habrá que hacer mas estudios al respecto y ver si el problema está en la forma en que el personal de salud brinda la información de salud, o si el problema radica en si el personal sanitario no efectúa con eficacia sus acciones de promoción a la salud, o si los supervisores del programa no hacen su trabajo, o simplemente hay renuencia en algunas personas beneficiarias del programa para cumplir con sus obligaciones en el rubro de salud. Como digo, sobre este tema hay mucho que investigar.

Pasando al proceso de la atención prenatal, los resultados que encontramos no dejan de ser sorprendentes. En el 58% (11 casos), las embarazadas estaban registradas en alguno de los censos de las unidades medicas a las que por su área residencia, acuden o debían de haber acudido, esto quiere decir que el resto de las embarazadas que fallecieron eran desconocidas y no se sabia de su existencia para el sector salud, lo que refleja un deficiente registro de los censos de las embarazadas en las comunidades. No se tiene ninguna estimación oficial al respecto, pero este dato hay que tenerlo en cuenta ya que la traducción práctica de esto es que de cada 10 embarazadas, cuatro de ellas no se sabe en donde están y pueden morir si no las encontramos antes para su atención.

Sobre el dato correspondiente a saber si en algún momento del embarazo, la mujer embarazada acudió o tuvo contacto con alguna partera para el control del embarazo, los resultados nos muestran que una de cada 4 mujeres en gestación recurre a este personaje para ello. Este dato es muy importante para la formulación o fortalecimiento de estrategias para evitar la muerte materna ya que se demuestra una vez mas, que la patera sigue siendo un recurso muy utilizado por las mujeres de las zonas rurales. Los estudios que hay al respecto confirman esta tendencia entre este sector de la población.

Sobre la variable de saber en donde se atendió a la mujer embarazada, y de cada 4 (26%) se atendieron en su domicilio y fueron atendidas por parteras y familiares (en un caso el esposo y un caso mas fue el padre de la paciente quien atendió el parto. Llama la atención que ningún parto o evento obstétrico fue atendido en el primer nivel de atención médica. Esta serie de datos nos muestra que las mujeres prefieren atenderse en sus domicilios y solo en caso de una complicación deciden acudir a las unidades de salud.

Es de llamar la atención que solo el 0.5% de los expedientes, si reunía los requerimientos que marca la NOM-007 en relación con la atención de la mujer embarazada, este último dato si lo relacionamos con el 89% de los casos (17 expedientes) en los cuales no se determinó ni mucho menos se documentó, ningún tipo de riesgo obstétrico, la situación es delicada y refleja una falta absoluta de conocimiento de la norma oficial mexicana y del manejo del expediente clínico, además de poder documentar otros factores inherentes al proceso de atención médica entre los que se mencionan el factor económico (las pacientes se quejan de falta de dinero para la consulta y /o el traslado), falta de equipamiento (en un caso no tenían báscula para pesar a las pacientes), sobrecarga de consulta (los 15 minutos de consulta no son suficientes para elaborar una exploración adecuada a una paciente de riesgo) sin descartar la posible omisión por parte del medico o personal de salud para plasmar las actividades que marca la NOM-007, como obligatorias a realizar en este tipo de pacientes.

Esta situación se complica cuando en nuestro estudio, se comprueba que solo en 1 de cada 3 pacientes si les fueron solicitados los estudios de laboratorio y gabinete, y que en solo en el 10 % si aparece la nota medica correspondiente en el expediente clínico y en donde se comentan los mismos por parte del personal de salud. Llama la atención que el médico o personal de salud si solicita estos estudios prenatales de laboratorio en la mayoría de los casos, pero se desconoce que pasa con ellos, ya que en el expediente clínico de primera vez y en las notas subsecuentes no mencionan nada al respecto, no se conoce si se tomaron estos estudios, o no se tomaron.

Una de las posibles situaciones a lo anterior, es en relación a algunos señalamientos que aparecen en algunas autopsias verbales, en las cuales se menciona que no se realizan estos estudios por falta de dinero (esta situación se documentó en 5 casos). Lo que sí es preocupante es la falta de registro en el expediente clínico por parte del médico o el personaje de salud que atiende a la paciente, sobre el motivo por el cual no hay estudios o por qué la embarazada decide no efectuarse los estudios de laboratorio.

Como dato final a esto, podemos deducir una de las posibles causas de ello al efectuar el cruce de las variables lugar de residencia y laboratorio, encontrando que en el 71% de las embarazadas que acudieron a consulta y viven en área rural, no se tomaron estudios de laboratorio, lo que nos puede mostrar más acertadamente de que el factor económico pudo haber sido la causa real por la cual no acudieron a tomarse sus estudios de laboratorio y gabinete en tiempo y forma.

En los dos casos restantes, si fue determinado el riesgo obstétrico por parte del personal de salud, (en un caso por un médico con especialidad en medicina familiar y en un caso más por un técnico en salud comunitaria), quienes en su momento sí efectuaron la referencia oportuna a el segundo nivel de atención médica. Desgraciadamente en estos casos a pesar de haber referido oportunamente, no se pudieron evitar las muertes de ambas pacientes (en un caso por negarse a ir al hospital, al parecer por dos motivos: ausencia del esposo para la toma de decisión y la falta de dinero; y en el otro caso por complicaciones en segundo nivel).

En el rubro de consultas prenatales, en la mayoría de la literatura revisada los resultados muestran que el promedio nacional de visitas a los servicios de salud para la atención prenatal el promedio es de tres consultas, nosotros en nuestro estudio encontramos solo dos, cifra por debajo de la media lo que nos revela que no se está haciendo el trabajo de convencer a la embarazada que debe acudir a sus consultas de control.

Esta disminución en el número de consultas prenatales previas, es un factor muy importante de riesgo obstétrico el cual esta bien documentado en la mayoría de las publicaciones al respecto y que según los datos obtenidos, este factor de riesgo se estima en aproximadamente un 11% más en las mujeres con solo 2 consultas prenatales y este riesgo se puede elevar hasta un 38% en las mujeres que no acuden a ninguna consulta obstétrica, estos datos nos revelan que hay que trabajar muy intensamente en ese aspecto.

Al investigar y efectuar el análisis sobre el cruce de variables edad gestacional de la primera consulta y escolaridad nos muestra que cuando la escolaridad de la embarazada es mayor, esta acude antes de las 12 semanas para su control, prenatal por primera vez (29%). De los 5 casos en los cuales no acudieron a control prenatal llama la atención que el 40% (2 casos) eran analfabetas, otro 40% con primaria terminada y 20% (un caso) con secundaria terminada, para mejor interpretación de los datos anteriores a mayor educación, mayor la necesidad de llevar e iniciar sus consultas prenatales a etapas mas tempranas del embarazo; caso contrario con las mujeres con poca educación en donde el acudir a consulta prenatal no es importante y dentro de las causas probables es el desconocimiento de la necesidad de llevar un adecuado control prenatal para evitar complicaciones a la madre y el producto.

Al revisar los resultados sobre el personaje que efectúa o lleva cabo el control prenatal en la mayor parte del proceso de la gestación a nivel local y/o primer nivel de atención médica, los datos muestran que el 38% de ésta atención prenatal corresponde en gran medida, al médico general. Esta dato tiene gran importancia para el planteamiento de nuevas estrategias en salud para reforzar esta parte de la atención médica, si a este dato le agregamos el resto del personal de salud existente en el primer nivel, en el cual también se encuentran los técnicos en salud comunitaria y las enfermeras principalmente, el personal de salud tiene bajo su responsabilidad en un 81% el cuidado prenatal en la mayor parte del tiempo que dura la gestación, esto relacionado con el dato ya revisado, relativo a la omisión en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana-007, nos deja con la inquietud en saber si realmente este personaje de salud conoce la mencionada normatividad.

Hay un estudio interesante al respecto en el cual el personal de salud (predominantemente personal médico) de ocho estados de la Republica fue evaluado en conocimientos generales relacionados con la atención prenatal con fines de medición para evaluar la calidad en la atención médica del prestador de servicios en esos estados del país y los resultados mostraron que el promedio de calificación obtenido por los proveedores del servicio en materia de capacidad de resolución de problemas relacionados con la atención prenatal fue de 3.12 puntos sobre 10 posibles, concluyendo el mismo autor del estudio, que el grado de conocimiento de los proveedores del servicio es muy deficiente, lo que afirma parece indicar la falta de efectividad de de las actividades de educación continua de los programas habituales de las instituciones de salud.(20)

Continuando con el análisis de los datos y sobre el proceso de atención prenatal, en lo referente al tiempo transcurrido entre su último embarazo y el actual (intervalo ínter genésico) los resultados confirman esta situación como un factor de riesgo obstétrico y lo más preocupante es la no determinación de este en el proceso de atención prenatal, cuando está debidamente documentado en la literatura que ésta condición es también un importante factor de riesgo en el embarazo (4,5).

Sobre el numero de embarazos previos a el actual (tabla 2), es muy interesante el dato encontrado sobre el predominio de muertes materna en primigestas, la literatura actual considera de alto riesgo el embarazo antes de los 19 años por el mayor riesgo a morir en el embarazo, en nuestro estudio encontramos solo dos pacientes con esa características, siendo la media de 23 años para el grupo de mujeres que fallecieron en su primer embarazo, lo cual nos dice que a pesar de que esta comprobado que los embarazos que se presentan en mujeres jóvenes tiene más riesgo de sufrir complicaciones en el embarazo, en nuestro estudio esta situación no se presentó.

En lo referente a la toma de hierro y acido fólico entre las embarazadas, los resultados muestran que prácticamente 9 de cada 10 pacientes si reciben estos

medicamentos de manera habitual y no se demuestran faltantes de este medicamento en las unidades de salud.

Para terminar con el proceso relativo a la consulta prenatal, comentaremos finalmente que 8 de cada 10 mujeres embarazadas si tuvieron algún tipo de atención médica o contacto con algún personaje de salud a lo largo de su embarazo. Ésta situación es de llamar la atención ya que nos revela varias posibles causas de esta situación y que van desde que la paciente tenga su residencia en comunidades de difícil acceso, que la paciente dependa de la decisión del esposo para atenderse (lo cual es un factor cultural bastante común en esta zona), porque la paciente no percibe necesario atenderse durante su embarazo o alguna otra situación no detectada en su momento.

En lo referente a las causas de la muerte, los resultados encontrados en nuestro estudio son similares a los reportados en la gran mayoría de los estudios sobre el tema en donde las muertes maternas son debidas en un alto porcentaje a eclampsia y problemas relacionados con la hipertensión en el embarazo (2, 16, 21, 22,23), en segundo lugar las defunciones por Hemorragias y sus complicaciones y como tercer lugar la sepsis puerperal como causa principal y sus complicaciones.

Dentro de las muertes por eclampsia, en 6 casos se presentaron además complicaciones de hemorragia cerebral, y en tres pacientes se pudo documentar el Síndrome de Hellp.

Cabe hacer mención que en los casos en que las mujeres fallecieron por pre eclampsia, hipertensión en el embarazo y sus complicaciones, el dolor en epigastrio llamado Barra de Zapatero y que se asocia con sintomatología hipertensiva de embarazo, se presentó en el 50% de las defunciones y este no fue detectado oportunamente por los médicos que atendieron a las pacientes. Este dato se obtuvo de los expedientes clínicos y se las notas de ingreso del segundo nivel en donde se menciona esta sintomatología días antes del problema que origina la hipertensión en las mujeres embarazadas, situación preocupante por el evidente desconocimiento del médico de este dato clínico.

En el caso de las fallecidas por hemorragia, tres casos fueron por retención de placenta y las otras dos muertes por probable acretismo placentario.

En dos de cada diez mujeres que fallecieron las muertes ocurrieron en el hogar y en trayecto al hospital, lo que aun nos muestra que existe un numero importante de muertes en las zonas rurales, en nuestro estudio, estas se debieron principalmente al retraso de los familiares y de la paciente misma, de tomar la decisión de acudir a una unidad de salud para la atención del embarazo y la atención del trabajo de parto.

Al efectuar el cruce de algunas variables que nos puedan mostrar algunos datos más interesantes, los resultados reportan los siguientes hallazgos:

Al analizar las variables causa de la muerte y número de gestas, y cruzar los datos lo que más llama la atención es que el 100% de las primigestas que fallecieron la causa de muerte fue la eclampsia; en las pacientes que fallecieron por hemorragias, se encontraron predominantemente en el grupo de embarazadas que tenían como antecedentes previos al evento, el contar entre 3 y 8 embarazos previos.

Cuando revisamos otras de las variables como edad con causa de muerte, los datos muestran que del total de muertes por eclampsia el 70% ocurrieron en pacientes que se encontraban en el grupo de edad de 17 a 24 años de edad, y el resto de los casos en las edades restantes; asimismo del total de casos de muerte por hemorragia (cinco casos) el grupo de edad predominante fue el de 26 años y más.

Estos datos encontrados en nuestro estudio permiten identificar dos grupos muy bien definidos de muertes maternas y del perfil de las mujeres que lo padecieron:

- 1.- Las mujeres embarazadas que viven en área rural, multíparas, con baja escolaridad, con baja escolaridad, de más de 26 años y con intervalo inter-genésico corto, tienen muy altas probabilidades que la complicación más frecuente a sufrir es la hemorragia.

2.- Por otro lado, mujeres jóvenes que viven en el área rural, dentro del grupo de edad de 17 a 25 años, tendrán como complicación más frecuente la hipertensión en el embarazo y sus complicaciones.

Ambos grupos con estas características son considerados por la literatura como de alto grado de riesgo obstétrico. Finalmente diremos que del total de muertes por hemorragia, en todos los casos (100%), fueron atendidos en el hogar lo que nos demuestra que la detección oportuna de este tipo de pacientes será vital para la referencia oportuna de las mismas a las unidades de salud. Está demostrado que el acretismo placentario tiene una elevada mortalidad y si ésta se presenta lejos de los medios necesarios para su inmediato tratamiento, la muerte de la paciente es segura.

En la variable sobre si existieron dilaciones o retrasos en la atención médica por parte del personal de salud, dilaciones en el envío al hospital y/o retrasos en solicitar la atención médica necesaria éstas se dieron en un 74% (14 casos), los comentarios a esta situación se analizan en conjunto en las próximas líneas.

Finalmente mencionaremos que el 100% de las muertes fueron dictaminadas por el Comité Jurisdiccional de Muertes Maternas como directas, evitables y prevenibles en casi todos los casos, estos datos son muy contundentes, de haber aplicado correctamente las medidas de atención y prevención en cada nivel de atención éstas muertes no debieron de haber sucedido.

En relación al estudio y análisis de los procesos que se presentan desde el inicio del embarazo hasta su terminación y posteriormente el puerperio, con los resultados obtenidos en las encuestas, señalamos lo siguiente: sobre las fallas en los procesos atribuidos directamente o predominantemente en el primer nivel de atención o primer contacto, se encontraron deficiencias en un 56% y podremos señalar las siguientes en orden de frecuencia: (Tabla 3).

Como podemos observar, es evidente la pobre aplicación de la norma oficial mexicana que dicta la normatividad correspondiente al embarazo y los

cuidados de atención prenatal y que según el análisis, consideramos que de haber llevado a cabo los pasos mínimos de la consulta prenatal y tal vez lo más importante, que éstos sean consignados en el expediente; esta situación aunado a la pobre valoración del riesgo obstétrico, hacen que los embarazos se compliquen y tengan las consecuencias ya conocidas para estas pacientes.

Hay estudios en donde se analiza la responsabilidad profesional del personal de salud en estas muertes y se reportan cifras del 72% de todos los casos de muerte materna e el estudio de Guadalajara (16). Otro estudio elaborado en el ISSSTE (23) en el cual se dedicaron a revisar expedientes clínicos de mujeres embarazadas, solo en el 20% de todos los expedientes revisados se encontraron determinaciones del riesgo obstétrico, y en el resto de los expedientes hacia falta algún dato para completar el expediente según la NOM-007; finalmente sobre este tema, y dimensionar este delicado problema, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) menciona que el 59% de las quejas recibidas en ese organismo se relacionan con la mala práctica obstétrica y en el que el 56% los médicos involucrados eran Ginecoobstetras y prácticamente el 25% eran médicos generales u otros especialistas.(24)

El analizar a cada muerte materna y encontrar que sistemáticamente los expedientes clínicos no reúnen los requisitos completos para el adecuado control prenatal, es altamente preocupante ya que esta situación nos está hablando de que el personal médico de primer nivel, el que se supone debe de contener y resolver el 80% de la patología general, es el que por alguna situación no está haciendo su trabajo de manera profesional. Aunque no podemos establecer si esta omisión de tareas se deba a negligencia o incompetencia, si debe ser un motivo para la reflexión profunda sobre la misión del médico actual en las escuelas de medicina y universidades, y de manera muy especial en el de primer contacto. Con estos resultados, podemos afirmar que en general el personal de salud adolece del conocimiento actualizado en relación a la normatividad vigente al respecto. Los procedimientos de atención están normados y sólo hace falta hacer conciencia de que se necesita del compromiso del médico que se encuentra en el primer nivel para aplicarlos correctamente.

Si terminamos de analizar el contenido de la tabla 3, podemos comentar que el resto de los eslabones críticos son relacionados a la atención médica. El desconocimiento del dolor en epigastrio como signos representativo de problemas de hipertensión arterial, es desconocido por la mayoría de los médicos de primer contacto y esto nos habla de una deficiente capacitación por parte de las instituciones de salud o talvez, por que no decirlo, de la deficiente formación del profesional de la medicina. Esta afirmación no la podemos demostrar en este estudio, pero seguramente puede ser materia para otros estudios al respecto.

También es justo mencionar que la estructura actual de nuestro sistema de salud, hace que el medico actual tenga la obligación de cumplir con un numero elevado de consultas médicas para el cumplimiento de la normativa y que impide que cada paciente sea adecuadamente valorado y medicado. Estos factores son también de importancia y aunque en nuestro estudio no fue una causa de muerte materna, si apareció en por lo menos un caso.

Otras inconsistencias detectadas son: en un caso el no interpretar los incrementos de peso en la paciente, no detectó a tiempo una enfermedad hipertensiva del embarazo que le produjo la muerte, en un caso más el no indicar un examen general de orina con oportunidad evitó detectar a tiempo un factor de riesgo en una mujer con enfermedad hipertensiva del embarazo; y finalmente el no efectuar e interpretar de manera adecuada la medición y altura del fondo uterino, impidió detectar a tiempo una complicación que a la postre contribuyó a la muerte de la paciente, cuando se pudo haber referido a segundo nivel a la paciente de manera oportuna.

Sobre la falta de supervisión por parte de la institución, obliga a cada una de ellas a reforzar éste mecanismo de supervisión efectiva, que de llevarse a cabo de manera integral, se podrían detectar y corregir muchos errores en expedientes clínicos y para la actualización de los censos de embarazadas que son de gran utilidad para poder llevar un control de cada mujer en gestación y en caso necesario de que la mujer embarazada no acuda a su consulta,

desplegar las estrategias necesarias para su localización y convencimiento para acercarse a las unidades de salud.

En relación a los problemas en los procesos detectados en el segundo nivel (tabla 4), encontramos que se encontraron estas deficiencias en un 33%, señalando como la mas frecuente a las demoras en la atención por parte del especialista en ginecología y las demoras en la decisión de efectuar algún procedimiento quirúrgico. Esta situación es muy preocupante ya que en por lo menos cuatro casos estas demoras fueron causa directa de muerte. En dos muertes mas la falta de personal medico fue una de las causas precipitantes de la muerte materna.

En relación al el resto de las causas solo comentaré que destaca también la falta de conocimiento y aplicación de los protocolos de manejo de la mujer embarazada y sus complicaciones. Esta deficiencia es detectada a todos los niveles, incluyendo especialistas en ginecología y obstetricia, pero de manera muy especial en el médico de primer contacto en la sala de urgencias de los hospitales y que en todos los casos se trata de un médico general y en una ocasión quien recibe es un medico interno en formación.

Finalmente con fallas en los procedimientos del traslado de pacientes en el 11 % de los casos (tabla 5). Las situaciones más frecuentemente detectadas son las relacionadas con las demoras por parte de la embarazada y los familiares en acudir a los centros de salud en forma oportuna. En dos casos, la demora en conseguir un vehiculo para el traslado de la paciente con hemorragia a un hospital fue la causa de la complicación que causó la muerte. En dos casos más la muerte sucedió en el hospital, pero porque ya había acudido a 2 unidades de salud antes, sin que se le haya podido resolver su problema.

Con todas los problemas anteriores, y como se podrá ver en el gran número de inconsistencias encontradas en cada uno de los eslabones críticos ya descritos, es necesario mencionar que para cada muerte materna existieron varios eslabones que corresponden a otros tantos problemas y que el conjunto de ellos forman una cadena fatal que al final concluye con la muerte de la embarazada.

Otras circunstancias o eslabones críticos encontrados en el estudio y que no quiero dejar de mencionar por la importancia que tienen y que pueden ser materia para futuros estudios son los siguientes: en dos casos existió algún tipo de violencia doméstica hacia las mujeres situación que no fue comprobada en su totalidad, pero que al analizar las circunstancias del embarazo y corroboradas en la autopsia verbal con los familiares hacen suponer que ésta condición existió, situación que se ha mencionado en otros estudios como una condición inaceptable y que parece ser muy frecuente durante el periodo en que la mujer está en gestación.(2); en cuatro casos no aceptaron los métodos de planificación familiar después de su anterior embarazo y finalmente en un caso, el embarazo fue producto del abuso sexual a la que fue objeto la mujer, en esta última situación es el caso ya mencionado de la madre soltera. Esta situación no es comprobable ya que la única información que se tiene al respecto es a través de la madre de la fallecida.

Finalmente comentaremos sobre una situación en particular, poco estudiada y es la relacionada con el saber que pasó con el producto de la concepción y si sobrevivió a pesar de la muerte de su madre, los resultados mostraron que el 37% (siete casos) si lograron sobrevivir al evento y nacieron en buenas condiciones generales de salud, cabe mencionar que no hubo muertes perinatales ni otras complicaciones en la totalidad de los casos. Este dato guarda una especial importancia en el aspecto familiar ya que ese recién nacido tendrá que crecer si el cuidado de su madre, sin embargo las estructuras sociales existentes cercanas al huérfano, en especial la familia, crean ambientes favorables para el desarrollo del producto sin resentir demasiado los efectos de la orfandad. En los casos en que la madre falleció por eclampsia la mortalidad en el producto de la concepción fue del 80%. Este dato concuerda con lo encontrado en la literatura en que hay una fuerte asociación entre enfermedad hipertensiva en el embarazo y la muerte del binomio madre - hijo.

CONCLUSIONES

La mortalidad materna es un problema multifactorial de salud pública y una de las prioridades nacionales para poder cumplir con uno de los objetivos del milenio para el 2015. El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas demuestran que éstas no son accidentales sino el resultado de una serie de factores que al entrelazarse forman una cadena de sucesos fatales que culminan con la muerte de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud, ha establecido que más del 80% de las muertes maternas son prevenibles y que el análisis detallado de los casos actuales puede ayudar a sentar las bases para la reducción de más muertes maternas.

El presente estudio permite concluir que:

- Las muertes maternas ocurridas en esta región del país y son la pre-eclampsia y las relacionadas con la hipertensión en el embarazo, seguidas de las hemorragias y sepsis las cuales concuerdan con los datos al respecto a nivel nacional.
- La falta de capacitación y conocimiento del personal de salud en general sobre la existencia de las normas oficiales mexicanas.
- Las muertes en todos los casos se dictaminaron como directas y prevenibles, dato muy superior a lo que establece la OMS.
- El proceso organizacional y funcional más afectado es el relativo a la atención médica prenatal.
- La correcta aplicación de la normatividad correspondiente a los cuidados prenatales en el primer nivel de atención para la detección oportuna de los factores de riesgo, es un factor determinante y decisivo para evitar la muerte materna.
- Por el contrario, la omisión y/o el desconocimiento de la normatividad correspondiente por parte del médico de primer contacto y del personal de salud que atiende a embarazadas, es también factor decisivo para contribuir al aumento de las muertes maternas.
- Así mismo, el desconocimiento y la falta de aplicación de los protocolos de manejo a la mujer embarazada por parte del personal de salud que se

encuentra en el servicio de Urgencias y de gineco-obstetricia de los hospitales en el segundo nivel de atención, es evidente y afecta también a los procesos de organización y funcionalidad de los hospitales. Esto último provocado también por la falta de recursos humanos.

- La metodología de eslabones críticos es hasta este momento la mejor herramienta con la que cuentan los comités de muerte materna del país para poder “desmenuzar” cada caso y cumplir con el objetivo de los mismos y de cumplir con el objetivo principal de la metodología que es el responder a la siguiente pregunta: “que tengo que hacer diferente hoy, para evitar la muerte de la paciente embarazada en similares condiciones de salud el día de mañana?”.

Por lo pronto en este trabajo hay que cuestionarnos que es lo que hay que hacer de distinto en el primer nivel de atención médica.

De acuerdo a nuestros resultados, proponemos tres líneas de acción para abatir en por lo menos en un 50% de las muertes atribuibles al primer nivel.

Primera línea de acción: la estandarización, aplicación y supervisión estricta de la aplicación de la NOM 007 en cada expediente clínico, en donde habrá que incrementar primeramente los programas de capacitación intensiva al personal de salud que se encuentran en las clínicas de primer nivel, incluyendo en dichos programas de capacitación a las parteras.

Debemos también contar con un buen padrón de parteras acreditadas para atender de manera más eficiente un parto y que a su vez tengan la capacidad de detectar factores de riesgo obstétrico y referirlos oportunamente a la unidad de salud mas cercana, esta situación será la mejor inversión que una comunidad, municipio o estado podrá hacer para evitar mas muertes maternas. Mientras que las mujeres con bajos ingresos, con baja escolaridad, que viven en zonas marginadas y en comunidades de difícil acceso, el acudir a la partera sigue y seguirá siendo una alternativa muy normal y que tiene además fuerte componente cultural, ya vimos que en este estudio que por lo menos el 74% de las embarazadas tuvieron contacto en algún momento del embarazo con este personaje, esta última circunstancia hace muy necesario el implementar este

programa de acreditación de parteras para el mejor control de las mujeres gestantes.

El resultado encontrado en el presente estudio y en estudios similares en donde se evalúan los expedientes clínicos y se pone de manifiesto la probable responsabilidad profesional y por consecuencia una probable deficiencia en los conocimientos generales del personal de salud sobre el tema de la mujer embarazada (20) pone en evidencia la deficiente calidad en la atención y no debe de ser minimizado, por el contrario se tienen que tomar medidas drásticas e inmediatas para generar cambios de actitud y de las conductas negativas a conductas positivas que motiven al médico a retomar el compromiso que se debe tener por velar por la salud del ser humano. Todas estas medidas propuestas van a contribuir de manera decisiva en el mejoramiento de la calidad de todo el proceso de atención en el primer nivel. Recordemos que el primer compromiso en el arte de ser médico es el de no hacer daño con nuestras acciones y que es que el tema de la responsabilidad profesional, cada vez toma mayor importancia en los tiempos actuales, en donde la ignorancia y/o la omisión en cualquier punto del proceso de la atención médica por parte de los profesionales de la salud, está siendo revisada más frecuentemente por diversas instituciones de salud, organizaciones de derechos humanos y otras instituciones, con la finalidad de revisar todos los procesos en la atención médica y en caso de comprobarse alguna irregularidad, fincar las responsabilidades y el castigo correspondientes al profesional que haya incurrido en alguna de ellas.

Segunda línea de acción: con las consideraciones anteriores, habrá que preguntarse si es necesaria la implementación de la certificación obligatoria para todo profesional de la medicina y una vez teniendo ésta, pueda ser garantía para la institución y para la sociedad de que el personal de salud de cada institución está ejerciendo su trabajo con profesionalismo y calidad, dicho de otra manera, “que cada quien haga lo que tenga que hacer, y cuando lo haga, lo haga bien”.

Actualmente este proceso de certificación es todavía de manera voluntaria, aunque cada vez más instituciones la están solicitando como una garantía de que por lo menos ese profesional cuenta con los conocimientos mínimos necesarios para brindar una atención con calidad y profesionalismo y en donde además se le exige al profesional, mantenerse actualizado en conocimientos y en capacitación constante. Recordemos que en los tiempos actuales la globalización y toda la revolución tecnológica que hay en la actualidad no justifican, ni admiten que los médicos en la actualidad no estén al día en diferentes temas profesionales de su competencia. La telemedicina, el internet y los diferentes medios de comunicación son recursos tecnológicos están cada vez cerca de nosotros y nos permiten poner más a nuestro alcance la actualización de conocimientos necesarios para el mejor desempeño de nuestras funciones profesionales.

La necesidad de contar con cada vez más especialistas en medicina familiar como una alternativa para la profesionalización y formación de los médicos para el primer nivel de atención puede ser una alternativa de solución muy factible ya que el perfil del médico familiar dentro de su formación profesional está la de contar con un cuerpo de conocimientos que le van a permitir realizar con eficacia, funciones técnico - médicas, funciones técnico -administrativas y actividades de enseñanza e investigación específicas a través de la práctica diaria en el primer nivel de atención médica, las cuales le permitirán responsabilizarse de la atención primaria e integral del individuo y de su familia que es el pilar y núcleo de nuestra sociedad (25,26). El estudio familiar que este profesional de la medicina puede aportar a la investigación y a la determinación de los factores familiares que involucran una muerte materna, serán de gran utilidad para poder atacar a este problema de salud pública que es la muerte materna.

Es necesario que estos profesionales de la medicina se vayan colocando en puestos claves dentro del sistema de salud para empezar a profesionalizar la atención primaria de la salud, con la consecuente mejora en la calidad de la atención médica tanto en el primero como en el segundo nivel. El perfil actual del médico familiar es el de contar con la capacidad y la gran ventaja, a

comparación de otras especialidades, de tener una visión más integral de los problemas, con la capacidad de poder detectar con oportunidad los riesgos a la salud, y de no olvidar la importancia de la relación médico-paciente que continúa siendo la base para poder aspirar a una atención primaria de calidad y con oportunidad. Estamos convencidos que este nuevo modelo de atención primaria a la salud, aportará grandes beneficios, no solo para abatir las muertes maternas, sino también en el control de otras patologías.

Aunque no es objetivo de este trabajo el comentar y dar alternativas sobre los eslabones críticos detectados y relacionados con muertes maternas en el segundo nivel de atención, si mencionaremos que el asunto de la certificación de los profesionales que se encuentran en ese importantísimo lugar es también una condición necesaria para elevar la calidad de la atención médica y que en alcance de nuestro comentario anterior relacionado con la falta de personal profesional para la atención obstétrica, el especialista en medicina familiar puede ser el profesional adecuado para “cubrir” esos huecos en la demanda de servicios que existen actualmente en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Como tercera línea de acción: está la de comprometer e involucrar a la sociedad en el combate a la muerte materna. El fortalecimiento de las redes sociales en cada comunidad, el involucramiento necesario con las autoridades estatales y municipales, va a permitir que la misma sociedad, las autoridades y el sector salud organizado contribuyan de manera activa a la detección y control de todas las embarazadas existente que se encuentren en la comunidad. La elaboración y actualización de los censos de embarazadas y que de manera mensual deben ser revisados en conjunto con los comités de salud locales, los responsables de la comunidad y la institución de salud que presta el servicio médico en el área de responsabilidad, servirán para poder detectar a tiempo a las mujeres con factores de riesgo obstétrico, a los casos renuentes y tomar las medidas necesarias para la referencia oportuna a la clínica de salud más cercana.

El reforzar la supervisión en la operación del programa oportunidades es urgente, ya que en este trabajo demostramos que el 47 % de las muertes maternas pertenecían en algún momento, a este programa federal. No es posible que los beneficiarios del programa reciban recursos económicos para comprometerlos entre otras cosas, a contar con una mejor salud, y los resultados en ese rubro son poco alentadores ya que la población se continua enfermando y muriendo de padecimientos altamente prevenibles y de los padecimientos en los cuales supuestamente, reciben educación sanitaria periódicamente. Habrá que investigar más sobre el tema ya que después de varios años del programa no se han logrado abatir a las enfermedades y problemas de salud más frecuentes entre la población rural de nuestro estado y en donde de incluye a la mortalidad materna.

Finalmente y como una aportación más que involucra a la comunidad está la creación de las llamadas casas maternas que tienen la función de “albergar” a la futura madre durante las ultimas semanas y días próximos al parto para detectar con oportunidad las condiciones de riesgo y efectuar la referencia al primero o segundo nivel de atención. Estas casas maternas son sostenidas por la misma comunidad en coordinación con los ayuntamientos locales y en donde el personal que ahí labora son en su mayoría voluntarios capacitados, parteras locales, responsables de comités de salud locales, auxiliares de salud y contando siempre con el apoyo de una institución de salud que se encarga de la capacitación del “personal” así como la valoración diaria de la embarazada y de ser necesario la vigilancia permanente de misma ,contando en todo momento con una ambulancia u otro medio de transporte para el envío inmediato al hospital en cuanto sea oportuno y necesario hacerlo. En el estado de Chiapas, al momento del presente trabajo, existen dos casas maternas en municipios repetidores de mortalidad materna, las cuales están funcionando con gran éxito y que ya han logrado evitar varias muertes maternas en los lugares en donde se han establecido.

En el actual modelo de atención primaria, es labor del médico del primer nivel de atención la correcta evaluación de los factores de riesgo en toda mujer embarazada, así como el asesoramiento en los hábitos de vida que puedan

resultar favorecedores o perjudiciales para su salud. Es necesario realizar cambios urgentes relacionados con la atención en la consulta de la paciente embarazada en el primer nivel de atención. El control prenatal de primera vez y de las consultas subsecuentes, así como la correcta aplicación de los procedimientos o la omisión de esas acciones, son responsabilidad directa del médico que la otorga y por lo tanto se debe establecer el compromiso por parte de los profesionales para conocer y aplicar las guías de manejo, ya que las acciones realizadas resultan en beneficios directos al binomio madre-hijo que mantienen su confianza en él.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio"; Secretaría de Salud, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. Diario Oficial de la Federación, 31 octubre 1994.
- 2.- Elu Maria, Santos E, "Mortalidad Materna: una tragedia evitable."; Rev. Perinatol. Reprod. Hum. Vol. 18 num1; Enero-Marzo 2004: 44-52.
- 3.- Instituto Mexicano del Seguro Social, "Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo, del Puerperio y sus complicaciones, en Medicina Familiar en el IMSS".
- 4.- Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud (CENIDS), Instituto Nacional de Salud Pública; Folleto: Practica Medica Efectiva: Atención del Embarazo con enfoque de Riesgo.; Vol. 2 num9, Septiembre 2000.
- 5.- Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud (CENIDS), Instituto Nacional de Salud Pública; Folleto: Practica Medica Efectiva: Control Prenatal con enfoque de Riesgo.; Vol. 3 Num9, Septiembre 2001
- 6.- Secretaria de Salud;"Manual Programa Arranque Parejo en la Vida" Programa Nacional de Salud 2001-2006; primera edición 2002.
- 7.- Núñez-Urquiza R.;"Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas"; Programa Arranque Parejo en la Vida", Secretaría de Salud; 2004.
- 8.- Núñez-Urquiza R.;"Mas allá de las cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas"; Rev. Género y Salud del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Vol. 3, num.: 2/3; Mayo-Diciembre 2005.
- 9.- Sistema Nacional de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal" Manual de Organización y Procedimientos; Agosto 1995.
10. - The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations: Sentinel events: Evaluating cause and Planning Improvement. 2nd edition, 2002,

- 11.- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Organización y Procedimientos de la Red de Servicios de Salud"; Manual Técnico; 2002.
- 12.- Organización Panamericana de la Salud; "El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio"; Doc: Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe; 2004
- 13.- Herrera Torres MC, Cruz Burguete JL, Robledo Hernández GP, Montoya Gómez G.; "La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México". Rev. Panam. Salud Pública. 2006; 19(2):69–78.
- 14.- Reyes, S, et al; "Efecto de la Muerte Materna sobre la Dinámica Familiar y la Sobre vivencia Infantil"; Revista Ginecol. Y Obst Mex.; 1998; 66; 428-433 pp.
- 15.- Langer Ana y col.:"La Mortalidad Materna. Una prioridad para la Investigación y la Acción"; Gaceta Med. Mex. Vol. 136, Suplemento # 3,2000; S-49 a S-53.
- 16.- Angulo V, J y col: Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años. Ginec Obst Mex 1999; 67:419.
- 17.- Taméz-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez Ramírez I."Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal"; Salud Publica Mex. 2006; 48:418-429
- 18.- Organización Mundial de la Salud;"Estrategia regional para la reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas"; 26a Conferencia Sanitaria Panamericana 54a Sesión del Comité Regional; 2002.
- 19.- Freyermuth G.;"La Mortalidad Materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud. Un análisis desde la interculturalidad"; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste (CIES); México, 2004.
- 20.- Bronfman M y col.;"Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias"; Salud Pública Mex. 2003; 45:445-454.
- 21.- Secretaria de la Función Pública;"Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006"; 2006.

- 22.- Rodríguez E, Montero y col: "Características médico sociales de las muertes maternas en una comunidad Maya de Yucatán, México": Ginecol. Obstet Mex. 2007; 75: 79-85.
- 23.- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Subcomisión Médica; Dirección General de Difusión e Investigación; "Recomendaciones Generales para mejorar la calidad en la Atención Obstétrica"; Diciembre 2004.
- 24.- Peña P, B y col: "Valoración de Riesgo Obstétrico en una clínica de Medicina Familiar"; Aten Fam 2007; 14(4):93-95.
- 25.- Irigoyen C, A; "Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar" Editorial Medicina Familiar Mexicana, tercera edición 2006, México.
- 26.- Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de Consejo Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1ed. México: Medicina Familiar Mexicana 2005.
- 27.- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Infección Puerperal"; 2001.
- 28.- Tzul AM, Kestler E, Hernández-Prado B, Hernández-Girón C.; "Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria."; Salud Pública Mex 2006; 48:183-192
- 29.- Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva; "Cesárea Segura, Lineamientos Técnicos."; 2002.
- 30.-. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Embarazo Saludable, Parto y Puerperio seguros; Recién Nacido Sano" Manual de Atención; 2001.
- 31.- Octavio M, Graciela Tapia C, Hernández López M, e Macín Pérez.; "Mortalidad Materna y Marginación Municipal" del Libro: "La situación demográfica de México, 2003"; 2004; 133-141 pp.
- 32.- Villar J, Baquel H, Et Al; "Investigación Clínica aleatorizada de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal"; Documento de la OMS del Grupo de Investigación de Control Prenatal de la OMS; Lancet 2001;357: pp1551-1564.

- 33.- Ortiz R y Beltrán M.; "Modelo de Atención Prenatal de bajo riesgo"; Rev. Med. Unab. Col.; Vol. 8 num.:2-Ago 2005; pp. 102-112.
- 34.- Organización Mundial de la Salud, "Módulos de principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)". Segunda Edición 2002, Unidad 3, pp. 35-36.
- 35.- Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico."; 2002.
- 36.- Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer nivel. Manual de Atención"; 2001.
- 37.- Cabezas E; "Evolución de La Muerte Materna en Cuba"; Revista Cubana de Salud Publica; 2006; 32 (1)
- 38.- De la Fuente D, Gonzáles R, Guzmán S, "Síndrome de Hellp"; Rev. Médica Universitaria, 2003;5(19): 101-109 pp.
- 39.- Salazar A. y col.: "Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios?"; Colombia Médica, 1996; 27: 117-124.
- 40.- Casini S y Col.; "Guía de control prenatal. Embarazo Normal"; Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, Esp.; 2002, 21(2); pp. 50-62.
- 41.- González G, García A, Hernández D, et al; "Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad Hipertensiva Gravídica" Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2003; 29(1)
42. - Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz López H, Navarro i Giné A, Martín-Mateo M.
"La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?"; Salud Pública Mex 1998; 40: 494-502.

ANEXO 1:

Instrumento utilizado para la recolección básica de los datos para el presente estudio.

Estudio de Eslabones en el proceso de atención de la mujer (desde el desenlace de último embarazo), embarazo, parto y puerperio Caso de Muerte Materna

Numero de Caso:

Ocupación:

Escolaridad:

Cuenta con el programa oportunidades:

Atención por partera:

Estado civil:

Tipo de familia:

Eslabón 1: Programas preventivos .

FICHA DE IDENTIDAD Y RESUMEN DE ANTECEDENTES RELEVANTES

1.-Antecedentes Patológicos y Reproductivos:

2.- Nombre

3.- Num. Certificado de defunción

4.- Localidad de residencia

5.- Centro de salud correspondiente o UMR

6.- Antecedentes personales patológicos y reproductivos

7.- ¿Registro en Censo MEF?

8.- Registro en vacunación

9.- Td embarazo.

10.- Intervalo Ínter genésico?

11.- ¿PF post evento?F?

Eslabón 2: Atención Prenatal

12.- ¿Se hizo de acuerdo con la norma 007?

13.- ¿Cuántas consultas? ¿Edad gestacional al inicio?

14.- ¿Evaluó riesgo? ¿Se refirió?

15.- ¿Se hicieron exámenes de Laboratorio?

16.- Se prescribió Hierro, ácido fólico?

17.- ¿VDRL?

18.- Se hizo Referencia? Se refirió oportunamente?

Observaciones

Eslabón 3: 2do nivel Atención por especialistas, "Modulo *Mater*"

19.- Especifique por qué, riesgo o complicación,

- 20.- Dónde se atendió?
- 21.- ¿se resolvió o estabilizo el problema?
- 22.- ¿se hospitalizo? ¿Se refirió?
- 23.- Se hizo contrarreferencia?
- 24.- Referencia Para el PARTO, Hay documento? Esta bien requisitado?
- 25.- E s p e c i f i q u e condiciones del traslado y cada una de las unidades a las que acudió la mujer en trabajo de parto.

Eslabón 4: PARTO y Puerperio inmediato.

- 26.- Revise si hubo **dilaciones** en la atención,
- 27.- Junto con obstetra y cirujano revise la calidad Del proceso de atención y si se trataron las complicaciones obstétricas

Eslabón 5: Contrarreferencia Para vigilancia del puerperio?

- 28.- Existe el documento?
- 29.- Se hizo seguimiento del puerperio en su centro de salud?

Eslabón 6: Causa de muerte

- 28;- Hay congruencia?
- 29.- ¿no? explique