

La omisión del registro de la causa de muerte materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008¹

Victoria Mazzeo² y Jorge C. Vinacur³

Introducción

La mortalidad materna —definida como la muerte de una mujer durante el embarazo, en el parto o en los primeros 42 días del puerperio— representa uno de los problemas más importantes de salud pública y, al mismo tiempo, refleja las desigualdades tanto en las condiciones de vida como en los servicios de salud a los que tienen acceso las mujeres.

La disminución de la mortalidad materna y de las desigualdades entre grupos poblacionales constituye un compromiso asumido por los países en los Objetivos del Milenio. En el caso de la mortalidad materna, el Objetivo 5 fija como meta prevenir y disminuir las muertes maternas en un 75 por ciento para el año 2015. Para establecer tendencias en relación con los avances respecto de ese objetivo y esa meta, es preciso utilizar con cautela el indicador de la mortalidad materna, puesto que hay diversos factores que afectan su confiabilidad, sobre todo por la deficiente detección y registro de esta causa de muerte (OMS, 2008).

El subregistro de muertes maternas, que existe en todos los países, se debe a distintas causas,

en especial al diagnóstico deficiente o el registro incompleto de las mismas. En general, se trata de un subregistro de causa pero no de la muerte, es decir, se registra la muerte pero no la condición de materna (porque, por ejemplo, no se conocía la condición de embarazada). Por otra parte, los errores en la certificación médica disminuyen el peso de distintas patologías, sobre todo si la muerte ocurre en unidades de cuidados intensivos o un tiempo después del nacimiento. Asimismo, el subregistro es más importante en poblaciones vulnerables o por situaciones como el aborto, donde se agrega la ilegalidad de la práctica.

En el año 2008, la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEYC) de la Ciudad de Buenos Aires —una de las jurisdicciones del país con menor mortalidad materna— junto con la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) decidieron llevar adelante un estudio colaborativo para cuantificar el nivel de subregistro de las muertes por causa materna ocurridas en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante ese año.

El objetivo de este informe es dar a conocer los resultados de dicho estudio referidos al nivel y estructura de la mortalidad materna institucional y establecer las razones de la omisión de causas maternas en la certificación médica de defunción, realizando una revisión de los factores determinantes y asociados a las muertes maternas institucionales.

¹ La investigación fue coordinada por la Dra. Victoria Mazzeo (DGEYC-CABA) y por el Dr. Jorge C. Vinacur (SOGIBA), y los integrantes del equipo fueron: Dra. Silvina Blanco, Dra. Graciela Cuman y Dr. Jorge Chucair, médicos especialistas en Obstetricia y miembros de SOGIBA.

² Doctora en Ciencias Sociales. Jefa del Departamento de Análisis Demográfico de la DGEYC-CABA. E-mail: vmazzeo@buenosaires.gob.ar

³ Médico especialista en Obstetricia. Presidente de SOGIBA. E-mail: sogiba@sogiba.org.ar

Antecedentes

En 1985, la Dirección de Estadísticas de Salud y la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social realizaron un estudio del subregistro de la mortalidad materna en la Ciudad de Buenos Aires (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989).

La metodología utilizada fue similar a la aplicada en el estudio presente. El universo seleccionado fue de 1.590 muertes de mujeres de 14 a 49 años ocurridas en la Ciudad, de las cuales 1.243 eran institucionales y 347 no institucionales. Debido a la dispersión de los casos en distintos establecimientos de salud y a los recursos disponibles, así como a la pérdida de historias clínicas, el total de muertes institucionales se redujo a 203 casos.

Como resultado del cotejo con las historias clínicas, además de las 40 muertes maternas registradas como tales, se encontraron 25 muertes más que calificaban como maternas. Es decir, que el subregistro de muertes maternas alcanzó el 38,5 por ciento. El subregistro según causa clínica, contrariamente a lo que comúnmente se supone, fue menor por aborto (8 por ciento) y más alto en sepsis (64 por ciento), causas cardiovasculares (63 por ciento), hipertensión (50 por ciento) y hemorragia (43 por ciento).

Algunas cuestiones metodológicas

Definiciones y clasificaciones

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

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

Las muertes maternas se clasifican en:

a) *Muertes obstétricas directas*: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio; de intervenciones, de omisiones o de tratamiento incorrecto; o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriores.

b) *Muertes obstétricas indirectas*: son las que resultan de enfermedades que existían previamente o de enfermedades que se desarrollan durante el embarazo, que no se deben a causas obstétricas directas pero que son agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

c) *Muertes maternas tardías*: incluye las muertes de causas directas o indirectas que ocurren después de los 42 días pero antes del año luego de la terminación del embarazo.

Universo en estudio

A partir de la base de datos de muertes generales totales de la Ciudad del año 2008, se conformó una nueva base integrada por 1.052 muertes de mujeres de 15 a 49 años ocurridas en instituciones de salud.

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

- a) Muertes maternas certificadas como tales.
- b) Muertes con cualquier mención de embarazo, parto o puerperio en el contenido del IED (por ejemplo, en la sección “causas asociadas o contribuyentes” o “embarazo en el último año”) y no certificadas como muertes por causas maternas.
- c) Muertes certificadas con causas de defunción que pueden encubrir complicaciones del embarazo, parto o puerperio, causas inespecíficas o causas mal definidas.

De esta forma, se seleccionaron 275 muertes acaecidas en 24 establecimientos públicos y 253 ocurridas en 59 establecimientos no públicos (privados y de obras sociales).

Cuadro 1

Defunciones de mujeres de 15 a 49 años seleccionadas para la revisión de historias clínicas por grupo de causas y tipo de establecimiento. Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

Grupo de causas	Tipo de establecimiento		
	Total	Público	No Público
Todas las causas	528	275	253
Maternas	10	5	5
Enfermedades Infecciosas	113	95	18
Tumores malignos	25	9	16
Enfermedades del corazón	62	28	34
Enfermedades cerebrovasculares	52	16	36
Enfermedades sistema respiratorio	101	51	50
Enfermedades sistema genitourinario	26	10	16
Enfermedades sistema digestivo	48	18	30
Resto de causas	91	43	48

Fuente: Elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales.

Actividades desarrolladas

La DGEYC y SOGIBA remitieron en forma conjunta una nota explicativa de los objetivos del

estudio a todas las instituciones en las que acaecieron las defunciones seleccionadas.

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

En el caso de las instituciones de obras sociales o privadas, 5 establecimientos se negaron a brindar información: ALPI, el Hospital Alemán, la Clínica San Camilo, el Instituto de Cirugía Cardiovascular Fundación Favalaro y el Centro Asistencial del Ministerio de Economía. Esta limitación ocasionó el no relevamiento de información sobre 20 muertes.

Por otro lado, en los establecimientos donde se posibilitó el acceso a la información se contabilizaron 25 historias clínicas faltantes, extraídas o en instancias judiciales. Debido a los motivos detallados anteriormente así como al extravío de documentación en el establecimiento, se han podido relevar 416 defunciones, que representan el 78,8 por ciento del total, como puede apreciarse en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Detalle de la disponibilidad de historias clínicas por tipo de establecimiento

Disponibilidad de la información	Tipo de establecimiento		
	Total	Público	No Público
Total seleccionadas	528	275	253
* Historias clínicas relevadas	416	198	218
* Historias clínicas no relevadas	112	77	35
No autorizadas por el establecimiento	87	67	20
Extraviadas o faltantes	25	10	15

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento realizado.

Por último, es necesario destacar que para los hospitales públicos —con servicio de Ginecología y Obstetricia— dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se dispuso del Informe sobre Vigilancia de la Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil 2008 (Gobierno de la CABA, 2009). En el caso de extravío de una historia clínica, este informe posibilitó conocer las causas básicas o asociadas a la muerte a través de otros documentos médico-administrativos (informe de hospitalización, libro de muertes, etc.). El trabajo de campo para identificar la omisión de causas maternas en el IED se basó, primeramente, en el acceso a las historias clínicas de las mujeres fallecidas cuyos IED habían sido seleccionados, para revisar exhaustivamente tanto las registradas como muertes maternas como las que acaecieron por causas obstétricas subregistradas.

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

El instrumento de captación de datos incluyó los siguientes bloques temáticos:

- Información general sociosanitaria de la fallecida (edad, máximo nivel de educación alcanzado, situación socioeconómica, antecedentes de enfermedades o problemas de salud, etc.).
- Historia reproductiva (embarazos anteriores, complicaciones o eventos prenatales aparecidos como consecuencia de embarazos, etc.).
- Momento de la muerte (muerte por aborto, por embarazo ectópico, en el trabajo de parto y en el parto, en el puerperio).

- Causas de muerte (patologías médicas o quirúrgicas: tromboembolismo, sepsis, anestesia, etc.).
- Lugar de la defunción (guardia o servicio de urgencias, quirófano, cuidados intensivos, etc.).

Principales hallazgos

La omisión de causa materna que surge de comparar los datos que brindan los IED con los registrados en las historias clínicas es del 70 por ciento: además de las 10 muertes maternas registradas como tales, se hallaron 23 muertes más cuya causa básica es una complicación del embarazo, parto o puerperio.

En el Cuadro 3 se muestran los resultados más importantes por tipo de establecimiento de ocurrencia, según las dimensiones consideradas de relevancia para el análisis de la mortalidad materna: estructura de causas, momento de la muerte y local de ocurrencia.

Puede apreciarse que la distribución de las causas de muertes maternas se modifica notablemente al incorporar las defunciones de causas maternas subregistradas. Las frecuencias más altas de causas directas correspondieron a abortos, eclampsia y tromboembolismo pulmonar que son, asimismo, las causas con mayor subregistro. Del mismo modo, entre las obstétricas indirectas —que aumentaron su participación relativa pasando del 20 por ciento al tercio del total—, las cardiopatías y el VIH/SIDA son las causas más frecuentes y de mayor subregistro.

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

Por último, la distribución de las muertes por local de ocurrencia muestra que la mayoría de

Cuadro 3

Mortalidad materna registrada y subregistrada por características y tipo de establecimiento de ocurrencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

Características seleccionadas	Total			Registradas			Subregistradas		
	Total	Est. Público	Est. No Público	Total	Est. Público	Est. No Público	Total	Est. Público	Est. No Público
Causas									
Total	33	21	12	10	5	5	23	16	7
Directas	21	15	6	7	4	3	14	11	3
* Abortos	5	4	1	1	0	1	4	4	0
* Mola	2	2	0	1	1	0	1	1	0
* Eclampsia	4	2	2	1	0	1	3	2	1
* Hemorragias	2	1	1	2	1	1	0	0	0
* Tromboembolismo	3	3	0	0	0	0	3	3	0
* Sepsis	2	2	0	1	1	0	1	1	0
* Otras causas	3	1	2	1	1	0	2	0	2
Indirectas	9	6	3	2	1	1	7	5	2
* Cardiopatías	3	2	1	0	0	0	3	2	1
* HIV/SIDA	2	2	0	0	0	0	2	2	0
* Tumores malignos	2	1	1	1	0	1	1	1	0
* Otras causas	2	1	1	1	1	0	1	0	1
Tardías	3	0	3	1	0	1	2	0	2
Momento de la muerte									
Total	33	21	12	10	5	5	23	16	7
Antes de la semana 22	8	6	2	3	1	2	5	5	0
De la semana 22 al parto	7	3	1	0	0	0	4	3	1
Posparto menor a 7 semanas	15	12	6	6	4	2	12	8	4
Posparto mayor a 6 semanas	3	0	3	1	0	1	2	0	2
Local de ocurrencia									
Total	33	21	12	10	5	5	23	16	7
Cuidados intensivos	20	13	7	5	3	2	15	10	5
Quirófano	2	1	1	1	1	0	1	0	1
Sala	3	1	2	1	0	1	2	1	1
Shock room	2	2	0	0	0	0	2	2	0
Sin datos	6	4	2	3	1	2	3	3	0

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento realizado.

las muertes ocurrieron en la unidad de cuidados intensivos, tanto en establecimientos públicos como no públicos.

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

Conclusiones

La omisión o subregistro de la mortalidad materna afecta no solo al conocimiento de la magnitud del problema sino también a su solución. Las muertes maternas subregistradas ocurridas en el año 2008 en establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires más

que doblan a las muertes maternas registradas. Pese a que en los IED se introdujeron preguntas para mejorar la captación de la información, el nivel del subregistro casi se duplicó entre 1985 y 2009. Es importante señalar que, a diferencia de 1985, en 2009 la omisión de causas maternas es muy importante en las causas directas, y en especial, en el caso de las complicaciones del aborto.

Los resultados indican que la omisión de registro de causas maternas y otros datos del evento reproductivo en las muertes institucionales reportadas en los IED del Subsistema de Estadísticas Vitales del Sistema Estadístico de Salud de la CABA se debe, básicamente, a:

1- No utilización de la historia clínica para la captación y el registro en la certificación médica del IED de datos sobre la condición grávida o puerperal de las mujeres fallecidas.

2- No valoración de la calidad de información como dimensión de la calidad de atención.

Como ya se explicitó, en el IED existen elementos que posibilitan establecer si se trata de una muerte materna. Para todas las mujeres fallecidas entre los 10 y 59 años, se incluyen dos preguntas referidas a la existencia de embarazo en los últimos 12 meses previos a la muerte y, en caso afirmativo, a la fecha de terminación de dicho embarazo. Si estos datos se completaran adecuadamente, sería posible determinar si la defunción es una muerte materna, tardía o relacionada con el embarazo. En el año 2008, más del 95 por ciento de los IED de las muertes de mujeres ocurridas en la Ciudad carecen de respuesta a esas dos preguntas.

El apartado sobre la certificación médica de la causa de muerte aporta la información esencial para establecer la causa básica de muerte (sea esta materna o no) y las causas asociadas o contribuyentes si las hubiera. Por lo tanto, si

el médico no completa adecuadamente estos contenidos o solo registra causas finales o inespecíficas (sepsis, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, etc.) no es posible conocer las principales causas de defunción y sus magnitudes relativas.

En efecto, las muertes maternas subregistradas encontradas en el estudio fueron asignadas a otras causas tales como shock séptico, tromboembolismo pulmonar, cardiomiopatías, accidentes cerebrovasculares, etcétera.

En este punto, parece importante establecer ciertas diferencias entre instituciones públicas y no públicas. El sector público es el lugar de atención de la población con mayores desventajas socioeconómicas y sanitarias. Por lo general, para las pacientes ingresadas en servicios o unidades de Ginecología u Obstetricia de establecimientos de salud oficiales (dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la UBA, etc.), en la historia clínica se dispone de datos referentes al evento reproductivo. Sin embargo, el agravamiento de la paciente, la complicación del cuadro con otras patologías y el traslado a cuidados intensivos aparecen como los motivos por los que el médico certificante no vuelca en el IED la existencia del evento reproductivo y su posible contribución o asociación a la causa básica de muerte. En este sentido, es importante señalar la fragmentación de la atención: en algunas instituciones se encontraron dos historias clínicas: la del servicio de Obstetricia y la de terapia intensiva. En las instituciones privadas o dependientes de la seguridad social se encontró escasa información en las historias clínicas, tanto de antecedentes reproductivos como del evento que originó la internación de las pacientes.

Considerando que, de acuerdo con los resultados del estudio, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son atendidos, en su mayoría, en establecimientos del subsector

público y que las mismas se ubicarían entre las principales causas de defunción de las mujeres en edad reproductiva, es de suma importancia que, a nivel del Sistema de Salud de la Ciudad, las áreas de competencia dispongan de un adecuado diagnóstico de la situación para profundizar las acciones orientadas a mejorar la salud materna.

Es necesario que el Sistema Estadístico de Salud amplíe la difusión de la necesidad de que los profesionales de la salud brinden información oportuna y completa que, además, constituye una herramienta básica para la vigilancia y la investigación en materia de salud materno-infantil.

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

Bibliografía

- Campbell, O. M. y W. J. Graham (2006), "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works", en *Lancet*, vol. 368, n° 9543, Londres, Elsevier, pp. 1284-1299, octubre. Disponible en: www.thelancet.com.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Dirección General Adjunta de Programas Centrales, Programa Materno Infantil (2009), *Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil (Mortalidad Materna). Hospitales del GCABA. Año 2008* (inérito).
- Liu, S., R. Liston, K. Joseph, M. Heaman, R. Sauve y M. Kramer (2007), "Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term", en *Canadian Medical Association Journal*, n° 176, pp. 455-460.
- Logan, M. C., K. Foreman, M. Navaghi, S. Ahn, M. Wang, S. Makela, A. López, R. Lozano y C. Murray (2010), "Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5", publicado *on line* el 12 de abril. Disponible en: www.thelancet.com DO:1016/50140-6736(10)60518-1.
- Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud (1987), *La Mortalidad Materna en Argentina*, Serie 8, n° 4, Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud (1989), *Estudio de la mortalidad materna: análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985)*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de Secretaría. Consejo Ejecutivo*. EB 124/9, Ginebra, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995), *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión, 1992*, Washington DC (EE.UU.), OPS, Publicación Científica n° 554.
- Paxton, A., D. Maine, L. Freedman, D. Fry y S. Lobis (2005), "The evidence for emergency obstetric care", en *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 88 (2), Londres, Elsevier, pp. 181-193, febrero.
- Ramos, S., M. Romero, A. Karolinski, R. Mercer, I. Insua y C. del Río Fortuna (2004), *Para que cada muerte materna importe*, Buenos Aires, CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Ronsmans, C. y W. Graham (2006), "Maternal mortality: who, when, where, and why", en *Lancet*, vol. 368, n° 9542, Londres, Elsevier, pp. 1189-1200, septiembre. Disponible en: www.thelancet.com
- Rosenstock, I. (1988), "Social learning theory and the Health Belief Model", en *Health Education Quaterly*, n° 15, pp. 175-83.
- Royston, E. y S. Armstrong (1989), *Preventing maternal deaths*, Ginebra, World Health Organization.