



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA LEGAL

“IDENTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN CASOS DE  
MUERTE MATERNA EN DICTÁMENES EMITIDOS POR LA CONAMED 2008 -  
2017.”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN: SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR: DR. EHECALT JASIEL BALTAZAR OLGUÍN

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN: MEDICINA LEGAL

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LETICIA DE ANDA AGUILAR

CD. MX.  
2019



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.

IDENTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN CASOS DE  
MUERTE MATERNA EN DICTÁMENES EMITIDOS POR LA CONAMED 2008 –  
2017

Autor. Ehecalt Jasiel Baltazar Olguín

Vo. Bo.

Dr. Víctor Hugo Soto Flores



Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal

Vo. Bo.

Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez



SECRETARIA DE SALUD  
SEDESA  
CIUDAD DE MÉXICO

Director de Educación e Investigación

INVESTIGACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN CASOS DE  
MUERTE MATERNA EN DICTÁMENES EMITIDOS POR LA CONAMED 2008 –  
2017

Autor. Ehecalt Jasiel Baltazar Olgún

Vo. Bo.

Dra. Leticia De Anda Aguilar

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leticia De Anda Aguilar', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Directora de Tesis,  
Directora de Sala Arbitral en la Dirección General de Arbitraje de la Comisión  
Nacional de Arbitraje Médico

## **Agradecimientos**

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Leticia De Anda Aguilar quien me brindó apoyo y dedicación desde el comienzo hasta la finalización de este trabajo, por el tiempo fuera del área laboral que me presto, por el asesoramiento en la áreas de Obstetricia y Responsabilidad Profesional y por el apoyo en el trámite administrativo para la solicitud de expedientes.

Así mismo, agradezco al Dr. Víctor Hugo Soto Flores Profesor Titular, por su apoyo y dirección en este proceso de crecimiento y aprendizaje en el curso de especialización médica.

También agradezco a la Dra. Carina Xóchil Gómez Fröde. Directora General de Arbitraje, quien me brindo su amable apoyo en el proceso de la elaboración del presente trabajo.

Agradezco a mis padres por el esfuerzo y confianza que me han brindado.

Agradezco a mis compañeros de generación por su apoyo.

Pero, sobre todo, gracias a mi esposa por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto.

## Índice

I. Introducción .....	1
II. Material y Método.....	11
III. Resultados .....	15
IV. Discusión .....	27
V. Conclusiones .....	32
VI. Recomendaciones .....	35

## Resumen

El objetivo del presente trabajo fue conocer que tipos de Responsabilidad Profesional se identificaron en los Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED, durante 2008-2017, relativos a Muerte Materna. Para este trabajo se realizó búsqueda a través del sistema informático de la CONAMED, para identificar los Dictámenes de Gineco-Obstetricia con muerte, en el periodo señalado; estos se solicitaron al archivo institucional; posteriormente se revisaron de manera puntual, identificando los de Muerte Materna, utilizando formato realizado exprofeso para la recopilación de esta información, se procedió a vaciar la misma en programa Excel y efectuar análisis estadístico.

En los Dictámenes revisados en el presente trabajo, se identificaron 37 casos de Muerte Materna; de las pacientes se encontró un rango de edad de 15 a 44 años, se identificaron las mismas patologías que a nivel mundial se señalan como causa de Muerte Materna: hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva y sepsis. En relación a la modalidad en que se concluyeron dichos dictámenes, el 81%, se debió a mala práctica que ocasionó la muerte y el 19% fue por mala práctica que contribuyó al fallecimiento. Sin existir casos que se concluyeran con buena práctica.

**Palabras Clave:** CONAMED, Dictamen Médico Institucional, Muerte Materna, Responsabilidad Profesional.

## I. Introducción

En México, de acuerdo al artículo 4to Constitucional “***Toda persona tiene derecho a la protección de la salud***”, por ende, el trato médico debe ser objetivo y ético, de forma que no exponga al paciente a riesgos innecesarios.

Dentro de ese derecho a la protección a la salud, se encuentra considerada la atención a la paciente embarazada, sin embargo, aún con la mejor atención médica, se presenta la Muerte Materna, entendiendo por tal “al fallecimiento de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o puerperio agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales”.<sup>1</sup>

La Muerte Materna, se relaciona en muchos casos con la falta de recursos económicos, así mismo se identifica como un indicador de desigualdad y rezago social. Otros factores determinantes son la desinformación, pobreza extrema, falta de educación y aspectos inclusive geográficos, los cuales generan este grave problema que se está viviendo en la actualidad, por lo que el Gobierno de México, junto a las agencias internacionales como Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y de investigación, grupos organizados de mujeres, entre muchos otros, reiteradamente han expresado su preocupación por acelerar la reducción de la mortalidad materna, a pesar del incremento en el presupuesto y de las iniciativas específicas que se han promovido, no se ha logrado el avance esperado para alcanzar la meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>2</sup>



Atendiendo a lo previamente descrito, se destaca que la Muerte Materna, tiene un gran impacto tanto internacional como nacional y se considera que está relacionado con problemas sociales, económicos y culturales; genera pérdida de productividad económica, disminución de los ingresos familiares, pérdida de carencias afectivas y de protección al seno de las familias, lo que condiciona impacto en los integrantes de las mismas (hijos-pareja-familiares directos e indirectos), con repercusiones ante la sociedad (la ausencia de la madre aumenta riesgo de delincuencia y toxicomanías en los hijos) y un impacto a nivel nacional (generador de problemas sociales).

De acuerdo con el artículo *“Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths”*, teniendo en cuenta que los determinantes sociales y los sistemas de salud desempeñan un papel importante en la mortalidad materna, es de señalar que ha habido una reducción significativa, lo cual no sólo implica el número de vidas que se han salvado en este período (más de 2,5 millones de muertes maternas evitadas entre 1990 y 2010), sino también que el mundo está haciendo un progreso significativo hacia el desarrollo y la igualdad de género. Sin embargo, este progreso sigue siendo insuficiente, desigual y lento: las estimaciones recientes sugieren que 287,000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y el parto en 2010.<sup>3</sup>

La mortalidad materna, sigue siendo una tragedia mundial, pero el progreso observado inspira a la comunidad internacional a luchar por la eliminación de muertes maternas prevenibles en las próximas décadas. La gran mayoría de las muertes maternas son evitables y tienen lugar en los países en desarrollo. En los países desarrollados, la tasa de mortalidad materna (MMR) puede ser tan baja como 10 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, en comparación con los menos desarrollados, donde puede ser de hasta 1,000

mueres maternas o más por cada 100,000 nacidos vivos; dentro de los mismos también se han observado grandes disparidades en su población sobre todo cuando se analiza a la misma en relación con sus ingresos o educación. Desde hace muchas décadas y más actualmente, el mundo se encuentra en el camino hacia la eliminación de la mortalidad materna; por lo que el atender puntos específicos podrán acelerar la reducción de la misma.<sup>4</sup>

Los grupos de edad en los que se presenta la muerte materna son los extremos de la vida reproductiva, siendo la población que presenta mayor riesgo lo son las menores de 15 años. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (EN-SANUT), reporta que el 23% de los adolescentes, entre 12 y 19 años, ya han iniciado la vida sexual activa. De estos, el 14.7% de hombres y 33.4% de mujeres, no utilizó métodos anticonceptivos. El 51.9% de estas adolescentes, mencionó que alguna vez estuvo embarazada y el 10.7%, cursaba con embarazo al momento de la entrevista, es decir, en la medida que se inicia vida sexual activa se incrementa la posibilidad de un embarazo en un 62.6%. También reportó que la Tasa Específica de Fecundidad en estas adolescentes, en 2011, fue de 37 nacimientos por cada 1,000, superior a la de 2005 que fue de 30.<sup>5</sup> Las complicaciones del embarazo y el parto son de las principales causas de muerte en las adolescentes en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida como se refiere en el planteamiento del problema la muerte materna, que a su vez genera una pérdida de productividad económica, disminución de los ingresos familiares,

carencias afectivas, de protección y una gran cantidad de niños en situación de orfandad.

En México, el INEGI (instituto Nacional de Estadística y Geografía) en la última década, reportó en cuanto a defunciones maternas totales, los siguientes datos:

2008: 1,167 muertes

2009: 1,281 muertes

2010: 1,078 muertes

2011: 1,067 muertes

2012: 1,073 muertes

2013: 1,019 muertes.

2014: 1,022 muertes.

2015: 944 muertes.

2016: 958 muertes.

En el mundo, las causas más frecuentes de muerte materna son: hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva (preeclampsia, eclampsia, HELLP) y sepsis. Otro gran problema es el embarazo en la adolescencia, ya que se presentan complicaciones durante el embarazo y el parto; la falta de orientación y educación en salud es un factor determinante en el alto número de embarazos prematuros.<sup>6</sup>

De las causas de muerte materna, es de señalar que la hemorragia obstétrica: se presenta en la segunda mitad del embarazo, se asocia con mayor morbilidad

y mortalidad de la madre y el feto. La hemorragia obstétrica grave, es la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambio hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min. La hemorragia post parto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o a la pérdida de más de 1,000 ml posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 15 ml/min.<sup>7</sup>

En relación a la enfermedad hipertensiva del embarazo, esta engloba una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante la gestación. Su diagnóstico se hace al comprobar en dos ocasiones (en intervalo no menor de 6 horas), con el paciente en reposo, cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg, o cuando se comprueba un incremento mayor de 30 mmHg de la presión arterial sistólica y/o mayor de 15 mmHg de la presión arterial diastólica con respecto a los valores previos al embarazo; así mismo cuando la tensión arterial media es mayor o igual a 90 mmHg en el primer y segundo trimestre y mayor o igual a 95 mmHg en el tercer trimestre o mayor de 20 mmHg de la tensión arterial media basal.<sup>8</sup>

Dentro de la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo se destaca la preeclampsia, la cual es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Esta complicación del embarazo se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este.

El cuadro de la preeclampsia se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mmHg acompañada de proteinuria (presencia de proteínas en la orina), es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y /o alteraciones del laboratorio. Para su comprensión académica y clínica, la preeclampsia se clasifica en:

- Preeclampsia leve: presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en una mujer previamente normotensa, proteinuria mayor o igual de 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o reporte de tira reactiva de por lo menos 30mg/dL (1+).
- Preeclampsia severa o grave: presión mayor o igual a 160/ 110 mmHg en al menos 2 determinaciones con por lo menos 6 horas de diferencia. Con proteinuria de 5 gr o más en una colección de orina de 24 horas.<sup>9</sup>

Una de las complicaciones de la preeclampsia, lo es el HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia por sus siglas en inglés), la cual amenaza la vida del binomio madre-feto, siendo considerado como una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo, o a veces, después del parto.<sup>10</sup>

El artículo *“Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality”* menciona a la enfermedad hipertensiva del embarazo como una de las principales causas de muerte materna, así como el hecho que la preeclampsia afecta aproximadamente al 3% de los embarazos; los demás trastornos hipertensivos complican aproximadamente el 5%-10% de los embarazos en los Estados Unidos de Norteamérica. En los países industrializados, las tasas de

preeclampsia, hipertensión gestacional e hipertensión crónica han aumentado a medida que las tasas de eclampsia han disminuido tras la atención prenatal generalizada y el uso de sulfato de magnesio. El aumento de la mortalidad materna se asocia con eclampsia, HELLP, hemorragia hepática o del sistema nervioso central e insultos vasculares al sistema cardiopulmonar o renal.<sup>11</sup>

En relación la tercera causa de muerte materna, la sepsis puerperal, esta es la infección del tracto genital, la cual ocurre entre el período transcurrido desde la rotura de membranas al nacimiento o a los 42 días postparto, con la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos. 1. dolor pélvico, 2. flujo vaginal anormal, 3. flujo fétido transvaginal y 4. retardo en la involución uterina y fiebre.<sup>12</sup>

Como en toda atención médica, la vigilancia y la resolución del embarazo, no han estado exentas de que en su desarrollo se presenten controversias entre las pacientes, sus familiares y los prestadores de salud; señalando que de igual forma, no se ha visto libre de presentar elementos de mala práctica, por ello, como en cualquier rama de la Medicina, se pueden presentar quejas, denuncias o querellas, e incluso hoy día, con gran auge, el recurrir a métodos alternativos para la resolución de estos conflictos.

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. Tiene por objetivo contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. Cuya misión es ser la institución pública gubernamental que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; colabora con

autoridades de procuración e impartición de justicia y participa en la investigación, en el fomento a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.<sup>13</sup>

Para la CONAMED, el Dictamen Médico Institucional, es un informe pericial que debe precisar sus conclusiones respecto de alguna cuestión médica sometida a análisis.<sup>14</sup> Este es de carácter institucional, no implica la resolución de controversias, se trata de mera apreciación técnica del acto médico atendiendo a las evidencias presentadas por la autoridad peticionaria.

De acuerdo a las definiciones establecidas en el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Queja, es la petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED en razón de impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación<sup>15</sup>.

Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 15,000 quejas anuales y promueve la mejora de la práctica de la Medicina a través de recomendaciones y cartas de derechos dirigidas a pacientes, médicos, odontólogos y enfermeras, así como acciones de investigación, difusión y vinculación que retroalimentan los esfuerzos institucionales e individuales, para otorgar los servicios de salud con calidad<sup>16</sup>.

En lo referente a la Responsabilidad Profesional<sup>17</sup>, se entiende por esta como “la obligación que tienen los profesionales de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión”. En el entendido que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, el acto médico debe ser adecuado desde el punto de vista científico, técnico y ético, de igual modo los medios empleados deben de ser justificados clínicamente en términos de seguridad; por lo tanto, no podrá exponerse al paciente a riesgos innecesarios<sup>18</sup>. Con base en ello, la Medicina está regulada por Leyes y Códigos, que la rigen y contemplan su desempeño.

Dentro de las peticiones de dictamen a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, uno de los rubros analizados de forma exhaustiva, lo es la Muerte Materna, la cual como previamente se comentó, representa un problema de Salud Pública, con diversos factores en su origen, siendo el ejercicio de la Obstetricia, uno de los más observados, particularmente cuando existe mala práctica; entendiendo por tal a la falta de cumplimiento de las disposiciones normativas para la integración del expediente clínico, en forma y en contenido, de las obligaciones de seguridad y de medios.

Como previamente se comentó la Muerte Materna tiene dentro de sus factores determinantes, la mala práctica médica; en ese contexto, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como institución pública gubernamental, que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; colaborar con las autoridades de procuración e impartición de justicia y participar en la investigación, así como en el fomento a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, también se ha



sumado al análisis de los casos de muerte materna, de forma directa e indirecta.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, durante el análisis de los casos médicos para la emisión de sus Dictámenes Médicos Institucionales, en los cuales se ha presentado Muerte Materna, de forma indirecta ha identificado múltiples factores determinantes que la ocasionan, destacando dentro de estos, la mala práctica durante la atención obstétrica, misma que se ve refleja de forma concreta dentro de las modalidades en que se concluyen los Dictámenes Médicos Institucionales.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en sus dictámenes médicos institucionales, establece 2 modalidades de conclusión: sin elementos de mala práctica y con elementos de mala práctica; señalando que dentro de esta última, es posible establecer a su vez dos submodalidades, sin relación causal y con relación causal, en este último grupo, se ha subdivido en: lesiones permanentes, lesiones temporales y muerte; en último subgrupo, se ha puntualizado si la mala práctica identificada, ha contribuido en el fallecimiento de los paciente o bien lo ha condicionado.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue conocer que tipos de Responsabilidad Profesional se identificaron en los Dictámenes Médicos Institucionales, emitidos por CONAMED, durante 2008-2017, relativos a muerte materna.

## **II. Material y Método**

Por las características que reúne esta investigación, es de tipo: **Descriptivo, transversal y retrospectivo.**

Mediante censo se investigaron los dictámenes médicos institucionales emitidos por CONAMED. Siendo el criterio de inclusión: Dictámenes emitidos por CONAMED de 2008 a 2017 relativos a muerte materna con expediente completo. realizando una búsqueda a través del sistema informático de la misma, identificando los dictámenes de Ginecología y Obstetricia con muerte.

De dicha búsqueda se obtuvieron los números de dictamen que cumplieran con el criterio mayor previamente descrito, posteriormente se procedió a solicitar en el archivo de la CONAMED dichos casos; al contar con estos se revisaron de manera puntual, identificando los de muerte materna, obteniendo de estos los datos a analizar, mediante formato exprefeso (Tabla I.) para esta recopilación; tras haber obtenido estos, se procedió a vaciar los resultados en una base de datos de Excel para posteriormente utilizar este mismo programa para aplicar el análisis estadístico pertinente. Los resultados se expusieron en figuras.

Desde el punto de vista bioético se consideró un estudio: Sin riesgo.

Las escalas que se utilizaron son las de tendencia central (media), medidas de dispersión (rango y desviación estándar) y las medidas de resumen (frecuencia y porcentaje).

Tabla I.

<b>Formato de captura de datos</b>	
Nombre:	
Número de expediente:	
Fecha del Expediente:	
Quien presenta la queja	<input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro (especificar)
Edad de la persona que presenta la queda	Años
Sexo de la persona que presenta la queja	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Edad de la Paciente	Años
Número de Gestaciones	
Semanas de Gestación	Semanas
Número de Partos	
Número de Cesáreas	
Número de Abortos	
IMC	kg/m <sup>2</sup>
Comorbilidades	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
Causa de muerte materna	<input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Desprendimiento prematuro de la placenta <input type="checkbox"/> Hemorragia postparto <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Ruptura Uterina <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> HELLP <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
Riesgo del Embarazo	<input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Riesgo medio <input type="checkbox"/> Alto riesgo
Institución involucrada	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)
Personal de Salud	<input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Médico General
Resolución	<input type="checkbox"/> Buena Practica <input type="checkbox"/> Mala Práctica <input type="checkbox"/> Con Relación causal <input type="checkbox"/> Sin Relación causal
Mala práctica	<input type="checkbox"/> Impericia <input type="checkbox"/> Imprudencia <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Precipitación <input type="checkbox"/> Inobservancia
Observaciones	Autoridad peticionaria Vía de resolución del embarazo Tiempo desde el evento obstétrico y la muerte Resultado obstétrico del producto

Tabla II. Variables

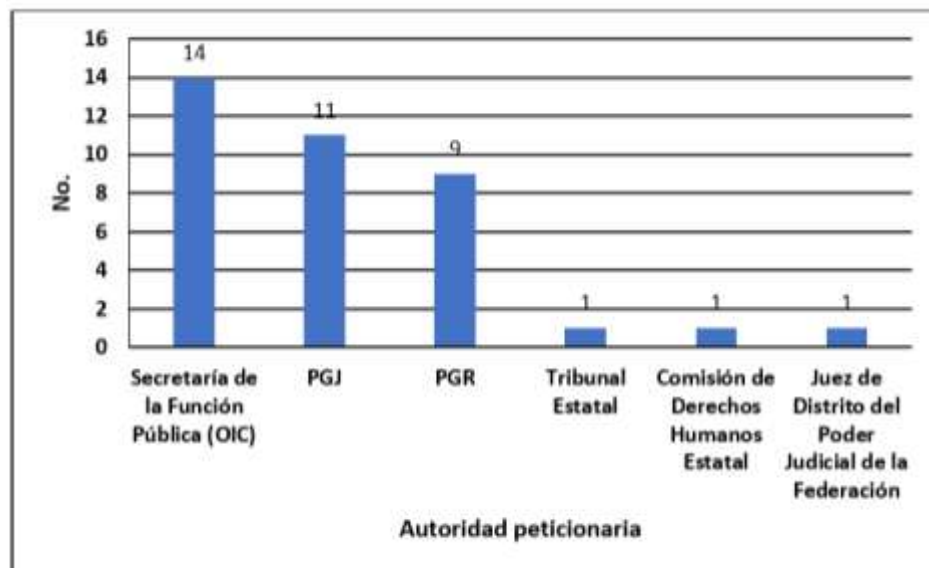
VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Quién presentó la queja	Contexto	Familiar de la paciente que presenta queja en CONAMED	Nominal	Esposo Padres Padre Madre Otro (especificar)
Edad de la persona que presentó la queja	Contexto	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cualitativa Nominal	Años
Sexo de la persona que presentó la queja	Contexto	Aquella condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Cualitativa Nominal	Masculino, Femenino
Edad de la Paciente	Contexto	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa Discontinuas	Años
Número de Gestaciones	Compleja	Tiempo en que la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Cuantitativa Discreta	Números enteros
Semanas de Gestación	Compleja	Tiempo en que la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Cuantitativa Discontinuas	Semanas
Número de Partos	Contexto	Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.	Cuantitativa Discontinuas	Números enteros
Número de Cesáreas	Contexto	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión.	Cuantitativa Discontinuas	Números enteros
Número de Abortos	Contexto	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.	Cuantitativa Discreta Discontinuas	Espontáneo Inducido Legal Ilegal
IMC	Contexto	Es un valor que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona.	Cualitativa	Kg/m <sup>2</sup>
Comorbilidades	Compleja	Problemas médicos previos al embarazo.	Nominal	Diabetes Hipertensión Obesidad
Causa de muerte materna	Compleja	Muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la	Cualitativa Nominal	Hemorragias Desprendimiento

		gestación		prematuro de la placenta Hemorragia postparto Placenta previa Ruptura uterina Infecciones Preeclampsia Eclampsia HELLP Otros (Especificar)
Riesgo del Embarazo	Contexto	El embarazo es el periodo que pasa desde la concepción hasta el nacimiento del bebé.	Nominal	Bajo riesgo Riesgo medio Alto riesgo
Institución involucrada	Contexto	Organismo encargado de brindar servicios de salud	Nominal	IMSS ISSSTE SSA Privada Otro (Especificar)
Personal de Salud	Compleja	Persona que tiene la autorización académica y legal para brindar servicios de salud.	Nominal	Gineco obstetra Médico General Enfermera Otro (Especificar)
Resolución	Compleja	Conclusión del dictamen	Nominal	Buena práctica Mala práctica Con relación causal Sin relación causal
Mala práctica	Compleja	Falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación.	Cualitativa Nominal	Impericia Imprudencia Negligencia Precipitación Inobservancia

### III. Resultados

Se obtuvieron 37 Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED, entre 2008 y 20017 relativos a muerte materna, las pacientes con un promedio de edad de 37 años, una media de 26.7 años, un rango de 14 a 44 años y una desviación estándar de  $\pm 7.02$ .

**Figura 1. Autoridad Peticionaria.**

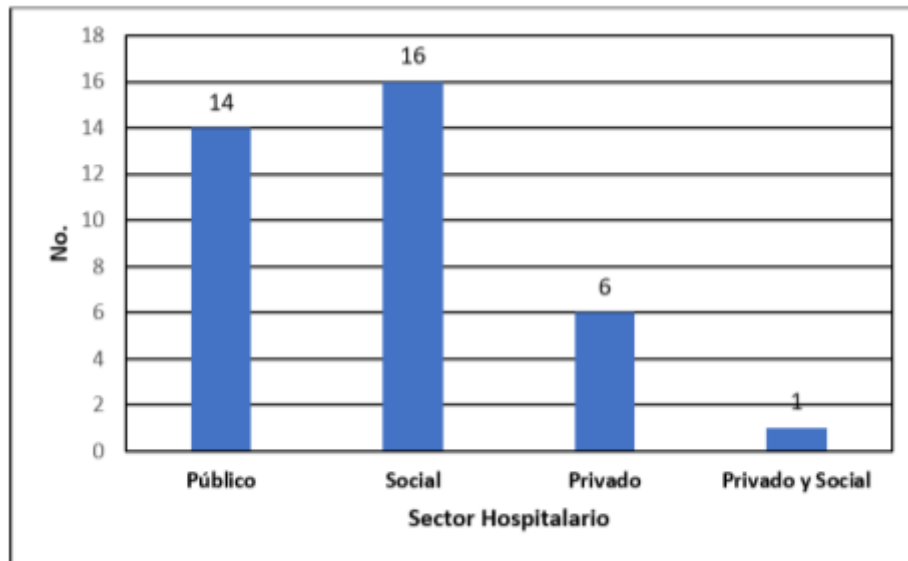


Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED. 2008-2017.

Al análisis de los datos recabados en el presente trabajo, se establece que la autoridad peticionaria que solicitó en mayor proporción Dictámenes Médicos Institucionales a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en casos relacionados con Muerte Materna, lo fue la Secretaría de la Función Pública, a través de los Órganos Internos de Control, en 14 casos (37.83%); seguido por la Procuraduría General de Justicia, con 11 casos (29.72%); a seguir por la Procuraduría General de la República, con 9 casos (24.32%), y finalmente con 1 caso (2.7%) respectivamente,

un Tribunal Estatal, una Comisión de Derechos Humanos Estatal y un Juez de Distrito del Poder Judicial de la Federación.

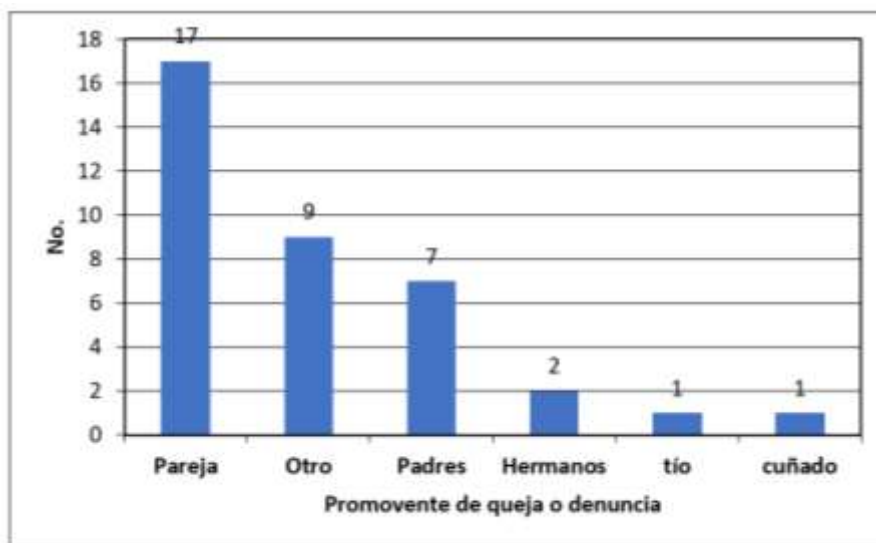
**Figura 2. Sector hospitalario que brindó atención obstétrica.**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

En lo referente al sector hospitalario en que se brindó la atención obstétrica, al análisis de los datos recabados en el presente trabajo, se identificaron involucrados hospitales de los sectores público, social y privado. El grupo que se presentó el mayor número de muertes maternas correspondió a hospitales del sector social, en 16 casos (43.2%); en segundo lugar, hospitales del sector público, con 14 casos (37.8%); en tercer lugar, hospitales del sector privado con 6 casos (16.2%) y finalmente con un sólo caso, en el que la atención se dio en hospital del sector privado y en hospital del sector social, con el 2.7%.

**Figura 3. Promovente de queja o denuncia.**

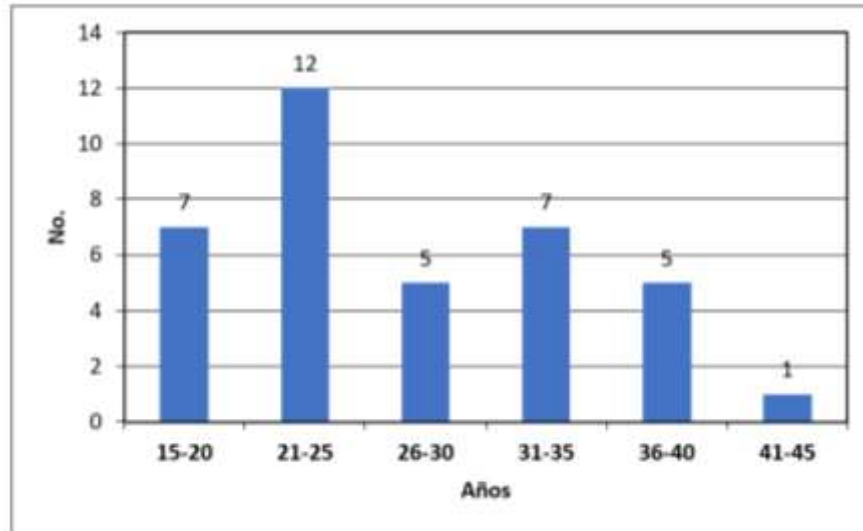


Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

En relación al promovente que presentó queja o denuncia, y que dio motivo a que se iniciara un Proceso Administrativo, o bien, una Averiguación Previa, respectivamente, y con ello, una petición de Dictamen Médico Institucional a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a la revisión efectuada en el presente trabajo, en los casos de Muerte Materna, se encontró que el mayor número de quejas o denuncias, las presentó la pareja de las pacientes, con 17 casos (45.9%); a seguir por las presentadas por otra persona no familiar de la paciente, en 9 casos (24.3%); el resto de las quejas o denuncias fueron presentadas por los padres de las pacientes en 7 casos (18.9%); hermanos, en 2 casos (5.4%); y con 1 caso (2.7%) respectivamente un tío y un cuñado.



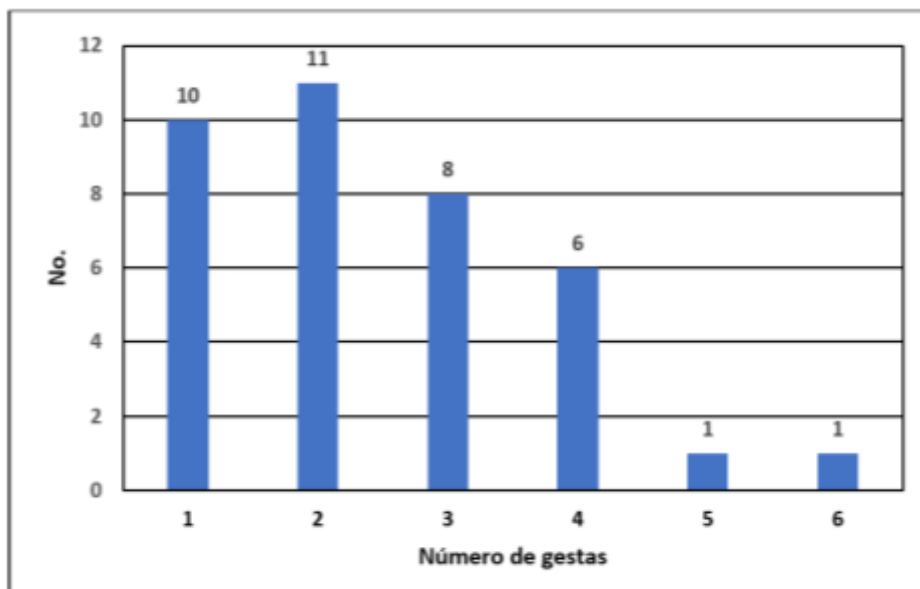
**Figura 4. Grupos de edad de las pacientes.**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

Con respecto a la edad de las pacientes al momento de su defunción, a la revisión efectuada, se encontraron casos entre los 15 y 44 años, con un promedio de edad de 37 años, con una media de 26.7 años y una desviación estándar de  $\pm 7.02$ . Para efecto de analizar con mayor claridad los rangos de edad en los que se presentó el fallecimiento de las pacientes, se dividió por periodos de 5 años (15-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40 y 41-45 años) como lo muestran la imagen correspondiente; de estos resultados se destaca que grupo de edad en el que se presentó mayor número de muertes maternas fue de los 21 a 25 años, con 12 casos (32.43%); en segundo lugar, se encontró a los grupos entre los 15-20 y 31-35 años, con 7 casos (18.91%) cada grupo; el tercer lugar, correspondió a los grupos de 26-30 y 36-40 años, con 5 casos (13.5%) en cada grupo; y finalmente con un sólo caso (2.7%), el grupo de 40-45 años.

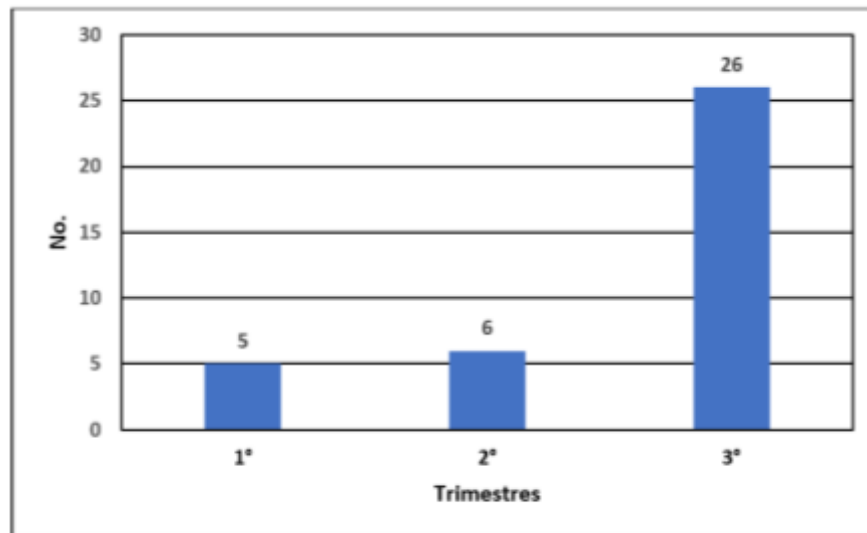
**Figura 5. Número de gestación en que se presentó la Muerte Materna.**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

En relación al número de embarazo en que se dio el fallecimiento de las pacientes de los casos analizados, se identificó desde una primera gestación hasta 6 gestaciones, con un promedio de 2.4 embarazos, con una media de 2.1 gestas. El mayor grupo de las muertes maternas correspondió al de dos gestas, con 11 pacientes (29.70%), el segundo, al grupo de primigestas, con 10 casos (27.02%); el tercer grupo al de 3 embarazos, con 8 casos (21.62%); el cuarto grupo al de 4 gestaciones con 6 casos (16.21%), y finalmente los grupos de 5 y 6 gestaciones, con un caso (2.7%) respectivamente.

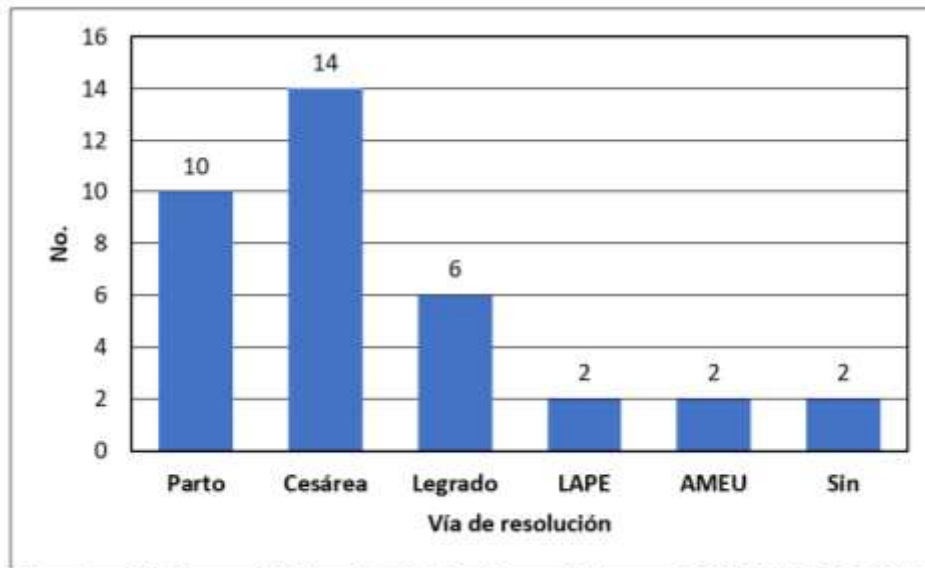
**Figura 6. Trimestre en el que se interrumpió la gestación.**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

Con respecto al momento en que se interrumpió la gestación, previo al fallecimiento de las pacientes, se encontraron casos en los tres trimestres, con un promedio de 30.4 semanas, con una media de 26.9 semanas, es decir dentro del tercer trimestre, señalando que éste, fue en el que se presentaron el mayor número de defunciones, con 26 casos (70.2%); a seguir del segundo trimestre, con 6 casos (16.2%) y último lugar, el primer trimestre, con 5 casos (13.5%).

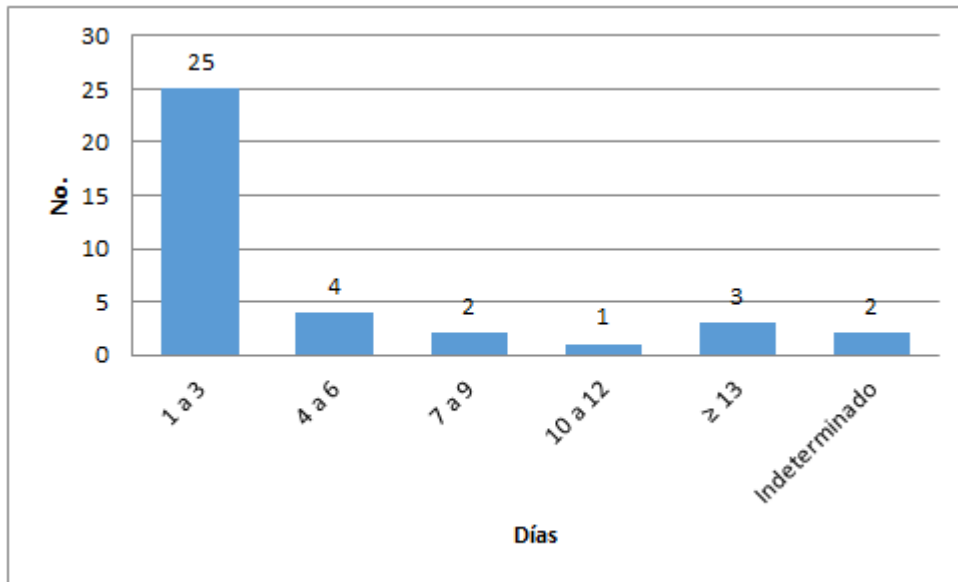
**Figura 7. Vía de resolución del embarazo en que se presentó Muerte Materna.**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

A la revisión de los casos, se identificó que en cuanto a la vía de resolución del embarazo en que se dio el fallecimiento de las pacientes, en el primer lugar, se encontró el grupo en el que se realizó cesárea teniendo 14 casos (37.8%), en segundo lugar, en los que se resolvió por parto, con 10 casos (27.02%); en tercer lugar, en los que se efectuó legrado con 6 casos (16.2%), en cuarto lugar, 3 grupos, con 2 casos en cada uno de estos (5,4%), correspondiente a los casos en los que se realizó laparotomía exploratoria, se efectuó aspiración manual endouterina y en los que no se resolvió la gestación antes de la muerte de la paciente.

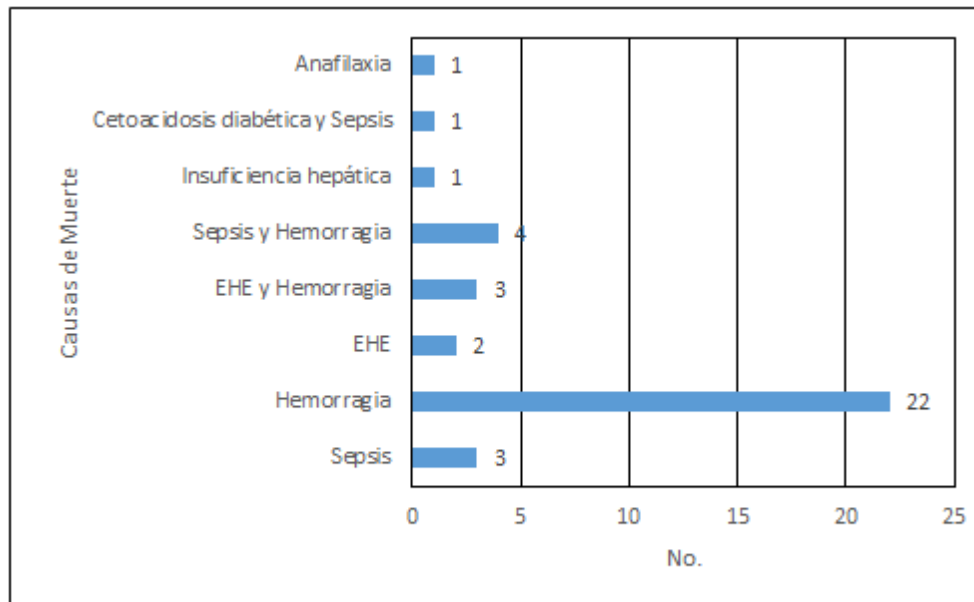
**Figura 8. Tiempo transcurrido desde evento obstétrico hasta fallecimiento de la paciente.**



Fuente.- Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-20017

Con respecto al tiempo transcurrido entre el evento obstétrico y el fallecimiento, de los casos analizados se encontró que el grupo con mayor número de casos de muerte materna se presentó un día después de haberse efectuado el evento obstétrico, con 6 pacientes (16.21%); el segundo grupo el fallecimiento se dio cuatro días después del evento obstétrico, con 3 pacientes (8,1%); el tercer grupo, correspondió a los grupos en los que la muerte de la paciente se presentó a los 7 y 3 días, respectivamente con 2 pacientes (5,4%); los grupos restantes con 1 caso (2,7%) correspondió a los grupos en los que el fallecimiento se dio a los 2, 3, 5, 8 y 12 días, en cada grupo.

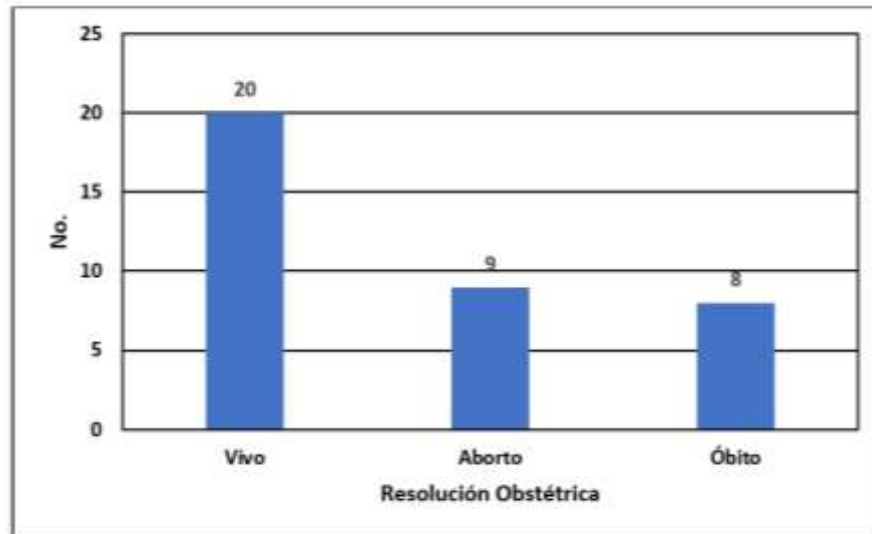
**Figura 9. Causas de Muerte Materna identificadas a la revisión del presente trabajo.**



Fuente.- Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-20017

En relación a la causa de Muerte Materna, al análisis de los datos obtenidos se encontró que la mayor causas de muerte correspondió al grupo de hemorragia con 22 casos (59.4%), la segunda causa lo fue la sepsis y hemorragia, con 4 casos (29.7%); la tercer lugar correspondió al grupo con casos de sepsis y el grupo con casos con enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragia, con 3 casos (8%) respectivamente; el cuarto lugar correspondió al grupo en el que se presentó enfermedad hipertensiva del embarazo, con 2 casos (5.4%); ocupando el quinto lugar, 3 casos, respectivamente, un caso (2.7%) con insuficiencia hepática secundaria a hígado grado, un caso (2.7%) con cetoacidosis diabética y sepsis, y finalmente un caso de anafilaxia, con un caso que corresponde al 2.7%.

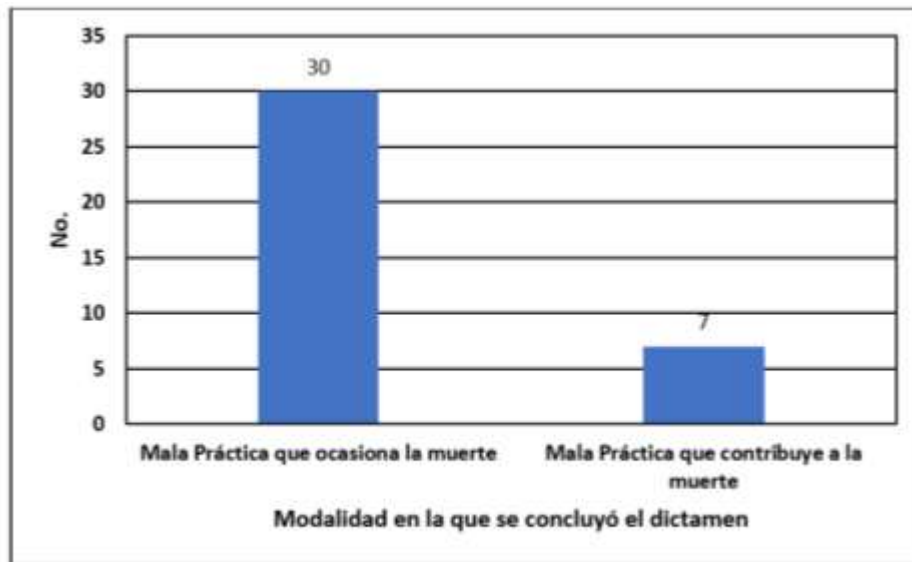
**Figura 10. Resultado obstétrico del producto de la concepción.**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

En relación al resultado obstétrico del producto de la concepción de los casos de muerte materna, al análisis de los datos recabados, para una mejor comprensión, se dividió en tres grupos, el primer grupo representa los casos en el que el producto vivió, con 20 casos (55.5%), en segundo lugar, lo ocupó los casos en los que se presentó aborto, en el entendido que la gestación terminó antes de las 22 semanas, con 9 casos (24,32%); y en tercer lugar, el grupo en el que se presentó óbito, con 8 casos (21,6%).

**Figura 11. Modalidad en la que se concluyó el dictamen**



Fuente. - Dictámenes Médicos-Institucionales emitidos por CONAMED, 2008-2017.

Finalmente, en relación en cuanto a la modalidad en la que se concluyeron los Dictámenes Médicos Institucionales, emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con respecto a casos de Muerte Materna, a la revisión efectuada se identificó que la mala práctica causó la muerte en 30 casos (81%), y en segundo lugar, casos en los que la mala práctica contribuyó al fallecimiento de las pacientes, con 7 casos (19%). Es de señalar que en el presente análisis no encontramos ningún caso en que la conclusión señale que no existe la mala práctica o que la mala práctica no incidió en el curso clínico de la paciente.



Es menester precisar que en relación a la variable *“edad de quien presentó la queja”*, no fue referida en ninguno de los expedientes analizados, por lo cual no fue posible obtener dicho dato de los dictámenes.

En relación a la variable *“índice de masa corporal”*, únicamente se encontró referido en un caso, y calcularlo en 2 de los expedientes analizados.

Respecto a la variable *“riesgo en el embarazo”* se encontraron únicamente 7 expedientes que lo referían y en todos los casos se registró como un riesgo alto.

En relación a la variable *“institución médica involucrada”* se ponderó la confidencialidad de los casos, así como de las instituciones médicas y su personal, que atendieron a las pacientes.

En lo referente a las variables *“co-morbilidades”* y *“personal de salud”*, en virtud de que fueron numerosas las clasificaciones identificadas en cada caso, no fue posible su agrupamiento para un análisis específico.

Para concluir en relación a la variable de *“mala práctica y sus modalidades”*, es pertinente señalar que se encuentra referida en términos jurídicos, mismos que no son utilizados a la emisión de los Dictámenes Médicos Institucionales, en virtud de que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, únicamente contribuye con las autoridades peticionarias en el análisis del acto médico y no establece clasificación jurídica de los casos; la CONAMED, únicamente determina si hubo buena práctica o mala práctica y de ésta última, la subdivide si existió relación causal o no.

#### IV. Discusión

Contrario a lo que reporta CONAMED la cual menciona que en el 2017 se emitieron 227 dictámenes concluidos y al dividirlos por autoridad peticionaría el 48% fueron a solicitud de la Procuraduría General de la Republica, el 35% por la Secretaria de la Función Pública, el 12% por la Procuraduría General de Justicia, 3% por Juzgados, y el 0.44% por el Poder Judicial. En el presente trabajo se encontró que en el lapso del 2008 al 2017 el mayor número de dictámenes solicitados con motivo de muerte materna en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, lo fue la Secretaría de la Función Pública, por medio de los Órganos Internos de Control en Instituciones públicas que brindaron la atención médica a las pacientes fallecidas, con 14 casos (37.83%), a seguir de la Procuraduría General de Justicia, con 11 casos (29.72%); continuando con la Procuraduría General de la República con 9 casos (24.32%), y finalizando con una Comisión Estatal de Derechos Humanos, con un caso (2.7%) y Juez de distrito del Poder Judicial de la Federación, también con un caso (2.7%).<sup>19</sup>

De acuerdo con el reporte anual de la CONAMED el cual refiere que la mayor cantidad de dictámenes se encuentran relacionados con la atención brindada por el sector social. En el presente análisis la mayor cantidad de defunciones se presentaron en el sector social y donde se presentaron en menor cantidad fue en el sector privado.<sup>19</sup>

Con el análisis de este resultado, se puede concluir que el mayor número de casos la denuncia o queja fue promovida por la familia de la paciente: el esposo o concubino en 17 casos (45.9%), los padres en 7 casos (18.91%); hermanos en 2 casos (5.4%); un tío en 1 caso (2.7%), un cuñado en un caso (2.7%) todo ello representa el 72.97%; por otro lado, los 9 casos restantes (24.32%), la denuncia fue presentada por 6 médicos (16.21%), 2 por la secretaria de la función pública [Órgano Interno de Control] (5.4%) y un caso (2.7%) en el cual

la paciente presentó denuncia en el séptimo mes de gestación por mala atención médica, ante la Dirección General de Derecho Humanos de una Procuraduría General de Justicia, quien al fallecer la paciente dio continuidad a la misma.

Contrario a lo que señala la literatura médica, en relación a los grupos de edad en los que se presentan el mayor número de muertes maternas, menores de 15 años y mayores de 40, a la revisión efectuada de los dictámenes emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, entre el 2008 y 2017, no se encontró ningún caso en menores de 15 años y sólo un caso con más de 40 (44 años), siendo el rango de edad con mayor número de muertes maternas registrados, el de 21 a 26 años; sin embargo, es importante recordar que la población analizada solo comprende los dictámenes a petición de parte y no es representativo del total de muertes maternas que ocurren en nuestro país.

Contrario a lo que refiere la literatura, que menciona que la mayoría de las muertes maternas se presentan en las pacientes en primera gestación (31%), a seguir de las pacientes en segunda gestación (15%)<sup>20</sup>. El grupo en el que se presentó el mayor número de muertes maternas fueron las que se encontraban en su segunda gestación y en segundo lugar las pacientes en primera gestación, con una diferencia entre estas de un solo caso, en la literatura también se refiere que el 54% de los casos de muerte materna se presenta en multigestas, siendo un poco menor el porcentaje encontrado en el presente análisis con 43.24% de casos en tercera gesta o superior.

Acorde a lo que señala la literatura médica, en relación a que los grupos de edad en el que se presentan el mayor número de muertes maternas es en el tercer trimestre, a la revisión efectuada de los dictámenes emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, entre el 2008 y 2017, la mayoría se encuentran en el tercer trimestre.

Se coincide con la estadística nacional en relación a las vías de resolución en los casos de muerte materna., ya que se encontró que la cesárea fue la vía de resolución en el mayor número de casos una de las mayores vías de solución de los expedientes estudiados, con 14 casos (37.8%), a seguir con 10 de casos (27,02%) resueltos por parto; 6 casos (16.2%) con realización de legrado; 2 casos (5.4%) en los que se efectuó laparotomía exploradora, 2 casos (5.4%) en los que se realizó aspiración manual endouterina, y finalmente 2 casos en los que no se resolvió el embarazo antes del fallecimiento de la paciente.

En referencia específica a los 2 casos sin resolución obstétrica antes del fallecimiento de la paciente es de señalar que en uno de ellos se trató de un embarazo ectópico, el cual fue identificado hasta el momento de la necropsia y el segundo caso correspondió a paciente embarazada con eclampsia y HELLP, en la cual aun con datos de gravedad se determinó por los servicios de Anestesiología, Obstetricia y Medicina Interna, no interrumpir embarazo, siendo que una de las terapéuticas primordiales en la enfermedad hipertensiva del embarazo, específicamente la preeclampsia/eclampsia/HELLP es la interrupción del embarazo.

En relación al tiempo transcurrido entre el evento obstétrico y el fallecimiento de las pacientes no es posible tener un rango promedio comparable con respecto al total de muertes maternas a nivel internacional o nacional, ya que este rango depende de muchos factores externos o intrínsecos a las pacientes por lo que únicamente es posible señalar que en los casos de Muerte Materna, de los Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es posible señalar que el mayor número de casos de muerte materna se presentó un día después de haberse efectuado el evento obstétrico, con 6 pacientes (16.21%), lo cual podría explicarse con todos los cambios sistémicos (hemodinámicos, metabólicos, enzimáticos, entre otros) que ocurren con los eventos obstétricos.

En este apartado es importante destacar que de los 2 casos en los que no se presentó resolución del embarazo, uno de ellos correspondió a un caso en el que no se sospechó que la paciente cursaba con un embarazo ectópico roto y en otro, en el que la paciente falleció estando embarazada, aun cuando había presentado datos de gravedad por preeclampsia y por decisión del grupo médico, la paciente no era meritoria de intervención quirúrgica para interrumpir el embarazo, a pesar de que en dicha complicación obstétrica el agravamiento de la paciente, es una indicación de interrupción inmediata.

Las estadísticas mundiales y nacionales establecen 3 causas de muerte principalmente, como lo son hemorragia, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis, siendo de señalar que dependiendo del país o en nuestro caso, del estados, o incluso del hospital al que se haga referencia, las dos primeros lugares son variables, ya que hay instituciones donde la hemorragia es la principal causa de muerte materna, mientras de la enfermedad hipertensiva del embarazo, se ubica en un segundo lugar; mientras que en otras instituciones la enfermedad hipertensiva del embarazo, es el primer lugar, y la hemorragia, el segundo; la sepsis se mantiene en un gran número de países en tercer lugar.

En el presente análisis como principal causa de muerte lo fue la hemorragia con 22 casos (59.4%), coincidiendo con lo que reportan las estadísticas mundiales y nacionales en relación a que la hemorragia obstétrica es de las principales causas de muerte materna. Del resto de los datos obtenidos en el presente trabajo, llama la atención que la enfermedad hipertensiva del embarazo, que se sitúa en el primer o segundo a nivel nacional y mundial, en la revisión efectuada, se situó en un 4to lugar, con 2 casos (5.4%); y siendo aún más de impacto, el hallazgo de que la sepsis ocupó varios lugares dentro la presente revisión: un segundo lugar en un grupo compuesto por casos con sepsis y hemorragia, con 4 casos (29.7%), sin que fuese posible distinguir, cuál fue la causa directa del fallecimiento; un tercer lugar causa única de muerte materna

con 3 casos (8%) y un caso (2.7%) de sepsis y cetoacidosis diabética, el cual se ubicó junto con otras patologías también con un caso en un quinto lugar.

De causas de muerte materna de los casos analizados se identificaron otras causas que al igual que en las estadísticas mundiales y nacionales son poco comunes, como lo fue un caso (2.7%) con insuficiencia hepática secundaria a hígado grado, y un caso (2.7%) con anafilaxia

Acorde con lo que señala la literatura médica, la cual refiere que la mayoría (60%) de las muertes maternas ocurren posterior a un nacimiento de un producto vivo. En este trabajo, en la mayoría de los casos y afortunadamente, el producto sobrevivió a pesar de la muerte materna.<sup>14</sup>

Se concluye en este análisis que, de los 37 casos estudiados, la resolución de la CONAMED encuentra 30 casos como Mala Práctica la que ocasiona la muerte materna y solo 7 casos la Mala Práctica contribuye a la muerte materna.

## **V. Conclusiones**

Previo al establecimiento de las conclusiones finales del presente trabajo es menester recordar que la población estudiada es un grupo muy específico en el universo de todas las muertes maternas, ya que únicamente refleja los casos vinculados con la emisión de un Dictamen Médico Institucional por parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sin que de ninguna suerte sea posible considerar los datos aquí reportados como el representativo para todas muertes maternas en nuestro país, y por lo tanto no son extrapolables a todo el universo de casos, siendo importante recordar que este trabajo pretende contribuir a identificar dentro de las múltiples causas del fenómeno de muerte materna, el grado en el que la mala práctica médica contribuye o condiciona esta.

De los casos revisados, de igual forma es importante recordar que al haber sido vinculados a la emisión de un Dictamen Médico Institucional, estaban de la mano de una controversia que dio origen a una queja o una denuncia, es decir que existió la presunción de que la atención obstétrica otorgada no fue adecuada, donde no siempre es la familia directa o indirecta de la paciente quien presenta la inconformidad, existiendo personas ajenas a su núcleo familiar que solicitan se investigue la atención obstétrica otorgada.

Por tratarse de casos en los que se presentó el fallecimiento de las pacientes, se podría creer que la vía penal (PGR/PGJ/Tribunales y Juzgados), sería la Autoridad que tendría el mayor número de dictámenes solicitados a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sin embargo de los resultados obtenidos en el presente estudio, se identifica a la vía administrativa, a través de la Secretaría de la Función Pública, específicamente los Órganos Internos de Control de las Instituciones, como la autoridad peticionaria que mayor número de solicitudes presenta ante dicha Comisión.

En relación al sector hospitalario en el que se da el mayor número de casos de Muerte Materna, se coincide con lo referido en los análisis gubernamentales y estadísticas internacionales y nacionales, en relación a que el mayor número de decesos en pacientes obstétricas, se presenta en instituciones del Sector Social, a seguir de Sector Público, ello en virtud de que en ambos sectores existen múltiples factores, como lo son la alta demanda y por ende, la falta de recursos humanos, materiales e institucionales, para una correcta atención médica; así como un sin número de situaciones administrativas que existen en estos sectores como lo son citas muy alejadas, diferimiento de atención médica y quirúrgica, por falta de personal, retraso en la realización de estudios de laboratorio y gabinete por sobresaturación y carencia de recursos, entre otras; siendo menester señalar que si bien todo esto puede ser subsanable en el sector privado, éste no se encuentra exento de Muertes Maternas.

Para la población analizada, contrario a lo que señalan las estadísticas mundiales y nacionales, el grupo de mayor incidencia de Muertes Maternas se encontró en el grupo de edad de los 21 a 26 años.

En relación a las gestaciones, la población analizada, no coincide con lo encontrado en todos los casos de muerte materna a nivel mundial y en nuestro país, ya que en los datos obtenidos reportaron el mayor grupo de fallecimientos en la segunda gestación.

Respecto del trimestre en el cual se interrumpió la gestación que dio motivo al deceso de las pacientes, en la población analizada coincidió con lo reportado en los datos mundiales y nacionales.

De la vía de resolución del embarazo en el que se presentó la Muerte Materna de los casos analizados, se coincidió con lo referido la literatura médica, en relación a que la cesárea fue la vía de interrupción más frecuente en pacientes que fallecieron durante una gestación.



De los casos evaluados, en cuanto al tiempo transcurrido desde el evento obstétrico hasta el fallecimiento de las pacientes, este se ubicó desde 2 horas 35 minutos a 24 días.

En las causas que dieron origen al fallecimiento en los casos analizados, se coincidió con lo señalado con las estadísticas mundiales y de nuestro país, en relación a que la de mayor incidencia lo fue la hemorragia, llamado la atención que en los casos analizados, la sepsis se encontró por encima de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Dentro de los impactantes y desastrosos resultados que una Muerte Materna representa, es de señalar que en los casos analizados, existió un alto porcentaje de sobrevivencia del producto de la gestación, aun cuando no de todos fue posible conocer su evolución.

Relativo a la modalidad en la que se concluyeron los dictámenes Médico Institucionales referentes a muerte materna, es de destacar que en el presente análisis no se identificó ningún caso en el cual se concluyera con buena práctica. En todos los casos se concluyó con mala práctica, siendo de destacar que de estos predominaron aquellos en los que la actuación médica ocasionó el fallecimiento de las pacientes.

Por todo lo anterior se concluyó que la presunción de una atención obstétrica inadecuada con la cual se inició una queja o denuncia se corroboró a la conclusión del dictamen Médico Institucional.

## **VI. Recomendaciones**

Teniendo en cuenta los datos obtenidos se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Priorizar en las políticas nacionales la vigilancia estrecha y especializada en
  - La mujer en etapa reproductiva
  - En todos los embarazos
  - Y más aún en embarazos de alto riesgo
- Gestionar dentro de las políticas nacionales de salud el que se cuente con las unidades, recursos humanos materiales y financieros suficientes para la atención de la población obstétrica a nivel nacional.
- Priorizar en las escuelas y facultades de Medicina los temas de salud reproductiva y gestacional
- Destacar en los cursos de especialización en Ginecología y Obstetricia todos los temas obstétricos y particularmente los referentes a la identificación del embarazo de alto riesgo.
- Concientizar a la población de mujeres en etapa reproductiva la importancia de una vigilancia pre concepciones, el seguimiento médico estrecho de las gestaciones, el reconocimiento pleno de los datos de alarma y la atención oportuna en instituciones médicas con capacidad resolutive adecuada y especializada.
- Efectuar estudios dirigidos en torno a todos los componentes que se pueden vincular con las muertes maternas ocasionadas por la mala práctica médica.

## VII. Referencias Bibliográficas

1. Mortalidad Materna. Jesús Carlos Briones Garduño. [Online]. Available from: [lmssgobmx](http://lmssgobmx). [Accessed 24 January 2018].
2. Observatorio ciudadano de mortalidad materna en México. [Online]. Available from: Observatorio Ciudadano de Mortalidad Materna en México. [Accessed 28 May 2018].
3. International journal of obstetrics and gynecology. [Online]. Available from: International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Accessed 28 May 2018].
4. Revista CONAMED 2015. [Online]. Available from: [Saludgobmx](http://Saludgobmx). [Accessed 24 January 2018].
5. Atención Integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. [Online]. Available from: [Saludgobmx](http://Saludgobmx). Gobierno Federal. [Accessed 24 January 2018].
6. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Dr. Lale Say, MD. [Online]. Available from: [TheLancet.com](http://TheLancet.com). [Accessed 24 January 2018].
7. Mortalidad Materna. Dr. Roberto Uribe Elias. [Online]. Available from: [Facmed.unam.mx](http://Facmed.unam.mx). [Accessed 9 February 2018].
8. Guía de Referencia Rápida. [Online]. Available from: [Saludgobmx](http://Saludgobmx) Gobierno Federal. [Accessed 8 February 2018].
9. Atención Integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. [Online]. Available from: [Saludgobmx](http://Saludgobmx). [Accessed 8 February 2018].
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales 2012. [Online]. Available from: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. [Accessed 8 February 2018].

11. Scieloorgbo. [Online]. Available from: Scieloorgbo. [Accessed 24 January 2018].
12. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Online]. Available from: DOF - Diario Oficial de la Federación Dof.gob.mx. [Accessed 9 February 2018].
13. Tratado de Cirugía General. Manual Moderno. [Online]. Available from: books.google.com.mx. [Accessed 24 January 2018].
14. Mortalidad Materna [Online]. Available from: Organización Mundial de la Salud. [Accessed 8 February 2018].
- 15.: Consejo Mexicano de Arbitraje Médico. [Online]. Available from: Conamedgobmx. [Accessed 28 May 2018].
16. IMSS. Mortalidad materna-Interiores.pdf. [Online]. Available from: Imssgobmx. [Accessed 24 January 2018].
17. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Online]. Available from: Conamed.com [Accessed 28 May 2018].
18. Mortalidad maternal. [Online]. Available from: Imssgobmx.pdf. [Accessed 24 January 2018].
19. Pregnancy-related mortality surveillance United States, 1991—1999. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, Syverson CJ 2003.