

La salud de las madres en Antioquia

Un reto, un derecho,
un compromiso



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida



CERTIFICADO
DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD

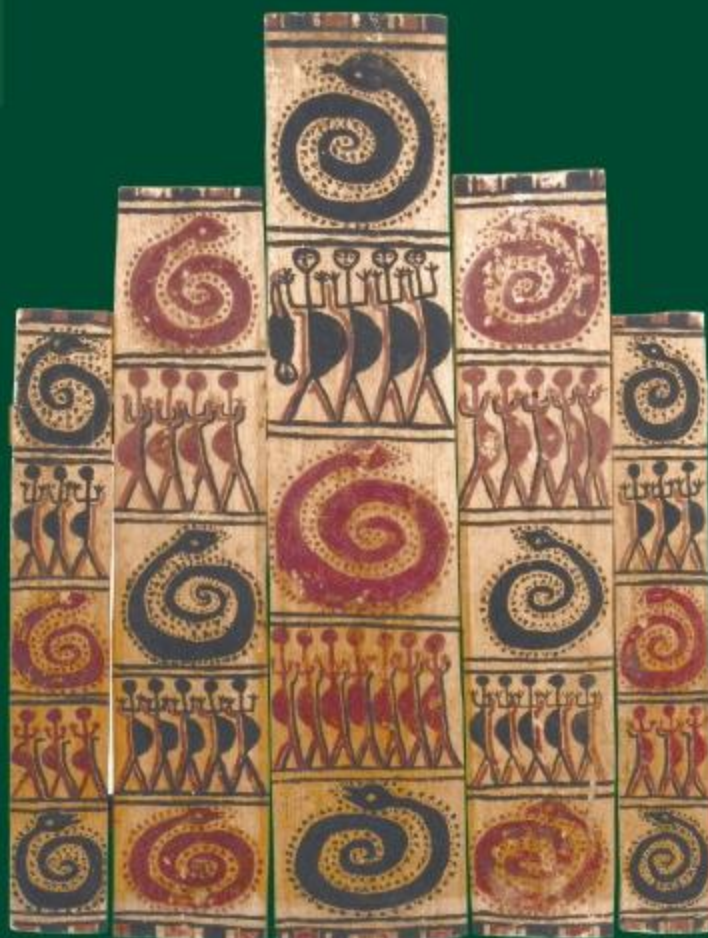


Tabla de Jaibaná
Objeto ritual-
ceremonial
Etnia Emberá
Istmina, Tadó-
Chocó

Medidas: 85.6 cm
X 67.7 cm.

Colección de
Antropología.

Museo
Universitario de la
Universidad de
Antioquia.

**La salud de las madres en Antioquia:
un reto, un derecho, un compromiso**

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
2004-2007

Aníbal Gaviria Correa
Gobernador de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna
Secretario Seccional de Salud de Antioquia

Martha Cecilia Osorio Díaz
Directora Administrativa
Dirección Seguridad Social

Héctor Jaime Garro Yepes
Director Administrativo
Dirección de Salud Pública

Giovanni Roldan Vásquez
Director Administrativo
Dirección Vigilancia y Control

Wilmann Alexander Herrera Zapata
Director Administrativo
Dirección Jurídica

Olga Cecilia Morales Rendón
Directora Administrativa
Dirección Financiera

La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso

© Dirección Seccional de Salud de Antioquia

© Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia
2007

ISBN 978-958-97659-9-9

Hechos todos los depósitos legales conforme a la ley

Este libro ha sido posible gracias a la financiación del Gobierno Departamental y de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Editores:

Alonso Escobar Ospina

David Hernández Carmona

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Martha Ligia Sierra Posada

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Impresión

Multigráficas Ltda.

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS

Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

nacer@medicina.udea.edu.co

<http://medicina.udea.edu.co/nacer>

Carrera 51 D No. 62 - 29 Oficina 283

Teléfono 2 10 60 87 Fax 2 10 60 79

Medellín - Colombia

A la memoria de todas las mujeres colombianas
que han muerto en pos de dar vida.

A ellas nuestro compromiso de seguir trabajando para que no sean olvidadas y para
que su tragedia allane el camino hacia una maternidad segura en nuestro país.

Tabla de Contenido

Prólogo.....	5
Capítulo 1	
A modo de introducción.....	17
Capítulo 2	
La muerte materna: en un mundo de adversidad.....	25
Capítulo 3	
La salud en Antioquia, una reflexión desde la administración.....	45
Capítulo 4	
La mortalidad materna en el departamento de Antioquia. Años 2004 y 2005.....	57
Capítulo 5	
Mortalidad materna por regiones del departamento de Antioquia. Años 2004 y 2005.....	79
Capítulo 6	
Muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia. Años 2004 y 2005.....	147
Capítulo 7	
Mortalidad materna causada por el síndrome hipertensivo asociado al embarazo (SHAE) en Antioquia. Años 2004 y 2005.....	169
Capítulo 8	
Mortalidad materna por fenómenos tromboembólicos en el departamento de Antioquia. Años 2004-2005.....	183
Capítulo 9	
Muertes maternas por aborto inducido.....	197
Capítulo 10	
Muerte materna directa por causas infecciosas.....	203
Capítulo 11	
Otras muertes maternas directas: obstrucción del canal del parto.....	209
Capítulo 12	
Muertes maternas indirectas por cardiopatías.....	213
Capítulo 13	
Muertes maternas indirectas: enfermedades del sistema nervioso central.....	221
Capítulo 14	
Muertes maternas indirectas: causas infecciosas.....	231
Capítulo 15	
Otras muertes maternas indirectas: enfermedades del tracto gastrointestinal, lupus eritematoso sistémico y cáncer.....	241
Capítulo 16	
Mortalidad materna de causa desconocida.....	251
Capítulo 17	
Muertes por suicidio.....	257

ACERCA DE LOS AUTORES:

Bernardo Agudelo Jaramillo

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, Coordinador del Grupo Interdisciplinario de Estudio del SHAE (GIE-SHAE)

Diana Cecilia Jaramillo Posada

Médica y Cirujana, Especialista en Ginecobstetricia, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Liliana Isabel Gallego Vélez

Médica y Cirujana, Especialista en Ginecobstetricia, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Dora Lucia Gaviria Noreña

Enfermera, Especialista en Epidemiología, Magíster en Salud Colectiva, profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia, Magíster en Epidemiología con énfasis en epidemiología clínica, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, Director Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

María Isabel Lalinde Ángel

Enfermera, Especialista en Epidemiología, Magíster en Salud Colectiva, profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Juan Guillermo Londoño Cardona

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia, Jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Karina Berrío López

Administradora de Negocios Universidad EAFIT, Administradora Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Omar Armando Méndez Gallo

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Jesús Velásquez Penagos

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia de la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Médica y Cirujana, Especialista en Ginecobstetricia, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

John Jairo Zuleta Tobón

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia, Magíster en Epidemiología con énfasis en epidemiología clínica, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, integrante de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Prólogo

La salud de las mujeres y los niños es un derecho fundamental que se debe salvaguardar. Desde que se firmó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, varias conferencias y convenciones internacionales han reiterado este principio así como la obligación de los gobiernos de realizar intervenciones que lo garanticen. La declaración del milenio, suscrita hace seis años por 189 países miembros de la Organización de Naciones Unidas, reiteró este compromiso con el mundo. En ella se dio un nuevo marco político para evaluar el avance de los países en términos de desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. De los ocho objetivos propuestos en dicha declaración, tres de ellos, mejorar la salud materna; reducir la mortalidad infantil; y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, guardan estrecha correlación con la salud sexual y reproductiva. En el año 2004 la OMS lanzó una nueva estrategia mundial como un llamado a los países para que intensificaran sus programas y así poder cumplir con las metas del milenio.

Por su parte, las metas específicas propuestas para el período 1990 y 2015 se centraron básicamente en reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes; reducir es dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años y haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA. En Colombia este compromiso se vio reflejado en la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2003. Allí se reconoció que la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida en el ámbito individual y social.

Consecuente con esta responsabilidad política, el gobierno departamental de Antioquia ha priorizado en su agenda la salud de las mujeres y los niños y por ello, entre otras acciones, viene realizando desde el año 2004, a través de la Dirección Seccional de Salud, un proceso especial de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal, que busca no sólo conocer la realidad de esta problemática en nuestro medio, sino encontrar alternativas que contribuyan a modificarla. En la actualidad este proceso lo ha venido desarrollado NACER, Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS, de la Universidad de Antioquia, mediante convenios interadministrativos firmados entre la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y la Universidad de Antioquia.

El libro que se presenta a continuación tiene un doble objetivo: mostrar los resultados del proceso de vigilancia epidemiológica de modo que sirva de referencia para la formulación de propuestas y programas que contribuyan al desarrollo en las regiones del departamento, y al mismo tiempo, quiere ser un llamado de atención a todos los actores del sistema para que se comprometan, desde los diferentes sectores, en el cumplimiento de estas metas: sector político, las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Empresas Sociales del Estado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el personal asistencial y, no menos importante, la comunidad. Por ello, además de exponer los resultados de una forma detallada, en algunos capítulos, sin pretender hacer revisiones exhaustivas de los temas, se resaltan las lecciones más importantes de los análisis de los casos.

En este sentido, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia ha puesto todo el empeño en este proceso, que se ve reflejado en esta obra, para que sirva de difusión y estímulo a todos los niveles con el propósito de lograr una meta común: la salud de las madres y niños del departamento de Antioquia.

Héctor Jaime Garro Yepes
Director Seccional de Salud Pública
Dirección Seccional de Salud de Antioquia
Gobernación de Antioquia

Abreviaturas

ARS:	Administradora del régimen subsidiado
CADASIL:	Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy - trombosis cerebral por enfermedad cerebro vascular familiar
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention (Control y Prevención de Enfermedades)
CID:	Coagulación intravascular diseminada
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSR:	Derechos sexuales y reproductivos
DSSA:	Dirección Seccional de Salud de Antioquia
ECV:	Enfermedad cerebro vascular
ELA:	Embolismo de líquido amniótico
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS:	Empresa promotora de salud
Hb:	Hemoglobina
Hcto:	Hematocrito
HTA:	Hipertensión arterial
INS:	Instituto Nacional de Salud
IPS:	Institución prestadora de salud
LES:	Lupus eritematoso sistémico
NAC:	Neumonía adquirida en la comunidad
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PA:	Presión arterial
PATH:	Program for appropriate technology in health
POS:	Plan Obligatorio de Salud
RMN:	Resonancia magnética nuclear
SADS:	Síndrome de muerte súbita del adulto
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SHAE:	Síndrome hipertensivo asociado a la embarazo
SIDA:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
HELLP:	Hemolysis, enzymes liver, low platelet
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional
SNC:	Sistema nervioso central
SSR:	Salud sexual y reproductiva

TAC:	Tomografía axial computarizada
TBC:	Tuberculosis
TEP:	Trombo embolismo pulmonar
TSVC:	Trombosis de los senos venosos cerebrales
TVP:	Trombosis venosa profunda
UCE:	Unidad de cuidados especiales
UCI:	Unidad de cuidados intensivos
UEN:	Unidades Estratégicas de Negocio
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana

A modo de introducción

Liliana Isabel Gallego Vélez

La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores¹. La vigilancia epidemiológica es una herramienta indispensable para la salud pública. Ésta se hace bajo un proceso lógico y práctico de evaluación permanente sobre la situación de salud de un grupo humano específico. Su ejecución permite utilizar la información para la toma de decisiones de intervención a nivel individual y colectivo, con el fin de disminuir los riesgos de enfermedad y muerte. La vigilancia epidemiológica no es un procedimiento adicional sino inherente a todas las acciones que buscan la prevención y control de los problemas de salud. Por tanto, todos y cada uno de los funcionarios de salud, en su quehacer diario, son partícipes del proceso, ya sea generando información, analizándola para la toma de decisiones o realizando intervenciones. Esta vigilancia puede aplicarse a cualquier evento en salud, un factor de riesgo o un efecto: enfermedad, discapacidad o muerte².

La salud materna y perinatal de un país se considera un reflejo de la justicia social y la equidad de un gobierno. Indicadores básicos como la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la ocurrencia de enfermedades prevenibles, como la sífilis congénita, obtenidos por vigilancia epidemiológica, miden la eficiencia de la salud pública.

La salud materna y perinatal está ligada a la salud sexual y reproductiva (SSR). Esta última se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos

de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud; así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital³.

La protección y promoción de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva han ganado impulso en los últimos años, debido en gran parte a que han sido abordados como temas en las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas, sobre Derechos Humanos (Viena 1993), Población y Desarrollo (Cairo 1994) y de la Mujer (Beijing 1995). Las dos últimas conferencias contribuyeron al reconocimiento de la protección de la SSR, convirtiéndose éste en un asunto de justicia social. La realización de la salud puede ser lograda a través del mejoramiento de la aplicación de los derechos humanos⁴. En la medida que se promuevan los DSR se mejorarán las condiciones de salud de las mujeres y los niños y por ende de las familias.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito individual como colectivo. La SSR y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella, reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las iniquidades que afectan un país. Así mismo, los indicadores en esta materia están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a la información, con los índices de pobreza y, en general, con las condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas. La investigación cuantitativa y cualitativa en SSR, desde el punto de vista estadístico y de indicadores biomédico y tecnológico, así como socioeconómico y cultural, debe ser la principal herramienta para la toma de decisiones sobre criterios de intervención y acciones³.

Este capítulo explica de una manera general la metodología que se siguió para el análisis de la mortalidad materna, para llegar a los indicadores y resultados que se presentan en los capítulos siguientes.

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial, con grandes implicaciones familiares, sociales y económicas. El embarazo es un estado de salud normal al cual la mayoría de mujeres aspiran en algún momento de sus vidas. Aunque este proceso de afirmación de la vida sea normal, conlleva riesgos serios de muerte y discapacidad. El dato mundial de medio millón de mujeres jóvenes que mueren cada año como resultado de complicaciones del embarazo y el parto ha sido repetido muy a menudo y no ha generado impacto. La mayoría de esas muertes podrían ser evitadas si se tomaran medidas preventivas y se dispusiera de un cuidado adecuado⁵.

La muerte materna representa el extremo más grave entre las complicaciones del embarazo. Por cada mujer que muere de una causa relacionada con el embarazo, varias miles sufren de morbilidades relacionadas con él, antes, durante o después del parto. Cada año seis millones de mujeres se embarazan, casi cuatro millones tienen un parto, y más de un millón experimentan complicaciones relacionadas con él. Esto significa que las complicaciones relacionadas con el embarazo son una carga importante para las mujeres, sus familias, y la sociedad en los aspectos económico, social y personal⁶.

La reducción de la mortalidad materna es una de las principales metas de varias conferencias internacionales y ha sido incluida en las Metas de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Sin embargo, dado que la medición de la mortalidad materna es difícil y compleja, estimativos confiables de las dimensiones del problema no están disponibles generalmente, y la evaluación del progreso hacia la meta es difícil. En años recientes se han desarrollado nuevas formas de medir la mortalidad materna, teniendo en cuenta las necesidades y dificultades particulares de los países en vía de desarrollo⁷.

Para medir la mortalidad materna es importante conocer las definiciones que se tienen de ésta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ la muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio de 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 directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una

cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. Algunos ejemplos son la eclampsia, la atonía uterina, el parto obstruido, el aborto séptico y el tromboembolismo pulmonar. Las muertes maternas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que surge durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravada por los cambios fisiológicos del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares preexistentes, el VIH/SIDA, la anemia y el paludismo.

Para que la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna trascienda más allá de contar los casos y describir las causas médicas de muerte, se requiere hacer un análisis detallado de cada una de las muertes maternas para encontrar los factores asociados a éstas que puedan intervenir y para evitar que sigan ocurriendo muertes y complicaciones asociadas a los procesos de la gestación.

MODELO DE ANÁLISIS

Para el análisis de las muertes maternas, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) da respuesta a su competencia de vigilancia epidemiológica a través de convenios con Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, quienes utilizan el modelo de análisis conocido como “Camino para la supervivencia a la muerte materna”, descrito por la doctora Deborah Maine de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁹. Para la aplicación del modelo, primero identifican el caso, luego estudian la historia clínica completa de las instituciones que atendieron la paciente, incluyendo la historia del control prenatal y posteriormente realizan una entrevista a la familia de la mujer fallecida. Este modelo busca identificar las demoras o retrasos que se presentaron en cada caso y que contribuyeron a la muerte. Los retrasos pueden ser de tres tipos:

Retraso 1: Tomar la decisión de buscar ayuda.

Retraso 2: Llegar a la institución de atención.

Retraso 3: Recibir el tratamiento adecuado en la institución.

El retraso 1 tiene que ver con el entorno de la mujer y su comunidad, sus habilidades y hábitos. Ocurre cuando la mujer no buscó la atención o lo hizo tardíamente debido a que ella o su familia no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o

no tomaron la decisión o la acción de consultar por factores culturales, económicos o experiencias negativas anteriores con el sistema de salud.

El retraso 2 tiene que ver con falta de accesibilidad a los servicios de salud, que puede darse por circunstancias geográficas, de orden público o de infraestructura vial.

El retraso 3 tiene que ver con la atención deficiente por el sistema de salud, por ejemplo, por tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, falta de oportunidad en la atención, subestimación o no identificación del riesgo, personal insuficiente o poco capacitado, falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos, falta de recursos como medicamentos y hemoderivados, entre otros.

A través de los retrasos se identifican los factores determinantes y contribuyentes de la muerte materna, que se deben ubicar en una matriz según el área y sector al que pertenezcan, ver tabla I.1.

Tabla 1.1 Matriz de áreas y sectores.

Sectores Áreas	COMUNIDAD	SALUD	OTROS SECTORES
ACTITUD			
RECURSOS			
HABILIDADES			

Los sectores son:

- Sector comunidad: tiene que ver con la mujer, su familia y la comunidad.
- Sector salud: se refiere a las instituciones de salud y al sistema de salud.
- Otros sectores: los que no aplican al sector comunidad ni al sector salud, por ejemplo la educación, transporte y comunicación.

Las áreas son:

- Actitud: se refiere a comportamientos y prácticas de las personas.
- Recursos: se refiere a lo material, a los insumos pero también el recurso humano en salud.
- Habilidades: se refiere a los conocimientos y destrezas para enfrentar situaciones específicas.

La matriz de áreas y sectores permite identificar los actores involucrados en los retrasos y buscar los correctivos de las fallas encontradas para plasmarlos en planes de mejoramiento. El comité que analiza el caso deberá emitir un concepto de evitabilidad o no de la muerte. Para esto deben analizar si existen maneras de evitar otras muertes que ocurran en circunstancias similares aplicando los correctivos propuestos.

Luego del análisis del caso realizado por el comité, es necesario que se haga una retroalimentación con los sectores involucrados en la atención de la paciente. Allí se debe transmitir el resultado del análisis y se acuerda en conjunto el plan de mejoramiento, al que se hará seguimiento para verificar que se esté cumpliendo.

En los siguientes capítulos se expone de manera didáctica los casos de mortalidad materna general y por regiones del departamento de Antioquia y se detallan las principales causas de mortalidad materna con sus factores determinantes, enfocando las lecciones que deja cada evento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección Social [página en Internet]. Bogotá D.C.: El Ministerio; c2006 [citada 2006 Jul 12]. Salud Pública; [cerca de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=14729&idcompany=3>.

2. Dirección Seccional de Salud de Antioquia [página en Internet]. Medellín: La Dirección; c2004 [actualizada 2006 Jun 18; citada 2006 Jul 12]. Salud pública; [cerca de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/hm/protocolo.htm>.

3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá D.C.:El Ministerio; 2003.

4. Profamilia [página en Internet]. Bogotá D.C.: Profamilia; [citada 2006 Jul 12]. Derechos humanos; [cerca de 2 pantallas]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/003_social/04derechos.htm.

5. World Health Organization. Beyond the numbers : reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2004.

6. Berg C, Danel I, Atrash H, Zane S, Bartlett L (Editors). Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
7. World Health Organization. Maternal mortality in 2000 : estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO; 2004.
8. WHO. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Berg C, Danel I, Mora, editores. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996.

La muerte materna: en un mundo de adversidad

*María Isabel Lalinde Ángel
Dora Lucia Gaviria Noreña*

INTRODUCCIÓN

La autopsia verbal como técnica cualitativa, realizada a las familias que han sufrido una muerte materna, pretende develar las situaciones que la rodean desde sus pensamientos, conocimientos y creencias. El centro de interés de esta reflexión es aportar elementos para la teoría, el método, la práctica y las políticas en salud. Las voces de los familiares han llenado de sentido y de motivación por investigar a profundidad los hechos que rodean la muerte desde un enfoque cualitativo. La búsqueda de respuestas que generen procesos de mejoramiento en la práctica del cuidado de la salud son, entre otros, los objetivos de esta aproximación analítica.

El siguiente relato de una autopsia verbal evidencia hechos que están ocultos en los servicios de salud y que desde el mundo de los pacientes y sus familias se constituyen en hechos fijados por el afecto y la memoria en el mundo subjetivo. El familiar narra el siguiente testimonio de la muerte de su hermana de 30 años con cuatro hijos. Parto atendido por la misma paciente en casa, con retención de la placenta.

“Ella trabajaba con nosotros en la calle vendiendo frutas: de esas peras, uvas y manzanas de las chilenas. Verdaderamente vivíamos de trabajar en la calle, fuimos desplazados de nuestro Municipio por la violencia.

Vivimos en lo alto de la montaña de la ciudad. Para sacarla de la casa conseguimos una hamaca y más o menos a la media hora salimos a la carretera con ella a llamar gente para alzarla y a buscar un carro, y casi no lo encontramos. Los domingos es muy difícil. A lo último se levantó un señor de un colectivo y dijo que él la llevaba. Cuando salimos de aquí ella nos miraba pero no decía nada. Se movía mucho, de eso sí me di cuenta que se movía. Cuando llegamos al hospital estaba muerta. Quedamos muy tristes, ella no tenía seguridad social, pero ella sí quería ir a la consulta”^a.

^aLalinde, María Isabel. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2004.

Los hechos que rodean una muerte materna tienen matices de sentimientos, comportamientos y prácticas contradictorias que no alcanzan a vislumbrar el mundo de la mujer en estado de gestación y sus luchas por mantener una salud que proteja su vida y la del ser que va a nacer. Estas contradicciones se materializan en la posibilidad de acceso y utilización de los servicios de salud, así como en la respuesta del equipo de salud para la atención.

La muerte como testimonio mudo de los procesos que viven las familias en condiciones de exclusión, evidencia la forma como se resuelven los problemas de la vida cotidiana y los mecanismos que desde su red de apoyo se estimulan para el mantenimiento de su salud y de la vida así como las respuestas que los sistemas de salud establecen para su atención.

Los estudios sobre mortalidad materna se han centrado más en el estudio de las causas que desencadenan la muerte y en las complicaciones que sufren las madres embarazadas, así como en los aspectos de la estructura, del proceso y del resultado que interfieren en la atención en salud, quedando al margen la indagación sobre las percepciones de las familias que afrontan este hecho.

Es así como el interés de este documento es hacer una aproximación al análisis de caso de las autopsias verbales, de tres muertes maternas ocurridas durante el año 2004, realizadas a personas cercanas a las mujeres que fallecieron: compañeros, madres y hermanas. A través de la exposición de estas muertes maternas se pretende develar las conductas y comportamientos de la paciente o su familia alrededor de los hechos que desencadenaron la muerte, reconocer algunos de los factores que determinaron el acceso a los servicios de salud, e identificar la percepción que tienen las familias sobre la atención en salud que le fue brindada a la madre fallecida.

La autopsia verbal como técnica cualitativa facilita la interacción con los familiares de la paciente fallecida. Es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que se enferma hasta que fallece¹. Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública para el estudio del proceso enfermedad-atención-vida-muerte. Consiste en el análisis oportuno de la mortalidad, mediante la recolección activa de los certificados y actas de defunción y las visitas a los hogares de las personas fallecidas, con el propósito de corroborar la información que reposa en la historia clínica y de obtener nueva información cercana a los hechos humanos que rodean la muerte. Las autopsias

verbales a menudo se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente, de las mujeres que dan a luz en sus hogares².

En el caso que nos ocupa, la guía de entrevista se orientó a la indagación sobre las percepciones y sentimientos del familiar en los momentos que rodearon el proceso salud-enfermedad-vida-muerte y a sus opiniones sobre la atención en salud brindada. Se pretendió reconstruir los factores personales, familiares y del sistema de salud que rodearon el fallecimiento de una mujer que murió por causas relacionadas con la gestación. En ningún momento se pretendió "hallar responsables o culpabilizar a alguien".

El texto de cada autopsia verbal, y las notas del diario de campo del entrevistador, fueron leídos e interpretados por medio de la técnica: análisis de contenido, con el fin de identificar significados y contenidos. No es una investigación, es una aproximación al análisis de caso que nos permitió identificar las siguientes categorías: los aspectos culturales que demoran o evitan una consulta oportuna, la falta de acceso a la atención y la calidad de la atención.

LA MUERTE MATERNA UN HECHO SOCIAL Y HUMANO

Los múltiples y contradictorios aspectos de la experiencia humana ubican la muerte como un hecho vital que regula la vida y que según el contexto cultural tiene significados y representaciones en los individuos y en las colectividades. Hacer un análisis sobre mortalidad requiere pensar la muerte cercana a nuestro círculo social y familiar, pero también repensar el papel que, como ciudadanos y sujetos, debemos emprender para evitar muertes innecesarias y mantener una vida con características de solidaridad y humanismo, y también permitirnos ayudar a bien morir como expresión final de la existencia humana.

"La muerte cierra el ciclo de la vida, pero es tan dramática, su irreversibilidad es tan imponente, su significado tan difícil de construir, que desde tiempos inmemoriales se ha llevado a los límites de lo sagrado y de lo eterno. Ha pasado a formar parte de misterios como el del tiempo; así, la eternidad se convierte en una fatigada esperanza. Tiempo, eternidad, vida y muerte forman la sustancia para la imaginación, la magia y, tal vez, la ciencia. Ante la imposibilidad de aceptar la muerte como el punto final de los ciclos individuales, el hombre ha

*creado mitos, ritos, creencias y costumbres para legitimar la posibilidad de la vida eterna, por el hecho de que la inmortalidad prefiere parecerse a la vida. Algunos mitos se conservan por tradición oral, desde tiempos protohistóricos, otros se han reconstruido a partir del arte y otros más forman parte de la historia de la humanidad*³.

Es el caso de los poetas-filósofos quienes alimentan las historias de vida con sus nociones y sentimientos frente a la muerte. Miguel de Unamuno la describe de forma más directa, franca y desolada. Acepta que algún día nos convertiremos -como dirá más tarde Lorca- en "un montón de perros apagados", hundidos en el agujero de la nada, girando eternamente por espacios vacíos, sin eco, indiferentes"⁴.

La muerte misma no puede ser evitada, sin embargo, se puede postergar. La importancia de este hecho para la salud ha motivado desde hace varios años el desarrollo de metodologías para el análisis de la muerte como aspecto fundamental para evaluar el estado de salud de la población.

La reflexión sobre las características de la mortalidad continúa siendo la piedra angular de la información en salud. Se necesitan estudios, que al mismo tiempo que evalúen el impacto de la mortalidad en su totalidad, reflejen mejor los cambios en aquellos problemas que cobran vida a una edad temprana y destaquen los grupos de edad en que el impacto es mayor.

La mortalidad como un hecho social e histórico refleja los procesos que los individuos y colectivos viven en su mundo cotidiano para la satisfacción de necesidades. Específicamente, la mortalidad materna es reconocida como indicador sensible de las condiciones de vida y de los determinantes de salud.

Naomar A. Filho⁵ explica que una de las constataciones en salud pública es considerar que las investigaciones en esta área han demostrado en las últimas décadas que la muerte debe considerarse como expresión de los determinantes de salud y que el ambiente físico, social, económico y cultural desgasta de manera diferencial la vida de las personas, de las familias y de las colectividades y, además, que se constituye en un determinante potente del estado de salud y de bienestar de las poblaciones.

En la idea de encontrar un nuevo estatuto para lo social y lo cultural, donde los procesos de salud-enfermedad-vida-muerte se expresen como dinámicas históricas, en donde el sujeto se relaciona con el contexto en interacciones de mutua afectación, la muerte ya no es entendida como un estado final, sino como un proceso de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social y, para su conocimiento, debe tenerse en cuenta la diversidad de respuestas sociales, representaciones y significados de este hecho en los individuos y colectivos.

En este orden de ideas, se puede concluir que la enfermedad, la muerte y la salud son objetos privilegiados dentro de la cultura; en primer lugar, porque son nociones que permiten captar las diferentes formas de articulación entre lo individual y lo social, entre la experiencia personal y la estructura social; en segundo lugar, porque se sitúan en la intersección de tres campos de investigación como lo expone Laplantine:

“el campo de los valores -implica evaluaciones de estos saberes y prácticas-, en el campo de la acción -determina los comportamientos- y en el campo de los acontecimientos que modifican por excelencia nuestra vida individual, nuestra inserción social y, por lo tanto, el equilibrio colectivo y conllevan siempre la necesidad de un discurso, de una interpretación compleja y continua de la sociedad en su conjunto”¹⁶.

Como hecho biológico la muerte misma no puede ser evitada. Sin embargo, a través de condiciones de vida basadas en la equidad, la solidaridad y la convivencia y de políticas públicas en salud que propicien el bienestar para todos, es posible postergarla.

La muerte materna es un indicador del grado de desarrollo de un país y es uno de los indicadores más sensibles de la oportunidad y de la calidad de la atención en salud. La muerte materna afecta a la sociedad, no solo por la pérdida de una mujer en vida productiva, sino principalmente por las grandes consecuencias que tiene sobre la estabilidad familiar, por las repercusiones negativas sobre el futuro de sus hijos y, por lo tanto, sobre la estructura social.

El riesgo de muerte materna durante la vida⁷ de una mujer es casi 40 veces más alto en los países en vía de desarrollo que en los desarrollados. Sin embargo, existen amplias diferencias según el país y la región, aunque se han logrado coberturas altas en la asistencia al control prenatal y en el parto hospitalario; las muertes de las madres siguen afectando a grandes poblaciones del mundo. A pesar de las políticas de salud

existentes, estas grandes diferencias de mortalidad materna entre los países desarrollados y en vía de desarrollo se dan por los determinantes sociales y culturales de la salud, así como por la calidad y por la oportunidad de la atención de las complicaciones surgidas en el embarazo, parto y puerperio.

Es así como la indagación sobre las percepciones que las familias tienen sobre la muerte es un aporte importante al esclarecimiento de los comportamientos, sentimientos y actitudes de los colectivos humanos sobre este aspecto de la experiencia vital humana.

ASPECTOS CULTURALES QUE DEMORAN O EVITAN UNA CONSULTA OPORTUNA.

Los determinantes de tipo social, económico y cultural se traducen en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas y tienen incidencia en indicadores de mortalidad materna. Los factores que con mayor frecuencia se asocian a la mortalidad materna son: el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales y urbanas marginales o de conflicto armado y el desplazamiento forzado, entre otros⁸.

Con relación a la escolaridad, cuando ésta es insuficiente reduce las probabilidades de que las mujeres y sus familias utilicen los servicios de salud. Además, las mujeres analfabetas a menudo no conocen los derechos y deberes en salud que poseen y las opciones que les ofrecen. Lo anterior asociado a la educación como un factor sinérgico del desarrollo humano que potencia las capacidades para la búsqueda de soluciones y mecanismos para afrontar los procesos de salud-enfermedad.

Los investigadores creen que la relación entre la educación y la salud puede deberse a una serie de factores: la posibilidad de las personas más educadas a obtener trabajos mejores y menos peligrosos, a tener niveles más altos de conocimientos de salud, a tomar medidas preventivas de salud, a evitar conductas peligrosas y a lograr mayor autoeficacia o grado de control de sus vidas⁹.

Así mismo el lenguaje, como ese constructo cultural complejo que está determinado por las formas como se conciben los valores espirituales y se da sentido y significancia a los hechos, favorece el conocimiento del ser humano en su espacio cotidiano y es esencial para entender los modos de vida. Pues nosotros, si bien como seres naturales

somos parte de la naturaleza y habitamos en ella, también como seres simbólicos, tenemos como morada específica: la cultura, y con su mediación, entablamos una relación con los objetos a punto de que, gracias a ella, son objetos cargados de sentido y de memoria. En palabras de Cassirer:

“El hombre ya no vive solamente en un puro universo físico, sino en un universo simbólico [la cultura]. El lenguaje, el mito, el arte y la religión constituyen parte de ese universo. Forman los diversos hilos que tejen la red simbólica, la urdimbre complicada de la experiencia humana.”¹⁰

El análisis del siguiente testimonio es de una madre de 25 años, con 10 gestaciones y 8 hijos vivos, analfabeta, sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). No llevaba ningún método para el control de la natalidad, no realizó control prenatal, el parto fue atendido por partera y residía en la zona rural de un municipio del departamento, en una vereda carente de energía eléctrica. Su esposo relató el suceso de la siguiente forma:

“Ella fue a las cinco de la mañana cuando ella tuvo la cría. A las cinco de la mañana tuvo la cría lo más de bien, entonces a ella le faltó fue botar la placenta y aquí se le hizo muchas cosas, incluso esta señora de aquí que la estuvo atendiendo y no fue capaz de botar la placenta. Entonces me tocó sacarla al hospital, la llevé al hospital con el tío de ella. Allá le hicieron lo que le iban a hacer. Ya después de que le sacaron la placenta se les puso absolutamente muy grave. Entonces el doctor me dijo que no me daba solución de vida de ella, que estaba muy grave, grave, y entonces yo andaba con la bebecita y me dijo que la trajera donde un familiar mío que allá no la podía tener. Entonces yo me vine pa donde yo tengo unas hermanas y la traje. Me tocó quedarme, y ese otro día que voy por la mañana, ya ella había fallecido. Ella falleció fue después de yo venirme, como a la hora falleció ella y ese otro día me la entregaron ya muerta”^b

Tratando de dilucidar los aspectos culturales que rodearon la muerte es importante conocer el siguiente diálogo:

¿Usted por qué no la llevó al hospital para tener el bebé desde que ella empezó con los dolores?

“No, porque fue en la noche, eso fue en la madrugada como desde las cuatro en adelante, ella se removió y ya amaneciendo tuvo la cría”.

¿Ella había hecho control prenatal?

“No, ella no, eso si no había hecho ella control. Incluso antes como un mes atrás le había dicho que si íbamos pal pueblo para que tuviera la cría por allá afuera. Pero no quiso ir”.

¿Los otros partos los había tenido aquí en la casa?

“Sí, los había tenido aquí en el campo y había estado bien”.

¿Quién le atendió el parto?

“Este parto se lo atendió esta señora. Mucho más antes le había atendido uno también, ella siempre ha atendido muchas mujeres por ahí y salen muy bien”.

¿A qué causa le atribuye usted la muerte?

“Pues, yo...esa muerte de ella yo, pa` mi no es normal, eso como que es algo supuesto, de cosas malas. Hay mucha gente que se pegan de eso, pa` hacerle maldad al otro por envidias, por rabia que cojan, le hacen maldad al otro. Puede ser que le cogieron huellas y por medio de las huellas le hicieron lo que le iban a hacer”.

¿Usted cree que esa muerte se hubiera podido haber evitado?

“Pues haberla evitado, hubiéramos tenido que haber dado cuenta antes de esa hora o digamos la hora, donde uno hubiese sabido pues en vez de llevarla al hospital uno la había llevado a un médico hierbatero, ¿me entiende? Que conociera actos de lo bueno y lo malo. Así de pronto se hubiera evitado la muerte de ella, pero como uno no sabía y uno no esperaba eso”.

En el análisis de la muerte materna es vital entender las barreras culturales, como ese constructo del lenguaje que posibilita la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención. Desde la antropología, Park¹¹ define la cultura como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en la sociedad. La cultura se adquiere, se transforma y se reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización.

Siguiendo al autor, en el concepto de cultura convergen dos dimensiones: la cognitiva, que sintetiza el mundo simbólico, los pensamientos, los conocimientos y las creencias adquiridas a través del aprendizaje; y una dimensión material, que corresponde a como lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas culturales y normas de relación social entre las personas.

En el análisis de las muertes maternas, estas dos dimensiones de la cultura se articulan en la forma como acceden los pacientes y sus familias a la atención en salud y qué respuestas se estructuran desde éstos para la comprensión de sus necesidades.

La muerte materna como un hecho humano, social y biológico produce en el sistema de salud y en los profesionales de la salud, reflexiones desde sus postulados epistemológicos y conceptuales, de lo que significa la vida y su conservación. Las barreras sociales y culturales entre los pacientes y las familias se dan por las carencias comunicativas. Berlin y Fowkes, citados por Alarcón y et al¹², refieren que el proceso de comunicación requiere de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar. Consideran que las barreras del lenguaje se dan más por la actitud y el conocimiento intercultural que el personal de la salud establece en el contacto con sus pacientes, que por los aspectos semánticos gramaticales y simbólicos.

Respecto a la interculturalidad, un elemento de reflexión lo plantea Walsh¹³, que refiere la interculturalidad como un proceso permanente de relación, comunicación, conocimiento, valores y tradiciones distintas orientadas a generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo pleno de los individuos por encima de sus diferencias culturales y sociales. Esto se logra a través de ir incursionando en las comunidades con agentes comunitarios de salud para que logren un lazo efectivo entre las instituciones de salud y las comunidades y así aumentar la demanda a los servicios de salud.

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales en un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y las condiciones culturales de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios y nutricionales, que interfieren en un desarrollo humano armónico y sostenible para toda su familia.

En este sentido, el establecimiento de modelos de salud y de comunicación pluriculturales, son necesarios para garantizar una práctica de atención desde los más altos principios éticos.

EL CONTEXTO DE LAS MUERTES MATERNAS: FALTA DE ACCESO A LA ATENCIÓN.

El contexto de las muertes maternas nos permite visibilizar las respuestas que desde la organización de los servicios de salud se estructuran o no para satisfacer las necesidades de los individuos y sus familias en su contexto social, cultural y económico. En este sentido, el acceso a la atención en salud involucra el análisis de estas categorías de una forma integral.

En el estudio realizado por Lalinde A, Gaviria N¹⁴. sobre políticas de salud, se define el acceso a los servicios de salud como una categoría conceptual compleja que trasciende lo geográfico, específicamente desde la utilización de los medios de transporte, a aspectos estructurales desde lo político, económico, social, cultural. Según los planteamientos de Aday y Andersen¹⁵ el acceso significa que los servicios se encuentran disponibles en el momento y lugar en que los pacientes lo necesitan y que la forma de ingreso al sistema resulta clara. Estos autores proponen un referente teórico para el estudio del acceso que involucra los objetivos de la política de salud, desde las características del sistema y de la población en situación de riesgo, hasta llegar a los resultados o rendimientos; es decir, a la utilización de los servicios de salud y su impacto en la satisfacción de las necesidades del consumidor.

En Colombia, el acceso a los servicios de salud está influenciado por el contexto político, desde la orientación del sistema de salud, hasta los programas de aseguramiento, afiliación y contrataciones, como también por la reorganización de los servicios con relación a la oportunidad en la atención y a la disponibilidad de medicamentos al tiempo y a la distancia física que debe recorrer un paciente para ser atendido en términos geográficos, a las dificultades de transporte en el área rural y a los altos costos de los copagos, entre otros.

El análisis de las políticas de salud desde los pobladores, permite observar aspectos del acceso a los servicios de salud que como lo dice Vega¹⁶, es un elemento constitutivo de igualdad, en una perspectiva centrada más en la escogencia, en el acceso y en el uso de los medios para lograr y promover la salud, según las necesidades y deseos de los individuos, de las comunidades y de otros grupos de la población.

Siguiendo los planteamientos de Aday y Andersen¹⁷, las características del sistema de prestación de los servicios de salud son el conjunto de propiedades estructurales

referentes a los recursos financieros, al personal de salud, a los equipos y materiales utilizados para dichos servicios y a la organización que integra la forma como se coordina y controla para el ingreso al sistema y se garantiza la continuidad en el tratamiento.

Uno de los problemas del acceso es que los regímenes contributivo y subsidiado ofrecen planes con diferentes beneficios; mientras el contributivo cubre casi todas las enfermedades y problemas, el subsidiado deja por fuera la atención a un gran número de problemas de salud, factor clave de exclusión constatado por varias investigaciones del sector¹⁸ que hacen que los servicios se estructuren más por la capacidad de pago que por las necesidades reales en salud.

Como lo expresa Restrepo¹⁹, la falta de acceso a los servicios de salud, específicamente de los grupos más pobres de la población, con una relación inversamente proporcional en las tasas de mortalidad y de morbilidad, es uno de los problemas más importantes en el actual sistema de salud.

En uno de los casos de muerte materna analizados en la ciudad, encontramos una paciente desplazada de una región en conflicto armado del departamento, con 30 años de edad, cuatro hijos, los dos mayores entregados a una institución que vela por el bienestar de los niños. La señora habitaba en un rancho en una ladera de la ciudad. La paciente consultó a una unidad de salud a las 25 semanas de gestación aproximadamente, por una infección urinaria la cual le fue tratada; en esa ocasión le ordenaron una ecografía y los exámenes de ingreso al control prenatal. Cuando volvió a hacerse los exámenes, le dijeron que sólo la podían atender como particular, que ya no estaba en el sistema por multifiliación. La familia es clara en que la paciente nunca perteneció al régimen contributivo, pues no tuvo relación laboral con nadie y sería esta la única causa de una multifiliación. Como consecuencia de esto, la gestante desertó del programa del control prenatal, y solo se vino a saber de ella cuando ya había dado a luz a una niña.

“Eran como las tres de la mañana, oímos los niños que lloraban, entonces ya la mamá de ella que estaba aquí se fue a asomarse y encontró la niña, ya había salido la niña. Yo fui al rato, fui a asomarme pa' ayudar pa' sacarla, entonces bajamos de La Sierra con ella en una hamaca y no hubo transporte, entonces se demoró mucho el transporte pa' salir con ella, en el sentido de que ella tuvo la niña pero no había transporte. Ella tuvo la niña pero no salió la placenta, la mamá trató de sacársela pero nada”.

¹⁸Lalinde, María Isabel. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2004.

En este caso hay que resaltar tres tipos de inaccesibilidad: geográfica, económica y cultural. Con relación a la inaccesibilidad geográfica, la casa de la señora está situada en el área urbana pero de muy difícil acceso; hasta la vivienda no llega vía carretable. Del sitio donde pasan los carros, había que subir aproximadamente 522 escalas de concreto y un tramo en barranco muy liso y sin posibilidad de agarre. En cuanto a la falta de acceso económica, además de la falta de dinero, la paciente estaba conciente de que no tenía acceso a los servicios de salud, ya que al consultar le habían dicho que solo la podían atender como particular, lo cual pudo haber contribuido a que no consultara oportunamente. Y la inaccesibilidad cultural está dada por su condición de desplazada de un municipio lejano y su poca escolaridad, lo que le impidió posiblemente entender su situación frente al SGSSS y hacer los arreglos pertinentes.

Cuando interrogamos a los familiares sobre la oportunidad en el acceso, coinciden en la tramitología administrativa, en el desconocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud y en la dificultad para el desplazamiento por las condiciones geográficas y el déficit de transporte público.

“Vivimos en lo alto de la montaña de la ciudad, para sacarla de la casa conseguimos una hamaca y más o menos a la media hora salimos a la carrera con ella a llamar gente para alzarla y a buscar un carro y casi no lo encontramos, los domingos es muy difícil, a lo último se levantó un señor de un colectivo y dijo que él la llevaba”.

En el mundo existe una necesidad urgente de mejorar la salud de los pobres. Más de mil millones de personas se ven excluidas, tanto de la atención básica como del increíble progreso en salud y tecnología médica que ha tenido lugar en el mundo, simplemente por su extrema pobreza²⁰.

Diversas investigaciones en el país dan cuenta de los grados de exclusión frente al acceso a los servicios de salud, constatándose la violación de los derechos a los ciudadanos desde su implementación. Cardona²¹ calcula que 12 millones de colombianos no satisfacen sus necesidades de salud y gran parte de la población se asemeja a la condición de víctima del sistema pues enfrentan continuamente obstáculos para el acceso y para la garantía de calidad del servicio.

El moldeamiento de los servicios de salud con arquetipos de eficiencia; la calidad y productividad que cada día alejan a los usuarios de los servicios a un acceso real en la satisfacción de sus necesidades, las estrategias como la focalización, los paquetes de atención básica, las medidas de reducción del gasto en salud, los cálculos del subsidio

a la demanda y la reducción de las enfermedades evitables como lo expresa Breilh²², han sido estrategias por una lógica de los mínimos en salud.

Laurell²³ afirma que la privatización de los servicios de salud arroja la anulación del concepto de los derechos sociales y las formas solidarias e igualitarias para garantizarlos.

En síntesis, actualmente en los servicios de salud se viven conflictos entre la inclusión y la exclusión de los afiliados al sistema, el acceso a los medicamentos y a la alta tecnología, la globalización del riesgo de enfermar y morir, el aumento de costos en los servicios y la individualización de la responsabilidad para enfrentar los problemas de salud.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: UN COMPROMISO ÉTICO.

El análisis del siguiente testimonio corrobora aspectos centrales de la calidad en la atención que se median en las relaciones medico-enfermero-paciente. La comunicación entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares es uno de los elementos que trascienden la mirada de la calidad más allá de la deficiencia y de la productividad.

El caso es el de una madre de 33 años, en unión estable, con siete hijos, ama de casa, estudió hasta tercero de primaria, afiliada al régimen contributivo, realizó 9 controles prenatales; a las 39 semanas de gestación le realizaron cesárea y murió por hemorragia. Su esposo narra lo sucedido:

“La verdad es que de aquí salí como a las 9 de la mañana con ella para la clínica. Iba muy bien, ella había estado enferma por la noche, con dolorcitos, de pronto se le notaban algunas manchitas; entonces yo en vista de eso, le dije: bueno, vámonos para la clínica que allí hay más recursos y vamos a ver que de pronto algo te pueda suceder, allá estás más cerca de los médicos. Salimos caminando tranquilamente, cogimos la buseta en la central. Llegamos a la clínica, hablé con el médico, la reconoció y habló con la doctora; dijeron que tenía una niña muy grande, muy desarrollada y que tenía que programarle una cesárea; ella nunca había tenido cesáreas, nunca le habían hecho, ella había tenido sus hijos normales, había tenido pues partos normales, la primera cesárea que le hicieron fue esa, fue la que le vino la muerte. También me dijeron que para hacerle una tubectomía pero no la cubría el carné.”

Yo me fui al Seguro para que de pronto le tramitaran la orden para hacerle esa operación de una vez. Cuando llevé la orden, ya le habían hecho la cesárea, ya me mostraron la niña. A las 11 de la mañana o tipo 11 y media, yo pregunte, qué pasaba que a ella no la habían podido sacar de cirugía, ellos no, que estaba un poquito complicada pero que ya estaba bien.

A la media hora me la entregaron. Yo la recibí, la puse a entetar la niña, ella conversaba bien y me dijo que sentía mucho cansancio, mucho dolor, salí a donar sangre y se quedaron mis dos hijos con ella. Ella empezó a quejarse y le decía a la niña que sentía mucho dolor, que buscara a los médicos, que buscara a las enfermeras, que ella se sentía mal. Ella les decía a los médicos y a las enfermeras que ella estaba mal, que sentía mucho dolor; le dijeron que eso era normal, que a ella le habían hecho una cesárea y que eso era normal por lo que le habían hecho. Entonces ya ahí, cuando fueron a recibir las otras enfermeras que fue como a las siete de la noche, creo yo, fue donde la examinaron, fue donde ya la vieron que estaba casi muerta, ya no tenía sangre en las venas, ya se había vaciado con la hemorragia interna, ya no tenía sangre, ya no hablaba casi y ya entonces pidieron ambulancia y que no había ambulancia, que no había carro para transportarla, pidieron un taxi, pero el conductor se negó porque no quería ensuciar su taxi de sangre, llegó otro y se la embarcaron en un taxi, así a la forma que ella estaba, pues no era el transporte adecuado para hacerle ese transporte a conforme lo que le habían hecho a ella.

Ya la entregaron al hospital sin ninguna historia. Ya cuando yo llegué al hospital que la recibieron, que yo fui a las 11 de la noche, me dijeron los médicos que estaban tratando de ver que podían hacer, pero que estaba muy grave, que estaba muy delicada y tenía una hemorragia interna y ahí fue cuando empezaron los médicos a atenderla en el hospital. Creo que había más de tres especialistas con la que ponía la anestesia. Yo me aguanté allá toda la noche para de pronto ver si la podían mejorar. Le pusieron un aparato que por medio de eso le daban el oxígeno para ver si la podían sostener para ese otro día enviarla a Medellín, pero imagínese no alcanzó, no alcanzó a amanecer viva, ya falleció^{4d}.

La atención de la madre durante todo el embarazo, pero especialmente en el momento del parto, requiere de mayor información sobre su estado y un monitoreo permanente. En la estructura de los servicios de salud el personal médico, y de enfermería específicamente, es quien acompaña y ayuda al paciente en todo su proceso de atención y recuperación. La atención oportuna al llamado, así como la observación a

^{4d}Lalinde, María Isabel. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2004.

los signos y síntomas y a las expresiones de dolor y angustia, deben ser el centro esencial del cuidado.

La calidad de la atención en salud se ha convertido en un asunto prioritario en la búsqueda de mejores resultados, menores costos y mayor satisfacción del paciente y de los profesionales.

En el campo de la salud, la calidad implica conocimientos científicos al día, tecnología de avanzada, buen juicio para emplear y desbordar la innecesaria y peligrosa cifra de los gastos; obrar ético, que incluye el respeto por la autonomía y la diversidad cultural de los enfermos y, finalmente, aunque no con menos fuerza, un ambiente digno y satisfactorio para el ejercicio de los profesionales²⁴.

La OPS²⁵ considera que la calidad tiene varias dimensiones que deben ser evaluadas para lograr impacto positivo en la salud de las poblaciones. Estas dimensiones tienen que ver con la seguridad, con la tecnología, con el grado de satisfacción de las necesidades sentidas del usuario y con el costo racional de la atención. Donabedian²⁶ define la calidad como "*lograr los mayores beneficios posibles para el paciente, dados unos recursos*", al tiempo que enfatiza en que el usuario merece respeto, privacidad y comodidad y, éste respeto no solo es en el trato, sino también en la responsabilidad del adecuado uso de los conocimientos y de la tecnología.

En este sentido la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO, en sus programas de acreditación de la calidad de los hospitales ha enfatizado en que las prácticas de salud deben garantizar seguridad al paciente. Así mismo, insta a todos los actores de los hospitales a mejorar los programas de educación y de comunicación con los pacientes y sus familias como indicadores de alta calidad.

Avedis Donabedian²⁶ conceptúa que antes de intentar la evaluación de la calidad, se debe definir y comprender los factores que la componen como son: la actuación de los facultativos y de las contribuciones de los pacientes o del sistema de salud; qué se entiende y define como la salud y la responsabilidad profesional y del estado. Este autor señala que se debe tener un mayor conocimiento de los métodos para la prestación de la asistencia y entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y el facultativo; aprender a identificar y cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la salud y al bienestar de los pacientes.

La calidad en la atención en salud incluye: una dimensión ética, que se refiere a los aspectos de la relación interpersonal, es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica que comprende la prestación del cuidado pertinente según los avances científicos y técnicos; y una dimensión perceptiva que incluye la capacidad de comprender las necesidades del paciente y las formas para satisfacerlas.

Garantizar la calidad de la atención y la forma como se organiza en las Instituciones prestadores de salud es un trabajo cooperativo que implica el establecimiento de normas y criterios que faciliten la unificación de conceptos desde los avances científicos de las ciencias de la salud.

En síntesis, la calidad de atención involucra diversos aspectos, desde el mundo subjetivo de los pacientes hasta la disposición real de los servicios, es decir, involucra lo humano, técnico, científico, ético y los recursos que para el sector se proveen en materia de salud.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La autopsia verbal como una técnica cualitativa pretende develar los pensamientos y sentimientos que rodean la muerte de la madre, pero consideramos que se requiere de un mayor análisis por todo el equipo de salud para lograr una verdadera comprensión de todas las situaciones que propiciaron el evento. Las múltiples situaciones que rodean la muerte: las decisiones inoportunas, los signos y síntomas imprecisos, los temores, el fenómeno de esperar a que amanezca para ver que pasa, el complejo mundo de la tramitología administrativa para la atención en salud, son entre otros, los aspectos que impulsan el devenir de la muerte. Así como los caminos largos y tortuosos de las vías sin acceso, sin transporte en las noches oscuras, aceleran procesos que no se detienen oportunamente y su desenlace fatal es la muerte de una mujer que viene luchando por dar a luz pero que su esfuerzo es ineficaz en un mundo de adversidad y contradicción.

Los recursos que las familias y comunidades utilizan para la solución de sus problemas de salud, son en gran medida heroicos y de gran creatividad, pues sus condiciones adversas de vida apenas les permiten sobrevivir en un mundo de la globalidad y modernidad que ellos desconocen y no pueden poseer.

Por ello, pensar la muerte desde el mundo de las familias de las mujeres que fallecen es desentrañar la urdimbre del camino de la inequidad y la injusticia social, pues solo las voces de estas familias nos permiten crear unos escenarios donde la vida y la salud sean el centro de discusión de los nuevos modelos de organización de los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CEDES. Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación ; 2004 [citada 2006 Oct 10] . Disponible en : http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_investiga/pdf/informes/Resumen%20ejecutivo.pdf .
2. SLOAN, Nancy L. et al. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?. Bull World Health Organ, 2001 , 79(9):805-810.
3. Sánchez C., Mandujano M. Comprender y aceptar la muerte. ¿Hay algún modelo cultural para aceptar los procesos de secuela?. Casa del Tiempo [seriada en Internet]. 2001 Nov [citada 2006 Abr 7];102(6):[cerca de 3 p.]. Disponible en: <http://www.difusioncultural.uam.mx/revista/nov2001/sanchez.html> .
4. Solís FA. Unamuno, sincera desnudez frente a la muerte. Gran Valparaíso [seriada en Internet] 2006 [citada 2002 Abr 7] Disponible en: <http://www.granvalparaiso.cl/> .
5. Red Interamericana de Formación [página en Internet]. Montreal: Université de Montreal; [citada 2006 Jul 10]. Foro de discusiones; [cerca de 3 pantallas]. Disponible en: http://www.usi.umontreal.ca/redet/foro_de_discusiones2.htm .
6. Laplantine F. Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 2002.
7. Secretaría de Salud de Medellín. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín; 2005.
8. Colombia Ministerio de la Protección Social ; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social ; 2004.

-
9. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basics of disparities in health. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F editores. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York : Oxford University Press; 2001 . p. 18
10. Cassirer E. Antropología filosófica. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 1993.
11. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile. 2003 Sep; 131(9):1061-65.
12. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile. 2003 Sep; 131(9):1061-65.
13. Walsh C. Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación. Lima: UPCP; 2000.
14. Lalinde AM, Gaviria ND. Políticas de Salud desde la perspectiva de los pobladores en el municipio de El Carmen de Viboral 2002-2003. Medellín: [s.n.];2004.
15. Aday LA. Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Publicación Científica y Técnica. 1992;(534):604-13.
16. Vega RR. Evaluación de Políticas de Salud en relación con Justicia Social. Rev. salud pública. 2001 Jul; 3(2):97-126.
17. Aday LA. Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Publicación Científica y Técnica. 1992;(534):604-13.
18. Vega RR, Ardon CN, Hernández BA, Torres VS. Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada sin capacidad de pago en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda de Bogotá, D.C., 2001 : recomendaciones generales. Revista gerencia y políticas de salud. 2003 Jun; 2(4):72-98.
19. Universidad de Antioquia [página en Internet]. Medellín: La Universidad ; c2002 [citada 2003 Jun 10]. ¿SALUD PARA TODOS?: Un examen sobre la implementación de la Ley 100; [cerca de 2 pantallas]. Disponible en: <http://agustinianos.udea.edu.co/documentos/publicados.html> .

20. World Health Organization. The World health report 2000 : health systems : improving performance. Geneva: WHO; 2000.
21. Cardona SA, Estrada RA, Nieto LE, Agudelo GH, Chávez GB, Montoya GA, Arbeláez MM. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 1999.
22. Breilh J. La Sociedad , El debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Rev. bras. epidemiol. 1998 Dic; 1(3): 207-233.
23. Laurell AC. La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AC coord. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación Friedrich Ebert; 1994.
24. Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS 2001.
25. Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington. D.C.: OPS 2001.
26. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988 Sep 23; 260(12):1743-48.

La Salud en Antioquia, una mirada desde la administración

“Digamos de una vez por todas, que consideramos a todo ser humano vivo, como el máximo valor sobre la faz de la tierra. La conservación de su vida, pero no de una vida cualquiera, sino de la mejor vida posible para él, es la empresa más importante a la que una sociedad debe dedicarse.”

Héctor Abad Gómez

Karina Berrío López

Las condiciones de salud en el departamento de Antioquia, y en especial la de las mujeres y niños, ha sufrido un deterioro a lo largo de los años. Así lo muestran los indicadores departamentales de mortalidad materna y perinatal de los últimos diez años publicados como indicadores macroproblema por la DSSA¹. Múltiples variables dan cuenta de esta situación: algunas son el resultado de las dificultades y deficiencias propias del sistema, otras por el contrario, están relacionadas con el personal involucrado en la prestación de los diferentes servicios de salud y su relación con el sistema. Aspectos como la actitud y el nivel de competencias^a del personal asistencial, definen la manera como se enfrentan a los pacientes y su enfermedad.

Se deben conjugar múltiples variables para enfrentar con éxito la administración de la salud en el país, y en especial, en el departamento de Antioquia. La aplicación del actual SGSSS es el inicio de una serie de disyuntivas a las que se deben enfrentar diariamente los gerentes y el personal asistencial de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas: remisión de pacientes, unidad de pago por capitación; nivel de ocupación de las IPS; solicitud y oportunidad de ambulancias; tipo de afiliación al SGSSS; pago de los servicios médicos; requerimientos de exámenes y procedimientos; autorizaciones y glosas de las aseguradoras de los planes de beneficios, entre otros.

^aCompetencia: El empleo habitual y juicioso de la comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y de la comunidad a la que está sirviendo. La competencia se fundamenta en habilidades clínicas básicas, conocimiento científico y desarrollo moral. Este incluye una función cognitiva: el conocimiento que se va adquiriendo y aplicando sirve para solucionar problemas de la vida diaria. Ronald M. Epstein; Edward M. Hundert. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA. 2002 Jan 9; 287:(2):226-35.

De otro lado, hay variables críticas que no han contribuido a que la situación de salud en Antioquia mejore. Se destaca, por ejemplo, la falta de homologación de criterios médicos en cuanto al tratamiento y manejo de las patologías. Pese a que el Ministerio de la Protección Social emite protocolos unificados de manejo y tratamientos, todo parece indicar que las IPS no oficializan su uso y el personal de la salud sigue protocolos disímiles, que en su mayoría no cuentan con la suficiente evidencia científica, o que no son congruentes con las características propias de las patologías que se presentan en la región. El éxito de los tratamientos queda entonces a merced del personal médico, que en ocasiones, por falta de actualización científica, desconoce las últimas prácticas basadas en la evidencia.

Si bien es cierto que el personal médico tiene la libertad de adoptar una u otra práctica en el ejercicio de su trabajo porque su conocimiento, experiencia y habilidades así se lo dictan, las IPS deben analizar con base en las guías de atención impartidas por el Ministerio de la Protección Social, por sociedades científicas y por la evidencia médica, qué implicaciones y consecuencias conlleva su aplicación, a fin de determinar a nivel institucional, cuáles son las prácticas que han de aplicarse oficialmente y cuáles son las que han de abolirse definitivamente de la institución. La calidad de la asistencia médica no puede depender del nivel de competencias del personal asistencial. Las IPS deben actualizar permanentemente sus protocolos y guías de manejo, socializarlas y establecerlos como una política básica de garantía de calidad del servicio. Los especialistas en auditoría de servicios de salud de cada institución serían los encargados de vigilar, controlar, asesorar y acompañar permanentemente la implementación, mejoramiento y adherencia a éstas guías, así como lo establece el decreto 1011 de 2006 (resolución 1043, Cap. 5).

La ley 100 supone al Aseguramiento como el eje alrededor del cual se establecen las políticas de la prestación de servicios de salud, y ésta priorización es la que desencadena la paradoja entre el aseguramiento y la calidad de la asistencia médica. En ese sentido, el concepto de salud, definido por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”, sufre una especie de distorsión que se evidencia en la interacción, cada vez más obstaculizada, del paciente con el sistema de aseguramiento, con la institución de salud y con el personal asistencial, que produce como resultado la mala calidad de los servicios médicos ofrecidos. Las aseguradoras por su parte esquivan en ocasiones el cumplimiento de la norma establecida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), las IPS, que deben auto sostenerse financieramente, no pueden asumir el riesgo de no pago

por parte del asegurador y paralelamente deben poner todos los recursos que sean necesarios para evitar eventos desafortunados y lograr ofrecer el mejor servicio posible. De otro lado está el actor principal del sistema, la comunidad y los pacientes, quienes antes de ser atendidos deben contar con la suerte de que el asegurador al cual están inscritos y la IPS a la que acudió, reúnan las garantías financieras necesarias para disminuir el riesgo de no pago y que adicionalmente la institución cuente con los recursos necesarios, de acuerdo a su nivel, para atender las necesidades de los pacientes que ingresan, y como si fuera poco, debe contar con la suerte que el personal asistencial de turno siga los protocolos establecidos para el tratamiento de su patología y adicionalmente tenga las competencias y actitud necesarias para tomar decisiones oportunas y acertadas. En este sentido el sistema gira, en primera instancia, en torno al aseguramiento, en segunda instancia, a la atención de la enfermedad y en tercera y en última instancia, a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El SGSSS funciona con una escala de prioridades invertida con respecto al panorama de las necesidades y realidades de nuestra comunidad.

ESPECIALIDAD DEFINE RENTABILIDAD

A partir de esta nueva forma de “administrar la salud”, el servicio de salud se desmembró en los últimos años, usando como criterio básico de organización las especialidades. Alrededor de éstas se formaron unidades independientes que debían ser auto sostenibles económicamente y debían tener una participación en las utilidades totales de las IPS igual o superior a las demás unidades. De los ingresos generados por cada unidad dependía entonces la retribución económica del personal respectivo, que podría ser mayor o menor en cada período, dependiendo del nivel de demanda de los servicios que ofrecía cada unidad, y claro está, del precio unitario de cada servicio.

La codificación tarifaria de los servicios, definida de acuerdo al precio del servicio y el tipo de especialista que lo desarrolla, sumado a la desigualdad en la contraprestación de los servicios médicos básicos y especializados, desvirtúan la unidad del servicio de salud y la convierten en un conjunto de actividades independientes que compiten inexplicablemente unas con otras, en un escenario que se mueve al ritmo de las ganancias económicas. Como consecuencia de lo anterior, la retribución económica del personal médico de las IPS es desigual, aún cuando el nivel de formación y dedicación al trabajo sean los mismos. Este aspecto, entre muchos otros, crea inconformidad, aumentan los conflictos de intereses entre el personal asistencial y genera un ambiente de trabajo en donde prima la desmotivación y la sensación de explotación.

En este sentido, el personal asistencial pasó de ser parte fundamental del recurso con que cuenta cada IPS, a ser un proveedor más en la inmensa lista de suministros y servicios que requiere una IPS para su funcionamiento. Pasó a asumir el riesgo de los problemas de rentabilidad y liquidez de las instituciones al ser contratado por "evento", lo que abre aún más la brecha de desigualdad entre el personal asistencial. En última instancia, se trasladó el problema de déficit financiero, competencia de la administración de las IPS, a la asistencia médica.

Los deberes y derechos del personal de la salud no están equilibrados entre sí. El trato desigual que dan las IPS al personal asistencial al manejar paralelamente diferentes formas de contratación para servicios similares (personal vinculado, por contrato, por cooperativa y por evento), hacen parte de un sinnúmero de situaciones que enmarcan la asistencia médica y podrían explicar en parte los problemas en la calidad de la atención.

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS Y MAYOR OFERTA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Es paradójico que en un país en vía de desarrollo, donde más del 60% de la población vive por debajo la línea de pobreza, el índice promedio de escolaridad es de seis años según lo indican informes del Banco Mundial y de Planeación Nacional², con razones de mortalidad materna y perinatal ancladas en las cifras que tuvieron los países desarrollados en los años 50, se piense en ampliar la oferta de servicios ultra especializados y al mismo tiempo se piense en disminuir, por ejemplo, el número de camas de obstetricia.

Si bien las IPS deben buscar ser autosostenibles financieramente, no pueden por esto dejar de ver el panorama de la salud como el único servicio susceptible de mejorar o ampliar. Como en todas las empresas del mundo, en el sector salud hay procesos que demandan mayores recursos que otros, pero que por su importancia y peso dentro de la conformación del producto o servicio final, se deben fortalecer tanto o más que aquellos procesos financieramente estratégicos para que al final se produzca la cantidad de recursos necesarios para superar los egresos, como resultado de la buena prestación del servicio.

El ejercicio de la administración de la salud en Colombia en los últimos años, presionado por la implementación de la ley 100 y sus múltiples reformas, desdibujó la esencia de la prestación del servicio de "Salud". La aplicación de modelos como la

“Administración por Unidades Estratégicas de Negocio UEN” contribuyeron a que éste fenómeno se generalizara al aplicarse en forma forzada en las IPS que tienen como objetivo fundamental la prestación del servicio básico o especializado de la Salud. Ha sido forzada, porque es el desarrollo de un producto o servicio el que define la verdadera dinámica de trabajo de una empresa, y como el producto resultante del desarrollo del objeto social de las IPS es la “Salud”, es la evolución de ésta la que debería definir la dinámica de trabajo de las IPS, es decir, éstas deberían operar en forma integral, sistémica, interrelacionada e interdependiente como la salud misma y no como servicios aislados vistos como unidades independientes que deberán rentar por encima de sus egresos.

La miopía con la que se está concibiendo el servicio de “Salud” está afectando la calidad en la prestación de éstos en nuestra región. Los servicios básicos como la obstetricia y la pediatría, que por su naturaleza no pueden hacer distinciones de tipo socioeconómico, están sufriendo las lamentables consecuencias de no ser consideradas como unidades estratégicas de negocio por los directivos de las IPS públicas y privadas.

Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg, en el libro “Redefining Health Care: Creating Value-Based, Competición on Results”³ afirman que:

Una tremenda ironía en la asistencia médica es que si usted mira el mundo en términos de cómo reducir gastos, por lo general los aumentará. Un principio de la “competencia basada en el valor” plantea que en la asistencia médica, la única manera de reducir costos es ofreciendo la más alta calidad. Hay que preguntarse cómo hacer subir la calidad agregando valor, finalmente ésta es la única manera de reducir costos.

Las instituciones deberían entonces conducir sus costos hacia el mejoramiento de la calidad y eficacia sobre el ciclo completo del servicio, ya que conducirlos sólo a algunos procesos específicos es un juego que suma cero y que al final se refleja negativamente en la calidad del ciclo entero del proceso.

Investigaciones como la realizada por el Centro de Investigaciones Textiles de Argentina en el año 2000, han demostrado que para las pymes del sector manufacturero de América Latina, los costos promedio de la mala calidad representan entre un 20% y 40% del valor total facturado⁴. Este índice podría ser mucho mayor, si se tiene en cuenta el impacto negativo sobre los ingresos futuros que representan los clientes insatisfechos

que percibieron la mala calidad. Sería lógico pensar entonces que los costos de la mala calidad del sector de servicios, y específicamente en el sector salud, pueden ser similares e incluso mayores. Un ejemplo de ello son los cálculos que presenta el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que estima que solamente los errores en la formulación de medicamentos causan más muertes anuales que los accidentes de trabajo: 7.000 vs. 6.000. Estos errores representan en términos económicos, incluyendo las incapacidades y sobrecostos en gastos médicos, de 17 a 29 billones de dólares anuales⁵.

ACTITUD Y COMPETENCIAS DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ATENCIÓN

La diversidad de criterios médicos y tratamientos aplicados al manejo de las mismas patologías y las diferencias administrativas, económicas y geopolíticas que afectan diariamente a las IPS, y a las comunidades de nuestro departamento, dan cuenta de la desigualdad en la calidad de los servicios que se ofrecen a las comunidades y explican de manera preocupante la participación de cada región en las tasas departamentales de morbilidad materna y perinatal.

Los resultados de los análisis de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal y de la sífilis congénita en el departamento de Antioquia⁶, demuestran que la actitud y las competencias del personal involucrado en la atención juegan un papel fundamental a la hora de definir los factores determinantes de la muerte o del evento analizado: diagnósticos equivocados, subvaloración de riesgos, tratamientos inadecuados, falta de seguimiento estricto a las pacientes, falta de oportunidad en la toma de decisiones, olvido o suministro inoportuno de medicamentos a los pacientes, falta de comunicación entre el personal asistencial sobre las condiciones específicas de las pacientes y sus necesidades, comunicación ineficiente entre el personal asistencial y los pacientes y sus familiares, son algunos de los errores que frecuentemente se presentan en las IPS y que contribuyen a que la calidad del servicio disminuya hasta desencadenar, en eventos que en un 85% se pudieron evitar. (Ver gráfico 4.13 capítulo 4).

Sumado a lo anterior, y teniendo en cuenta la desarticulación de la atención, el personal asistencial en general no asume a nombre propio y de manera integral el proceso que ofrece, es decir, no indaga sobre el antes y el después de su intervención en el proceso

de atención, ni mucho menos en el resultado final después de haber recibido el ciclo completo del servicio.

La visión de la labor del personal asistencial es eventual (número de cirugías, número de consultas, número de procedimientos). No hay coordinación con los demás actores del proceso que aportan al servicio de salud, ni al interior de las instituciones ni fuera de ellas. Cada especialista, médico, enfermera, auxiliar y personal administrativo encamina su esfuerzo y conocimiento a realizar lo mejor posible su trabajo, pero desconoce el peso de su actuación en el éxito o fracaso del servicio final ofrecido. De esta forma nadie puede asumir responsablemente las consecuencias de su actuación en el proceso de atención, y por consiguiente, sólo los eventos adversos, como las complicaciones y muertes, permiten identificar las consecuencias de las buenas o malas decisiones que tomó el personal asistencial de cada institución.

La acción consciente y efectiva de los responsables de un subproceso, puede desvirtuarse con una mala acción en el siguiente subproceso o puede verse afectada por la mala acción realizada en el subproceso anterior. El objetivo de mirar el proceso de esta manera, es tener toda la información posible acerca de la prestación del servicio para tomar las acciones correctivas apropiadas en el momento apropiado y sobre el proceso que se requiera y no para buscar culpables. El personal asistencial inscrito en cada una de las IPS que conforman la red de prestadores de servicios de salud, debe entonces hacerse cargo, desde el punto de vista médico, de la integralidad del servicio que ofrecen. A fin de agregar calidad a la prestación del servicio, deben convertirse a la vez en catalizadores y reguladores que retroalimenten a las instituciones gubernamentales sobre las frustraciones y desaciertos de la atención propiciada por el SGSSS.

SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS PROCESOS SISTEMÁTICOS

Conociendo entonces cuáles fueron algunas de las principales fracturas de la prestación de los servicios de salud y del sistema en general, el llamado es a asumir en forma articulada y coordinada la prestación de los servicios de salud e iniciar al interior de cada institución procesos juiciosos y sistemáticos que garanticen el cumplimiento de la normatividad (retroalimentando continuamente sobre las fallas y carencias de la norma en la prestación del servicio) y la calidad de los servicios que se ofrecen enmarcados en las problemáticas básicas de salud de la comunidad. El resultado de los procesos sistemáticos y continuos es la única fuente legítima que soporta la construcción

responsable del cambio. Si cada institución se hace cargo del ejercicio completo de su papel dentro del sistema general de salud, y adicionalmente participa en forma coordinada con los demás actores del sistema a nivel municipal y regional en la búsqueda de soluciones articuladas, el cambio se dibujará por si solo.

La oportunidad de las decisiones de cambio dependerá de la oportunidad de conocer el problema y ésta a su vez dependerá de los resultados del seguimiento constante que se hace sobre la actuación particular de las IPS y en general del sistema de salud. Procesos como la identificación, reporte, análisis y retroalimentación de los casos de salud pública vigilados por los comités de vigilancia institucionales y municipales, los procesos de revisión y actualización de protocolos y guías de manejo, el proceso de seguimiento a los pacientes y eventos adversos, son algunas de las acciones que se deben mantener en el tiempo para garantizar el avance en este sentido.

SOBRE LA IMPORTANCIA DE ORIENTAR LOS ESFUERZOS HACIA SUPERAR LOS RETOS

Actualmente, la principal preocupación debería estar orientada hacia agregar valor a todos los procesos esenciales en la conformación del servicio de salud: buscar la más alta calidad, única forma de disminuir costos. Lograr ser competitivos con el mejor servicio, buscar estrategias efectivas de comunicación con los pacientes para lograr que ellos perciban directamente los beneficios de un excelente servicio, fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la investigación y la innovación, la articulación con todos los integrantes del sector y de la cadena productiva a fin de lograr la consolidación de un Clúster^b competitivo, que pueda responder a la inminente competencia extranjera que implica la firma de los tratados de libre comercio.

^bClúster: encadenamiento productivo de los actores de una actividad económica determinada, para buscar, entre todos, ser más eficientes, más productivos y más competitivos, mejorando y diversificando la oferta exportable. Del inglés: "racimo". Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia, Centro de Estudios de la Economía Sistémica. Primera aproximación a una agenda de innovación y desarrollo científico y tecnológico para Medellín y Antioquia. Medellín: Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia; 2004.

CONCLUSIONES

Las instituciones deberían cambiar la perspectiva y el concepto del servicio que prestan, deben enfocarse única y exclusivamente a ofrecer la más alta calidad en el servicio de salud y en volver eficientes los recursos que no aportan un valor directo al servicio, como los altos costos fijos y los de administración. Deben consolidarse como sector y como clúster y actuar en forma coordinada con el resto de actores a nivel público, privado y gubernamental, de mano de la academia y de las sociedades científicas. Deben buscar soluciones tendientes a resolver el problema de inequidad con el personal asistencial y con el acceso a los servicios de salud. Contextualizarse en un panorama global a fin de poner a prueba la capacidad de respuesta ante los desafíos futuros y tomar las decisiones adecuadas en forma oportuna que redunden en el mayor beneficio de la salud de la comunidad.

Las universidades juegan un papel fundamental en la solución de la problemática relacionada con las “competencias”, pues son ellas las responsables directas de la formación del personal de la salud, lideran la apropiación y circulación del conocimiento y las habilidades técnicas propias de la medicina. Todo pareciera indicar, que si bien los aspectos técnicos relacionados con la práctica médica están siendo considerados en los currículos, los relacionados con la actitud y el contexto social y cultural en que se van a desenvolver los futuros médicos, enfermeras y todo el personal de la salud, están siendo relegados a un segundo plano. En este sentido, es necesario que las universidades se comprometan con una formación integral del personal de la salud, donde los aspectos científicos, sociales y culturales estén presentes constantemente.

La disyuntiva de costos y utilidades deberá afrontarse de manera estratégica por los gerentes y directivos. Los clusters juegan un papel importante en este sentido, ya que permiten no solo conocer las disponibilidades y carencias de los otros actores y del sector, sino también optimizar recursos y aumentar el poder de negociación con los proveedores.

Las metas, intereses y objetivos de las Empresa Promotora de Salud (EPS), Administración de Régimen Subdiado (ARS), IPS y entidades gubernamentales deben conversar entre sí y hacer parte de una red de servicios tan versátil como las necesidades de la comunidad.

En un servicio como la salud, en el que intervienen tantos actores, la oportunidad define la vida o la muerte. Hay que buscar agilidad en las estructuras organizacionales de tal forma que se garantice la capacidad de respuesta y toma de decisiones acorde con la demanda. La mayoría de instituciones estatales y algunas de carácter privado operan bajo estructuras organizativas jerárquicas y paquidérmicas que obstruyen la oportunidad en la toma de decisiones. “El tren se mueve a la velocidad de la rueda mas lenta”, hay que reparar o eliminar, si es del caso lo que impide que el proceso fluya y los servicios de salud se ofrezcan en forma oportuna y adecuada.

La problemática de la salud en Antioquia tiene un trasfondo que pudiera ser motivo de otros análisis e investigaciones que no se tuvieron en cuenta en esta reflexión, al ser un problema de múltiples variables, actores y condiciones es susceptible de profundizar, ampliar y debatir por diferentes instituciones y especialistas en el tema. Proyectos como: Así Vamos en Salud, una iniciativa de la Fundación Corona, la Fundación Santa Fe de Bogotá, la Casa Editorial El Tiempo, la Universidad de Antioquia, la Universidad del Rosario y la Fundación Saldarriaga Concha, cumplen con el objetivo de movilizar el debate público sobre uno de los temas claves del sector y fundamentales para una mejor calidad de vida y una mayor equidad entre los colombianos al mostrar y analizar indicadores actualizados sobre la evolución del sector en materia de cobertura, financiamiento, acceso, calidad y estado de salud, entre otras cosas⁷.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Antioquia Dirección Seccional de Salud de Antioquia DSSA [página web en internet]. Medellín: DSSA; c2000-01 [actualizada 2006 Feb 7; citada 2006 Ago 23]. Mortalidad Indicadores Macroproblema Departamento de Antioquia 1994-2003; [cerca de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/evitables/evitables.htm>.
2. Vélez C. Colombia poverty report. [monografía en Internet]. Bogotá D.C.: World Bank; 2002 [citada 2006 Sep 12]. Disponible en: <http://povlibrary.worldbank.org/library/view/11138>.
3. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based, competition on results. Boston: Harvard Business School Publishing; 2006.
4. Reason J. Human error. Washington : Cambridge University Press; 2006

5. La rentabilidad esta asociada con la calidad. Infopyme. 1999 Oct [citada 2006 Sep 12]; 2: [cerca de 3 p.]. Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/pyme/esp/infopyme/archive/octubre99/october99.pdf>.

6. Resultados de los análisis de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal y de la sífilis congénita en el departamento de Antioquia.

7. Así vamos en salud [página en internet]. Bogotá: Fundación Corona; [actualizada 2007 Febrero 10; citada 2006 Oct. 23]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/>.

La mortalidad materna en el departamento de Antioquia. Años 2004 y 2005

*Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Gladis Adriana Vélez Álvarez
John Jairo Zuleta Tobón*

En este capítulo se exponen los resultados de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia durante los años 2004 y 2005. Se adoptó para el análisis de los casos la definición de muerte materna de la OMS¹. Los casos aquí analizados se obtuvieron de la notificación obligatoria que las instituciones de salud hicieron al SIVIGILA, de la confirmación de los reportes verbales y de la revisión de todos los certificados de defunción de mujeres fallecidas en el Departamento con edades entre los 10 y 50 años. Las razones de mortalidad materna se presentan por 100.000 nacidos vivos. Para el análisis de los casos se hizo una descripción de las principales características sociodemográficas, del entorno familiar de la materna y de los principales factores determinantes de la muerte.

El modelo de análisis que se empleó fue el Camino para la Supervivencia a la Muerte Materna, propuesto por la OPS². En cada caso se solicitó la totalidad de la historia clínica y se realizó una autopsia verbal a los familiares de la mujer fallecida. Con la información anterior un comité externo de expertos analizó cada caso: determinó las causas de muerte, si se trató de una muerte materna directa o indirecta; determinó la evitabilidad y obtuvo la lista de factores determinantes para cada caso.

El propósito de este capítulo es servir de fuente de consulta para cualquier persona o entidad interesada en la salud pública materna.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Las razones de mortalidad materna se calcularon dividiendo el número de muertes maternas de mujeres residentes en el departamento de Antioquia, ocurridas entre enero y diciembre de cada año, por el número de nacidos vivos de mujeres residentes en este departamento en el año 2005 reportados por la DSSA³.

El número de muertes maternas podrá variar con respecto a las que en un futuro sean publicadas por el DANE, pues aunque se hizo una búsqueda exhaustiva de los casos, puede ocurrir que mujeres residentes en Antioquia hayan fallecido en otros departamentos y, por consiguiente, no fueron captadas por nuestro sistema de vigilancia epidemiológica.

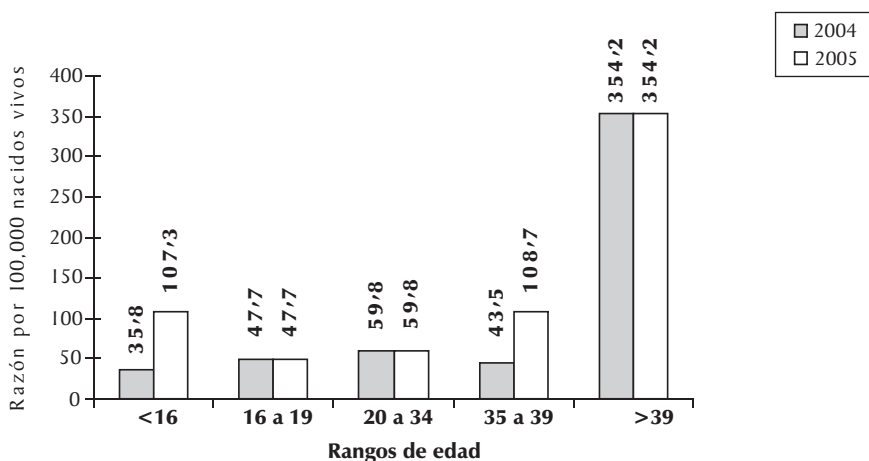
En el departamento de Antioquia ocurrieron 56 muertes maternas durante el año 2004 y 64 en el 2005, de las cuales 9 en el 2004 y 14 en el 2005 ocurrieron en la ciudad de Medellín. Las razones globales de mortalidad materna para el departamento fueron de 59,5 (2004) y de 68 (2005) por 100.000 nacidos vivos. Si excluimos la ciudad de Medellín las razones de mortalidad serían de 78,4 y de 84 para el 2004 y 2005 respectivamente. Las razones de mortalidad de las muertes maternas directas fueron de 48,1 y de 46 para estos dos años.

Tabla 4.1 Distribución de la mortalidad materna por rangos de edad. Antioquia años 2004-2005.

Edad	Año 2004		Año 2005	
	Nro.	%	Nro.	%
15 años o menos	1	1,8	3	4,7
16 a 19 años	9	16,1	9	14,1
20 a 34 años	36	64,3	36	56,3
35 a 39 años	4	7,1	10	15,6
40 o más años	6	10,7	6	9,4
Total	56	100	64	100

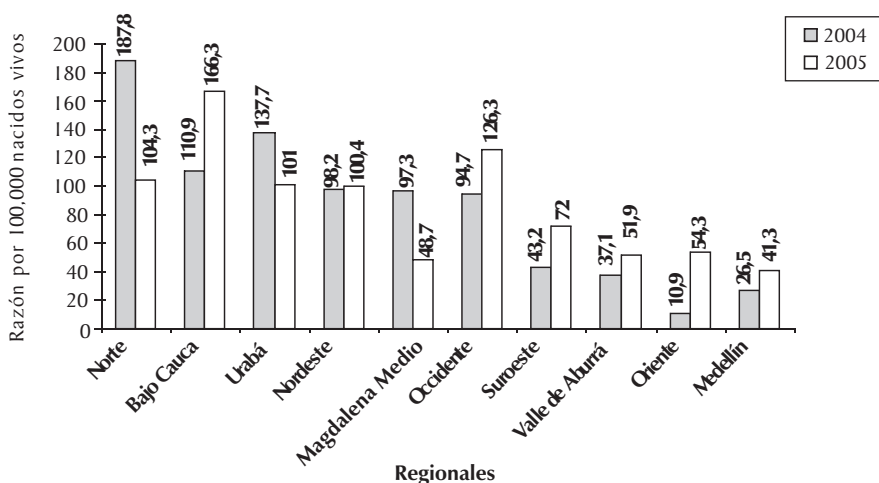
Como puede observarse en la tabla 4.1, la distribución por rangos de edad es muy similar para los dos años y muestra el mayor número de muertes en el rango de edad entre los 20 a 34 años, que es el rango donde más se embarazan las mujeres.

Gráfico 4.1 Razones de mortalidad materna según rangos de edad. Antioquia 2004-2005



En el gráfico 4.1 puede observarse como la razón de mortalidad materna es mayor en los extremos de la vida reproductiva, momentos en los cuales las mujeres usualmente no están buscando un embarazo. De hecho, en este estudio el 26% de las mujeres que fallecieron en el año 2004 y el 34% en el 2005 no estaban buscando una gestación. Esta situación refleja, entre otras, las graves deficiencias, detectadas previamente, en los programas y actividades de planificación familiar⁴.

Gráfico 4.2 Razones de mortalidad materna por regiones. Antioquia 2004 - 2005.

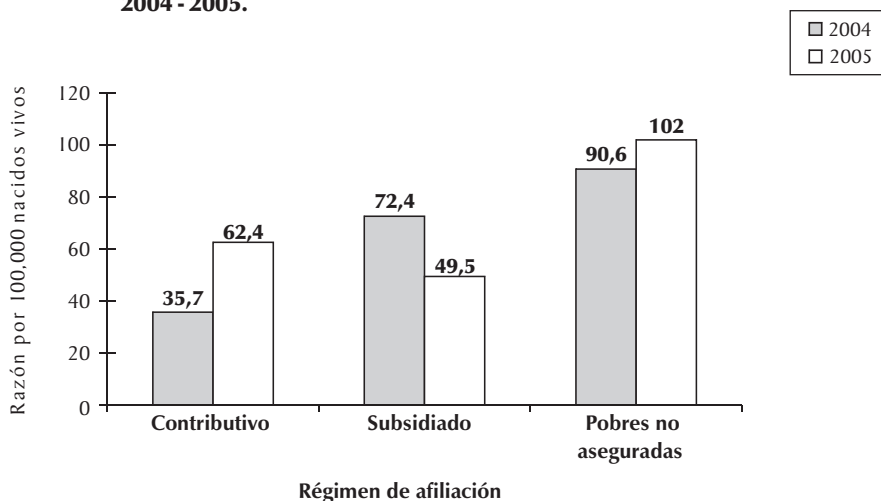


El gráfico 4.2 muestra un comportamiento muy desigual en el departamento, con regiones críticas como Norte, Bajo Cauca y Urabá y solamente cuatro regiones que presentan, durante los dos años, razones de mortalidad por debajo del promedio del departamento: Suroeste, Valle de Aburrá, Medellín y Oriente.

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

La distribución de la mortalidad materna según el régimen de seguridad social a la cual estaban afiliadas las mujeres fue la siguiente: 12 mujeres (21,4%) en el 2004 y 21 (32,8%) en el 2005 pertenecían al régimen contributivo, 19 (33,9%) y 13 (20,3%) al subsidiado y 24 (42,9%) y 27 mujeres (42,2%) eran pobres no aseguradas. En 1 caso (1,8%) en el 2004 y en 3 (4,7%) en el 2005, no se logró obtener este dato. La tabla 4.2 muestra la distribución de acuerdo a la EPS o ARS a la que estaban afiliadas las mujeres y el gráfico 4.3, muestra las razones de mortalidad según el régimen de seguridad social.

Gráfico 4.3 Razón de mortalidad materna según régimen de afiliación. Antioquia 2004 - 2005.



Según el gráfico 4.3, la razón de mortalidad más alta es la de las mujeres pobres no aseguradas, lo cual no es de extrañar debido a que ésta es la franja de la población más pobre y que no está afiliada al SGSSS.

Tabla 4.2 Mortalidad materna según régimen de seguridad social. Antioquia 2004 2005.

Administradora	Contributivo		Subsidiado		Pobres no asegurada		Sin dato		Total	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Asociación Indígena del Cauca (AIC)	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Cafesalud	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Caprecom	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Comfamiliar Camacol	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Comfama	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Comfenalco	0	1	2	3	0	0	0	0	2	4
Coomeva EPS	6	4	0	0	0	0	0	0	6	4
Coosalud	0	0	2	3	0	0	0	0	2	3
Cruz Blanca	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Cuarta Brigada	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Emdisalud	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Emp. Social de Salud	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
F. Médico Preventiva	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Humana Vivir	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
No pertinente	0	0	0	0	25	28	0	0	25	28
Policía	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Saludcoop	5	3	0	0	0	0	0	0	5	3
Sanitas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Seguro Social	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
Solsalud	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Susalud EPS	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Sin dato	0	0	0	2	0	0	1	3	1	5
Total	17	21	13	12	25	28	1	3	56	65

ÁREA DE RESIDENCIA

Los gráficos 3.4 y 3.5 muestran la distribución según el área de residencia y la razón de mortalidad.

Gráfico 4.4 Distribución mortalidad materna según el área de residencia. Antioquia 2004-2005.

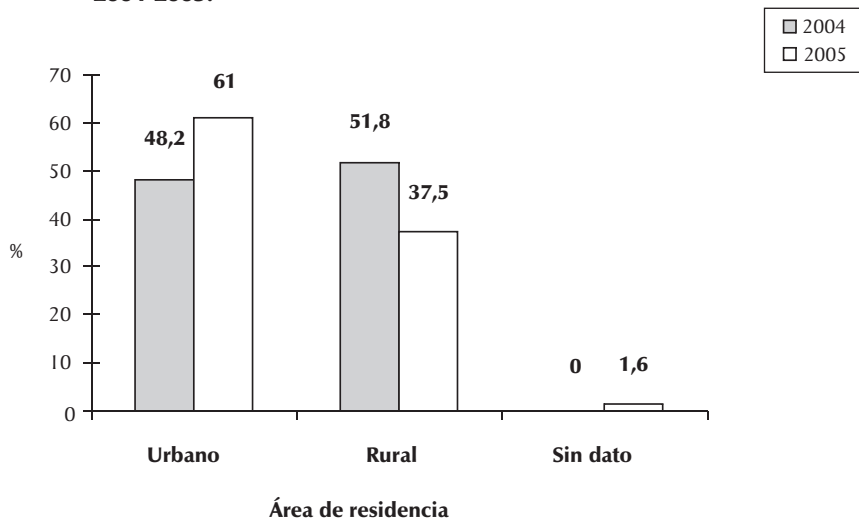
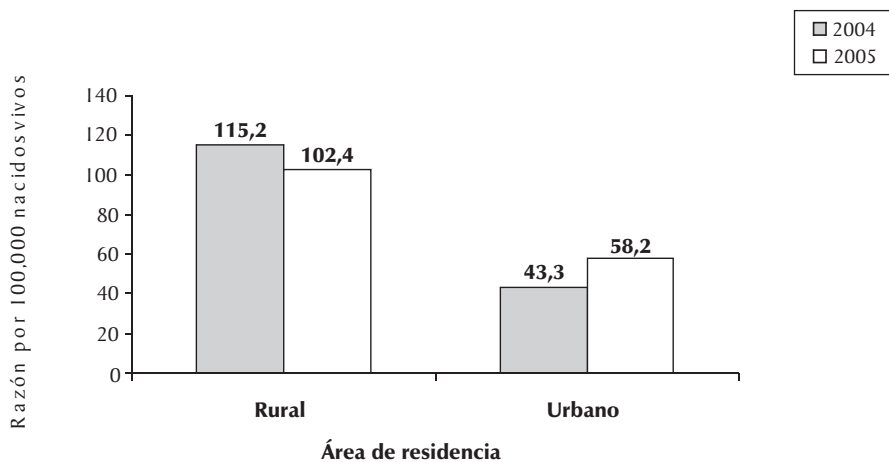


Gráfico 4.5 Razón de mortalidad materna según área de residencia. Antioquia 2004-2005.



A pesar de que la proporción de muertes maternas por área de residencia es más o menos similar para ambos años, las mujeres del área rural tienen casi el doble de riesgo de morir durante la gestación y el parto, que las que residen en el área urbana. Este hallazgo se puede explicar, entre otras causas, por el menor nivel socioeconómico, los problemas geográficos en el acceso a los servicios de salud y la menor escolaridad de las mujeres del área rural, hechos que influyen directamente en la toma oportuna de decisiones para acudir a los servicios de salud.

Gráfico 4.6 Distribución según número de gestaciones. Mortalidad materna en Antioquia 2004-2005.

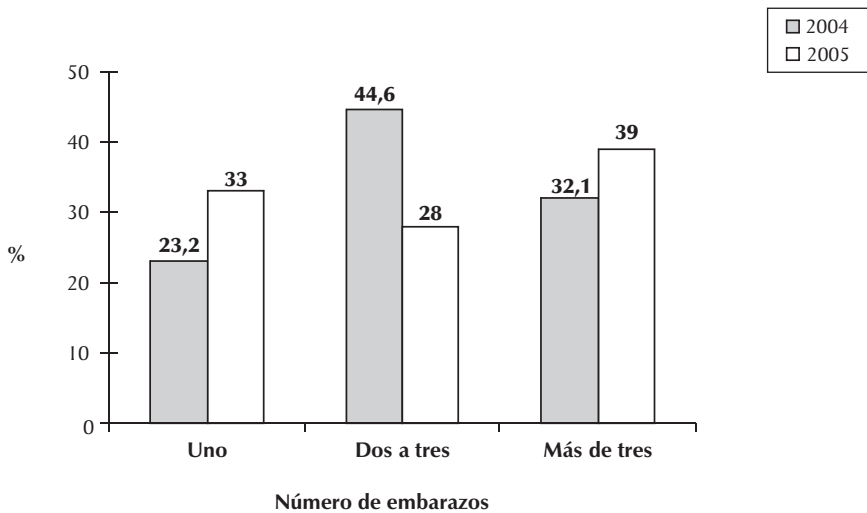
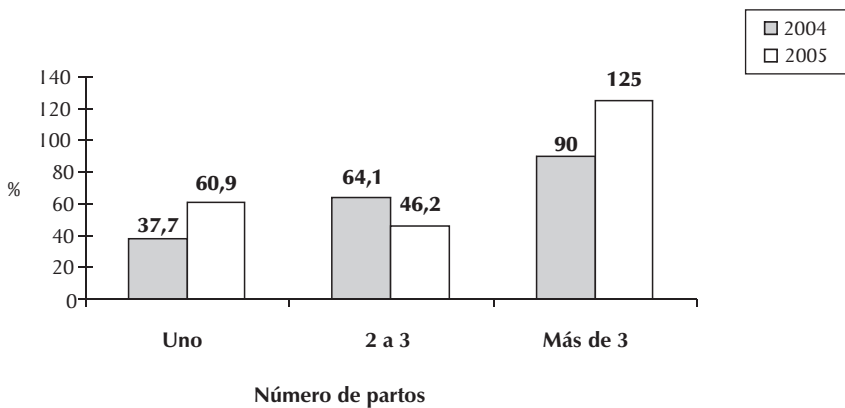


Gráfico 4.7 Razón de mortalidad materna según paridad. Antioquia 2004-2005.



Las mujeres que más riesgo tuvieron de morir fueron las que tenían más de tres partos. Esto puede reflejar la falta o inadecuado funcionamiento de los programas de promoción y prevención y planificación familiar, pues usualmente las mujeres multíparas, en términos generales, ya tienen satisfecha su paridad y no desean un nuevo embarazo.

CONTROL PRENATAL

El 66% (37) de las mujeres en el año 2004 y el 82,1% (53) en el 2005 realizaron control prenatal. En el año 2004, 18 mujeres (32%) y en el 2005 11 (17,1%) no lo realizaron. La tabla 4.3 muestra la distribución según la realización o no de control prenatal de acuerdo al régimen de seguridad social.

Tabla 4.3 Distribución de la mortalidad materna de acuerdo a la realización o no del control prenatal y según el régimen de afiliación. Antioquia 2004-2005.

		Contributivo		Subsidiado		Pobres no aseguradas		Sin dato	
		Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Control prenatal 2004	No	2	17	8	42	8	33	0	0
	Si	10	83	11	58	16	67	1	100
	Total 2004	12	100	19	100	24	100	1	100
Control prenatal 2005	No	3	14,3	3	23	5	18,5	0	0
	Si	18	85,7	10	76,9	22	81,4	3	100
	Total 2005	21	100	13	100	27	100	3	100

Llama la atención que un porcentaje importante de mujeres en ambos años no realizaron control prenatal. Estos porcentajes son superiores a los publicados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)⁵, donde en el año 2005 solo el 6% de las embarazadas en Colombia no recibieron atención prenatal por el sistema de salud.

ESCOLARIDAD

El gráfico 4.8 muestra la distribución de las mujeres según la escolaridad. No fue posible obtener información para 3 casos en el 2004 y para 8 en el 2005. El gráfico 4.9 muestra la razón de mortalidad según la escolaridad.

Gráfico 4.8 Distribución de la mortalidad materna según nivel de escolaridad. Antioquia 2004-2005.

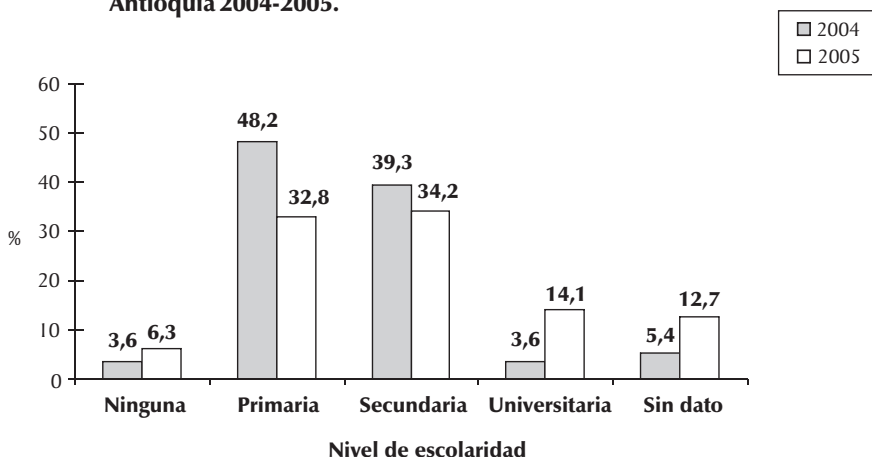
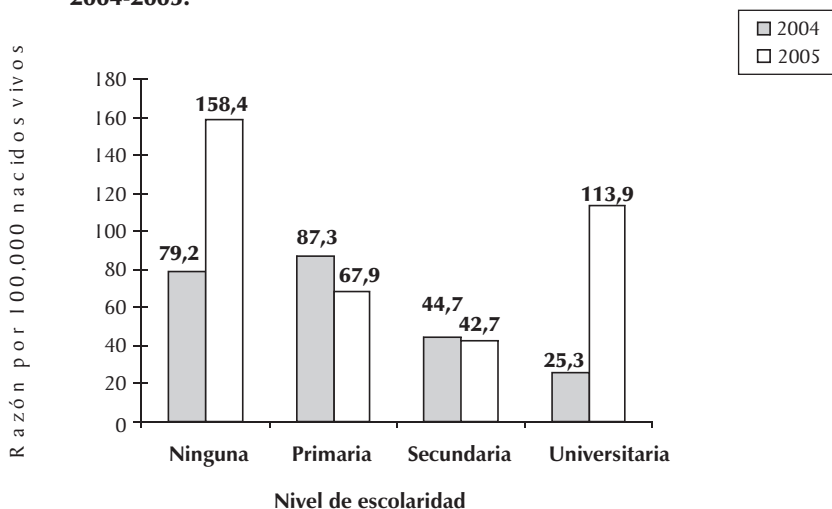
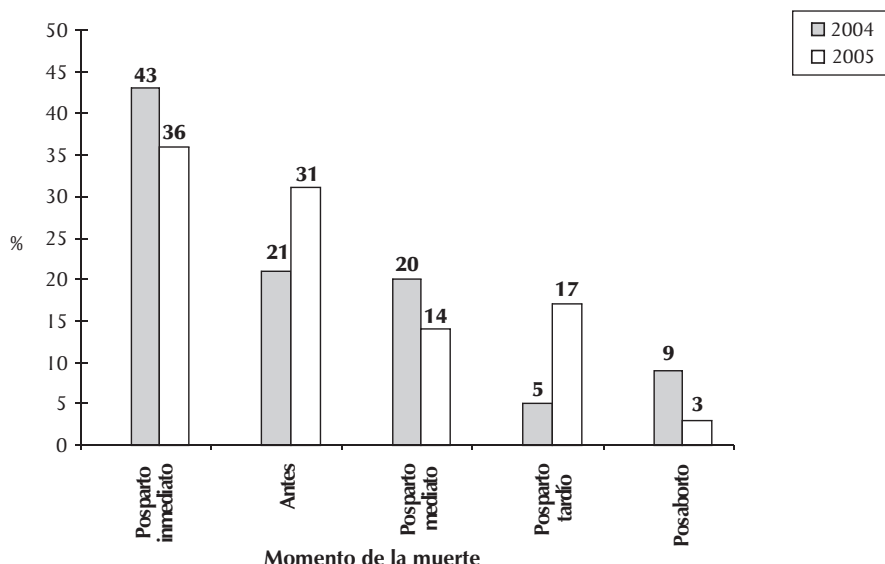


Gráfico 4.9 Razón de mortalidad materna según nivel de escolaridad. Antioquia 2004-2005.



La mayoría de las mujeres fallecidas durante los dos años tenían algún grado de escolaridad. Sin embargo, las razones de mortalidad tienden a aumentar a medida que disminuye la escolaridad. No obstante, en el año 2005 hubo un comportamiento atípico en el grupo de universitarias, quizás producto del azar. Ver gráfico 4.9.

Gráfico 4.10 Distribución de la mortalidad materna según momento de la muerte con relación al parto. Antioquia 2004-2005.



MOMENTO DE LA MUERTE

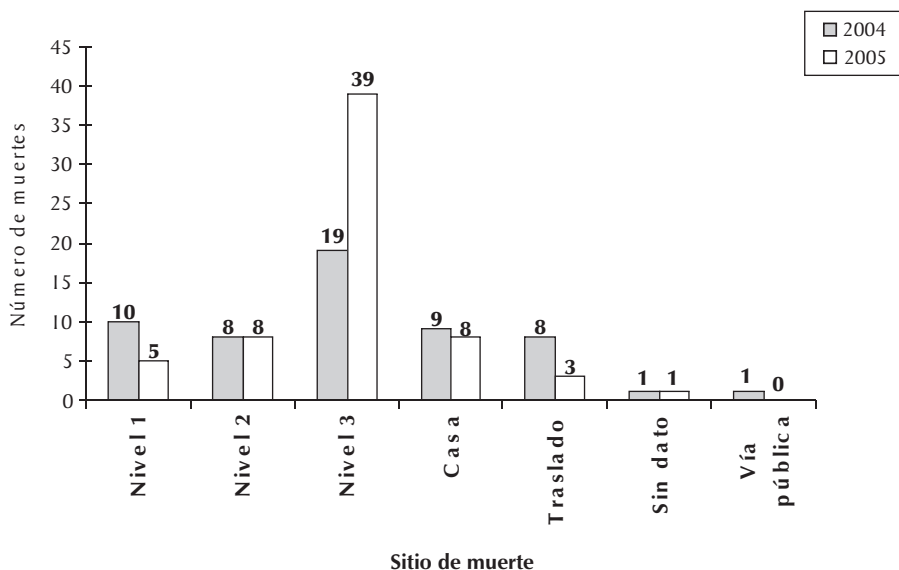
El posparto inmediato se definió hasta las primeras 24 horas después del parto, el mediano hasta los 7 días y el tardío hasta los 42 días. La mayoría de las muertes maternas ocurrieron en el posparto inmediato, período en que la mayoría de las mujeres estaban al cuidado de algún servicio de salud. Esto indirectamente evidenció deficiencias en la calidad de la atención en el cuidado del trabajo de parto, posparto y puerperio. Ver gráfico 4.10.

TIPO DE PARTO

En el año 2004, 19 mujeres (33,9%) fallecieron después de una cesárea y 24 (42,9%) después de parto vaginal. De éstos, 9 (37,4%) fueron atendidos en la casa, 3 por partera y 6 por otras personas. En el 2005, 17 mujeres (26,6%) fallecieron después

de cesárea y 27 (42,2%) después de parto vaginal. 8 (29,6%) de los partos vaginales fueron domiciliarios: 4 atendidos por partera y los 4 restantes por otra persona. Con relación al total de las muertes, el porcentaje de partos domiciliarios fue de 16% en el 2004 y 12,5% en el 2005.

Gráfico 4.11 Distribución de la mortalidad materna según el sitio de la muerte. Antioquia 2004-2005.



Vale la pena resaltar el aumento en el número de mujeres que fallecieron en el tercer nivel de asistencia: 33,9% en 2004 en contraste con 60,3% en el 2005, lo que indica una mayor remisión de pacientes al nivel superior de atención.

CLASIFICACIÓN DE LAS MUERTES

A pesar que el porcentaje de muertes maternas directas bajó del 78,5% en el año 2004 al 67% en el año 2005, el número absoluto de muertes permaneció, en términos generales, estable: 44 muertes para el año 2004 y 43 para el 2005. Esto implica necesariamente un aumento en el número de muertes maternas indirectas durante el año 2005: 8 mujeres en el 2004 y 21 en el 2005. En 4 casos en el año 2004 no se pudo definir la causa de la muerte y no fue posible clasificar si fue directa o indirecta.

Tabla 4.4 Distribución de la mortalidad materna según el sitio de muerte y régimen de seguridad social. Antioquia 2004-2005.

Año	Contributivo						Subsidiado						Pobres no aseguradas						Sin dato						Total					
	2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%		
Casa	1	8	1	4,8	5	26	1	7,3	3	12	5	17,8	0	0	1	33,3	9	16	8	12,5										
Nivel 1	2	17	0	0	4	21	0	0	4	16	5	17,8	0	0	0	0	10	17,8	5	7,8										
Nivel 2	2	17	0	0	2	11	2	15,3	4	16	5	17,8	0	0	1	33,3	8	14,2	8	12,5										
Nivel 3	6	50	19	90	8	42	8	69	5	20	1	42,8	0	0	0	0	19	33,9	39	60,3										
Traslado	1	8	1	14,8	0	0	0	7,3	7	28	1	3,5	0	0	0	0	8	14,2	3	4,6										
Vía pública	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5										
Sin dato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	33,3	1	1,7	0	0										
Total	12		21		19		19		25		28		1		3		56		64											

Gráfico 4.12 Clasificación de las muertes maternas. Antioquia 2004-2005.

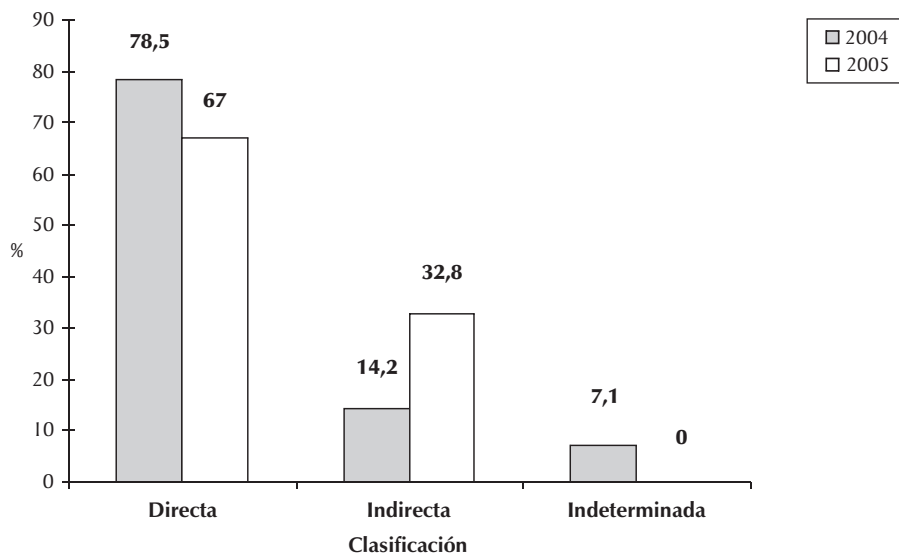
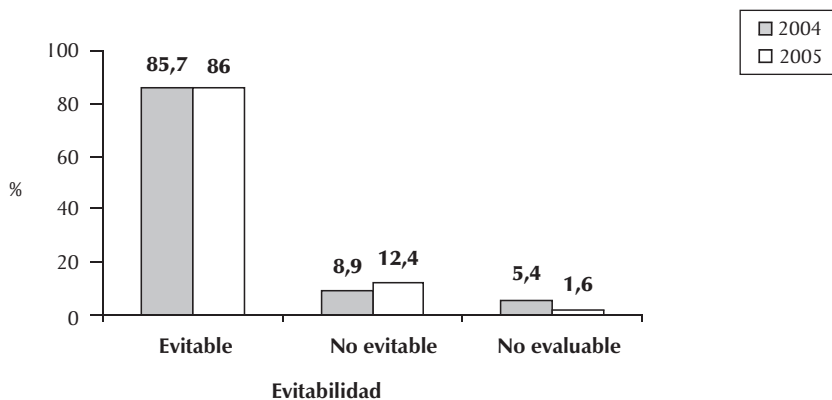


Gráfico 4.13 Distribución según evitabilidad. Mortalidad materna en Antioquia años 2004-2005.



EVITABILIDAD

La evitabilidad permaneció estable en los dos años, al igual que el número absoluto de muertes maternas directas. Sin embargo, no era de esperarse una variación sustancial de un año para otro. Este hecho enfatiza la necesidad de continuar realizando, por parte del Departamento, la auditoria de la calidad de los servicios que se prestan a la población materno-infantil.

CAUSA BÁSICA DE MUERTE

De las 44 muertes maternas directas ocurridas en el año 2004, 23 (52,2%) fueron por causa de una hemorragia obstétrica; 11 (25%) por un Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo (SHAE), de estas últimas, dos fueron eclampsia; hubo 5 casos (11,3%) de trombo embolismo pulmonar (TEP), 2 se debieron a una infección obstétrica, 2 fueron consecuencia de un aborto inducido y 1 fue por un parto obstruido.

Las muertes maternas indirectas fueron 8: 3 por causa de cardiopatías, de las cuales 2 fueron congénitas y 1 periparto; 1 por trastorno de coagulación; 1 por vólvulos intestinal; otra por pielonefritis; 1 más por malaria y hubo un caso en el cual no se pudo definir la causa básica de muerte, pero por los datos que se evidenciaron en la historia clínica, se pudo clasificar como indirecta.

Para el año 2005, aunque disminuyeron las muertes por hemorragia, el perfil general de la mortalidad fue muy similar al del 2004. La hemorragia obstétrica continuó en primer lugar con 18 casos (41,8%). El segundo lugar fue para el SHAE con 12 casos (27,9%), y de estos, 8 fueron por eclampsia. Hubo 8 casos (18,6%) de fenómenos tromboembólicos, 5 de tromboembolismo pulmonar, 2 trombosis de los senos venosos cerebrales, 1 posible embolismo de líquido amniótico, 2 muertes por aborto inducido, 2 por infección obstétrica y 1 muerte por parto obstruido.

Las 21 muertes maternas indirectas se distribuyeron así: 2 por cardiopatía congénita; 4 de origen infeccioso: 2 por neumonía y 2 por sepsis de origen abdominal; 1 de ellas por apendicitis; 2 por Lupus Eritematoso Sistémico (LES); 2 por cáncer: 1 con cáncer de mama y la otra con cáncer de cérvix; 2 mujeres fallecieron por accidentes cerebrovasculares. Otros diagnósticos fueron: (cada uno con una mujer) valvulopatía reumática, hipertensión maligna, SIDA, cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy^a (CADASIL), encefalitis, cardiomiopatía periparto y una arritmia ventricular y en 2 casos no se logró definir la causa básica de muerte.

^aArteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía

Gráfico 4.14 Distribución mortalidad materna según causa básica de muerte. Antioquia año 2004.

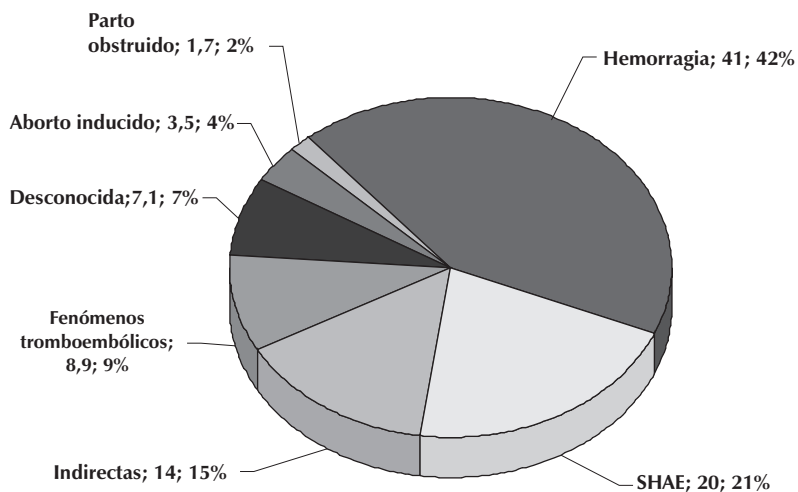


Gráfico 4.15 Distribución mortalidad materna según causa básica de muerte. Antioquia 2005.

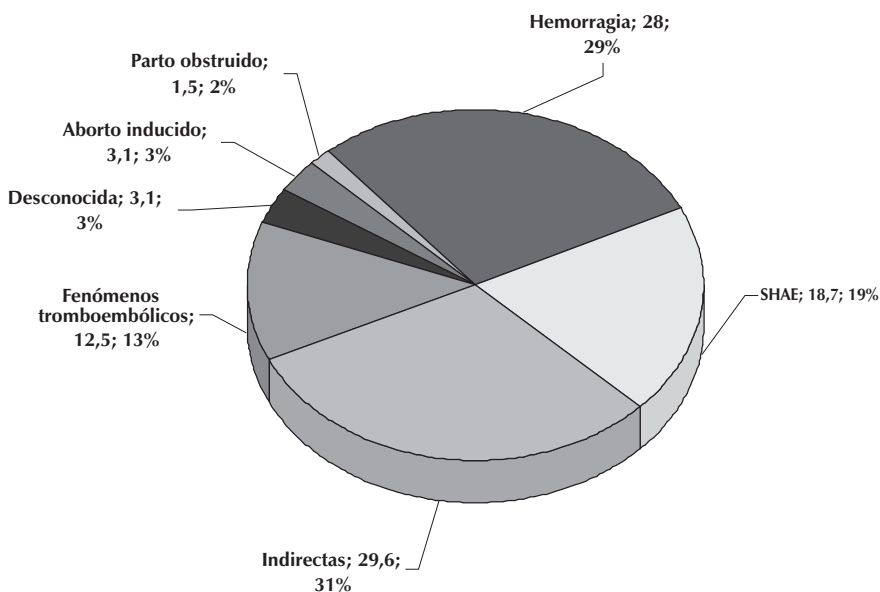
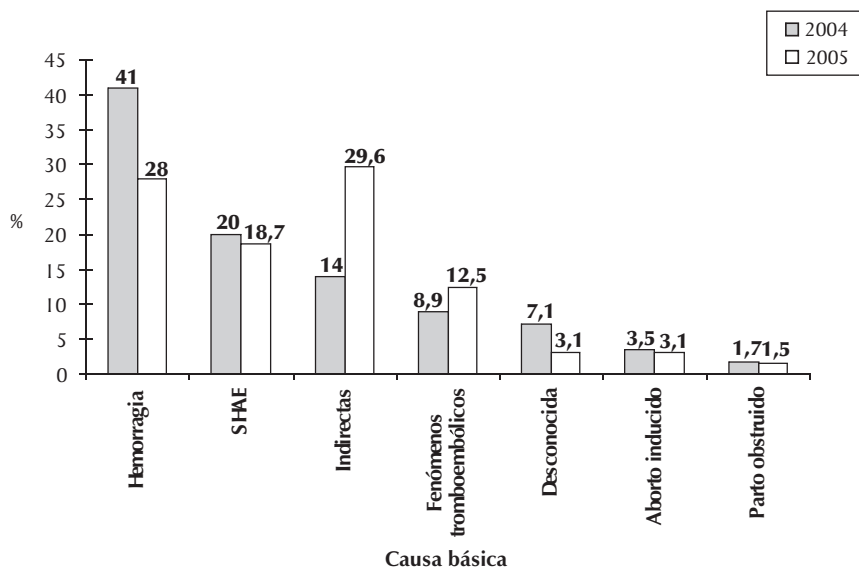


Gráfico 4.16 Distribución mortalidad materna según causa básica de muerte. Antioquia 2004 - 2005.



Como se puede observar en los gráficos 3.14 y 3.15 la hemorragia obstétrica y el SHAE son las causantes de la mayoría de las muertes maternas. Por consiguiente, los esfuerzos deben dedicarse a resolver los problemas identificados con estas dos enfermedades, que para la medicina moderna ya están resueltos.

La tabla 4.5 muestra la evitabilidad de las muertes distribuidas según la causa básica de muerte. En 3 muertes de causa desconocida, aunque no se pudo determinar la causa básica, pues la muerte fue súbita, se clasificaron como no evitables.

Tabla 4.5 Distribución mortalidad materna según evitabilidad de acuerdo a la causa básica de muerte. Antioquia 2004-2005.

Causa básica	No evitable		Evitable		No pertinente		Total	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Aborto séptico	0	0	2	2	0	0	2	2
Desconocida	2	1	0	0	2	1	4	2
F. tromboembólicos	1	2	4	6	0	0	5	8
Hemorragia obstétrica	0	0	23	18	0	0	23	18
Indirecta	3	4	5	15	0	0	8	19
Infección obstétrica	0	0	2	2	0	0	2	2
Parto obstruido	0	0	1	1	0	0	1	1
SHAE	0	1	11	11	0	0	11	12
Total	6	8	48	55	2	2	56	64

ANÁLISIS DE LOS RETRASOS QUE FAVORECEN LA MUERTE MATERNA

Los gráficos 3.17, 3.18, 3.19, y 3.20 muestran en porcentaje, según régimen de afiliación, el peso que tuvo cada uno de los retrasos para los casos analizados en el departamento. La suma supera el 100% porque una mujer puede tener más de un retraso.

Gráfico 4.17 Mortalidad materna según tipo de retrasos. Antioquia 2004-2005.

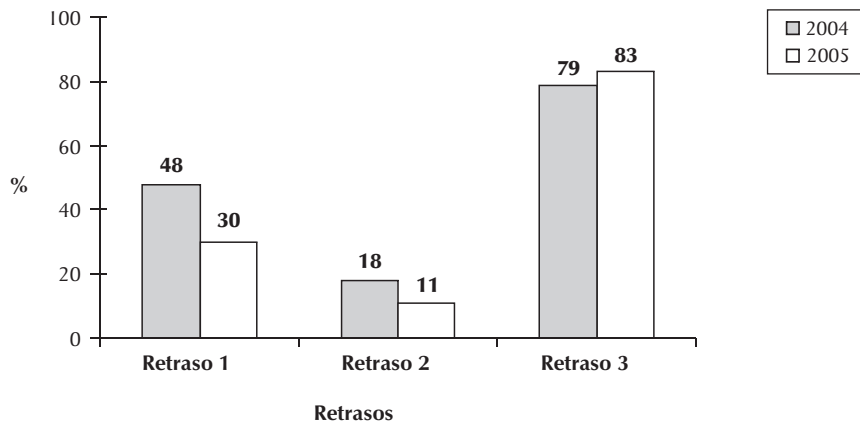


Gráfico 4.18 Distribución de la mortalidad materna según retraso 1 y régimen de seguridad social. Antioquia 2004-2005.

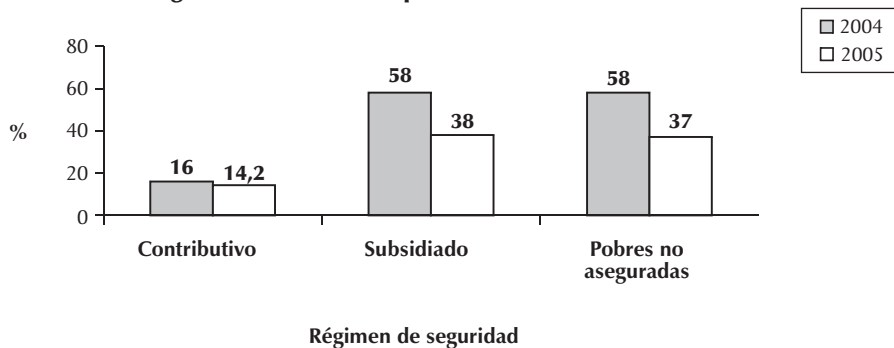


Gráfico 4.19 Distribución de la mortalidad materna según retraso 2 y régimen de seguridad social. Antioquia 2004-2005.

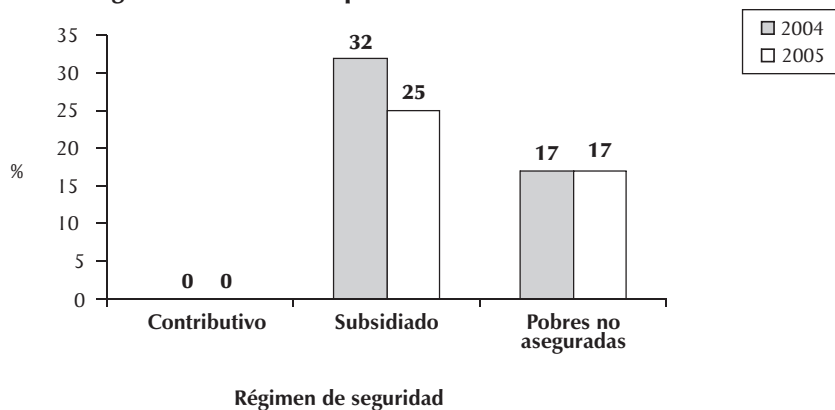
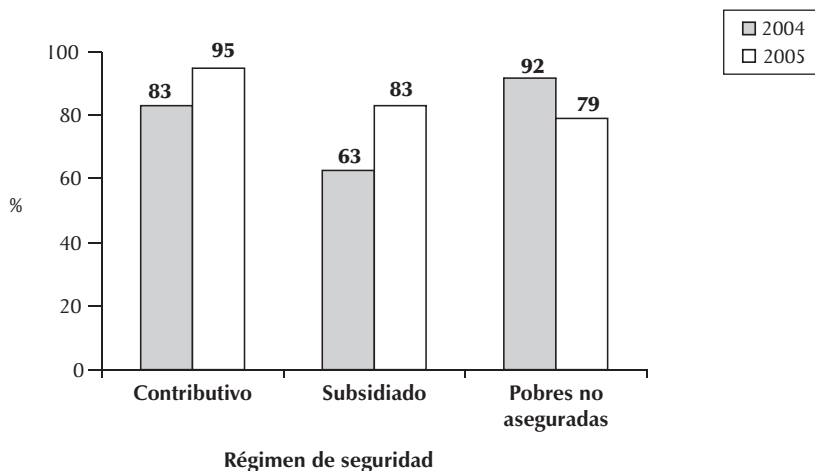


Gráfico 4.20 Distribución de la mortalidad materna según retraso 3 y régimen de seguridad social. Antioquia 2004-2005.



Los retrasos 1 y 2 se presentan con mayor frecuencia en la población subsidiada y en la pobre no asegurada, lo que es coherente con las menores condiciones socioeconómicas de estas poblaciones en particular. El retraso 3, que es el más frecuente de todos, es común para los tres regímenes, debido a que los problemas de calidad afectan a las instituciones de salud donde consultan todas las pacientes, independientemente del régimen al que pertenezcan.

Las categorías más frecuentes detectadas en cada retraso son:

Retraso 1: no reconocimiento de los riesgos de la gestación, prácticas culturales inadecuadas, no reconocimiento de los signos y síntomas de alarma durante la gestación, actitud negativa hacia la planificación familiar, desconocimiento de los derechos dentro del SGSSS y dificultades económicas que impiden la toma de la decisión de consultar.

Retraso 2: la falta de infraestructura vial y el vivir en áreas de acceso geográfico difícil.

Retraso 3: valoración inadecuada por parte del personal de la salud, intervenciones y/o conductas inadecuadas, subvaloración de los cuadros clínicos, dificultades para los traslados entre instituciones de salud, barreras administrativas que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud, nivel de atención inadecuado para la atención de la mujer, falta o dificultades en el suministro de hemoderivados, dificultades con la

realización y la interpretación de exámenes de laboratorio y falta de trabajo en equipo que propicia retrasos en la toma de decisiones médico quirúrgicas.

Estos hallazgos ponen de manifiesto que la calidad es un tema central que hay que abordar prioritariamente si se quieren reducir las muertes maternas en el departamento de Antioquia.

CONCLUSIONES

En número absoluto la mayoría de las muertes maternas se presentaron en el grupo de edad de 20 a 34 años. Sin embargo, el riesgo de morir a consecuencia de una gestación es mayor en los extremos de la vida: mujeres menores de 16 años y mayores de 34.

Las regionales del departamento con las razones de mortalidad más altas son el Norte, Bajo Cauca y Urabá y las regionales de Suroeste, Valle de Aburrá, Medellín y Oriente tienen las razones más bajas.

El riesgo de morir a consecuencia de una gestación aumentó si la mujer pertenecía al régimen subsidiado o si no estaba afiliada al SGSSS.

Aproximadamente la mitad de las mujeres fallecidas en ambos años eran del área rural. Así mismo, las mujeres con mayor riesgo de morir fueron las que tuvieron más de tres hijos y menor escolaridad.

El 28,5% de la mujeres en el año 2004 y el 17% en el 2005 no realizaron control prenatal.

La mayoría de las mujeres fallecieron en el posparto inmediato, momento en que usualmente están al cuidado del personal asistencial.

La mayoría de las mujeres murieron en un tercer nivel de atención, pero la mayoría de las que murieron en casa eran no afiliadas al SGSSS.

La mayoría de las muertes maternas en ambos años se consideraron directas y evitables, en otras palabras, eran mujeres sanas que fallecieron a consecuencia de la gestación y el parto.

Las principales causas básicas de muerte son la hemorragia y el SHAE, situación que implica un retroceso en la estructura de la mortalidad materna para el departamento. El retraso más frecuente en los casos de muerte materna es el retraso 3, que además afecta por igual a todos los regímenes de salud. Los retrasos 1 y 2 afectaron principalmente a las mujeres que pertenecían al régimen subsidiado y a las mujeres no afiliadas al SGSSS.

RECOMENDACIONES

Hay que fortalecer los programas de planificación familiar en todo el departamento, con especial énfasis en las regiones más críticas, para evitar las gestaciones no deseadas en los extremos de la vida y por consiguiente evitar los riesgos de muerte por esta causa.

Las regiones más críticas del Departamento requieren una intervención especial en lo referente a la calidad de la atención que brindan las instituciones de salud, la elaboración de planes de mejoramiento y el seguimiento a los mismos.

Como el riesgo de morir aumenta con condiciones socioeconómicas deficientes (no estar vinculada al SGSSS, tener baja escolaridad, tener muchos hijos, vivir en el área rural), es necesario vincular a toda la población al SGSSS, como ya se inició en el departamento de Antioquia, establecer casas de paso para las gestantes que lo requieran y emprender acciones efectivas en promoción y prevención para intervenir inicialmente esta población.

La identificación y captación de mujeres embarazadas para el control prenatal es deficiente, pues entre el 17 y el 28,5% de las mujeres fallecidas no lo realizaron. La estrategia de los promotores de vida, recientemente adoptada por la DSSA, será posiblemente muy efectiva en este aspecto y permitirá la captación de mujeres imposibles de ubicar por otros métodos.

Es necesario impulsar y verificar el cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS como instrumento para combatir las muertes maternas directas, evitables y por retraso 3, que son la mayoría de las muertes maternas en el Departamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. International classification of diseases and related health problems, 10 th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. Berg C, Danel I, Mora, editores. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
3. Colombia. Antioquia Dirección Seccional de Salud de Antioquia DSSA [página web en internet]. Medellín : DSSA; c2000-01 [actualizada 2005 Marz 7;citada 2005 Mar 15]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/htm/index.htm> .
4. Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, mortalidad perinatal y de la sífilis congénita en el año 2005 y fortalecimiento de la capacidad operativa de las regiones en el tema. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005 Dic. Informe técnico nro. 3. Patrocinado por la Dirección Sección de Salud de Antioquia.
5. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia : resultados encuesta nacional de demografía y salud 2005. Bogotá D.C.: Profamilia; 2005.

Mortalidad materna por regiones del departamento de Antioquia. Años 2004 y 2005

*Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Gladis Adriana Vélez Álvarez
John Jairo Zuleta Tobón*

INTRODUCCIÓN

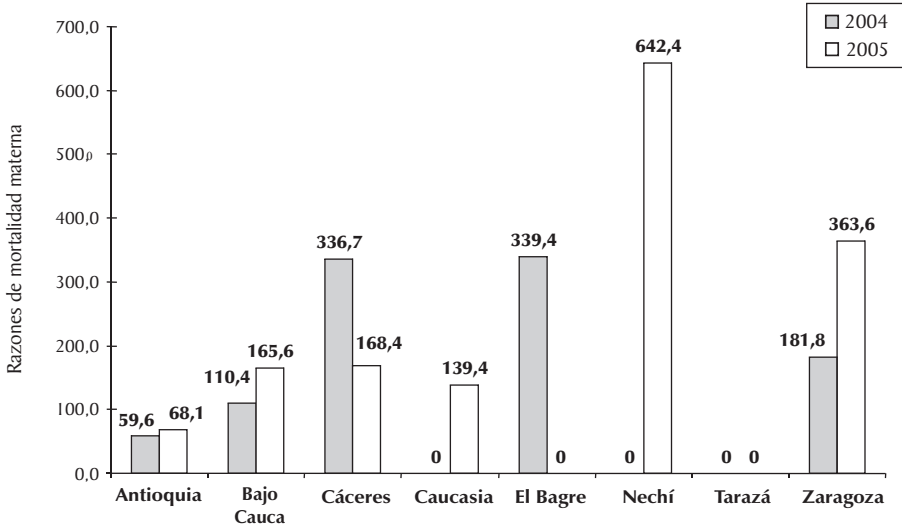
Este capítulo presenta de manera sencilla y ordenada las principales características sociodemográficas, clínicas y los factores determinantes de las muertes maternas en cada regional y municipio del Departamento de Antioquia durante los años 2004 y 2005. Los análisis de caso se hicieron con base en el sitio de residencia de las mujeres y teniendo en la cuenta los juicios emitidos por el comité de mortalidad materna departamental con base en las historias clínicas y las entrevistas domiciliarias de cada caso. Para el análisis se definió el posparto inmediato como las primeras 24 horas después del parto, el mediato entre 24 horas y 7 días y el tardío más de 7 días después del parto.

Las razones de mortalidad materna no necesariamente concordaran con las que emita el Departamento Nacional de Estadística (DANE), pues es factible que haya mujeres residentes en Antioquia que fallecieron en otros departamentos y por consiguiente no fueron captadas por nuestro sistema de vigilancia epidemiológica o muertes maternas que fueron descartadas luego del análisis de la información por el comité de vigilancia epidemiológica pero que en los certificados de defunción fueron reportadas como muertes maternas y el DANE las incluirá dentro de sus estadísticas.

La finalidad del capítulo es difundir los resultados y servir de fuente de consulta para las secretarías de salud municipal, la DSSA y para el Ministerio de la Protección Social, así como para personas interesadas en el tema.

REGIONAL BAJO CAUCA

Gráfica 5.1 Razones de mortalidad materna en los municipios de la región del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

Gráfica 5.2 Muertes maternas en la región del Bajo Cauca. Antioquia 2004 - 2005.

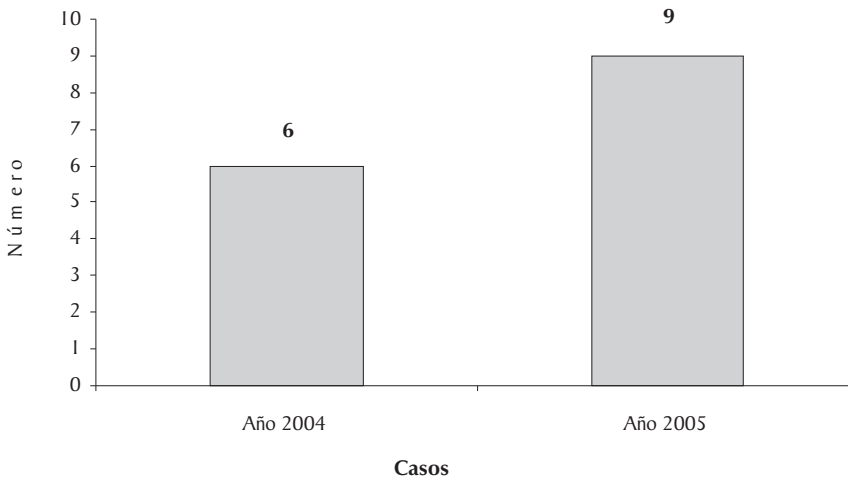
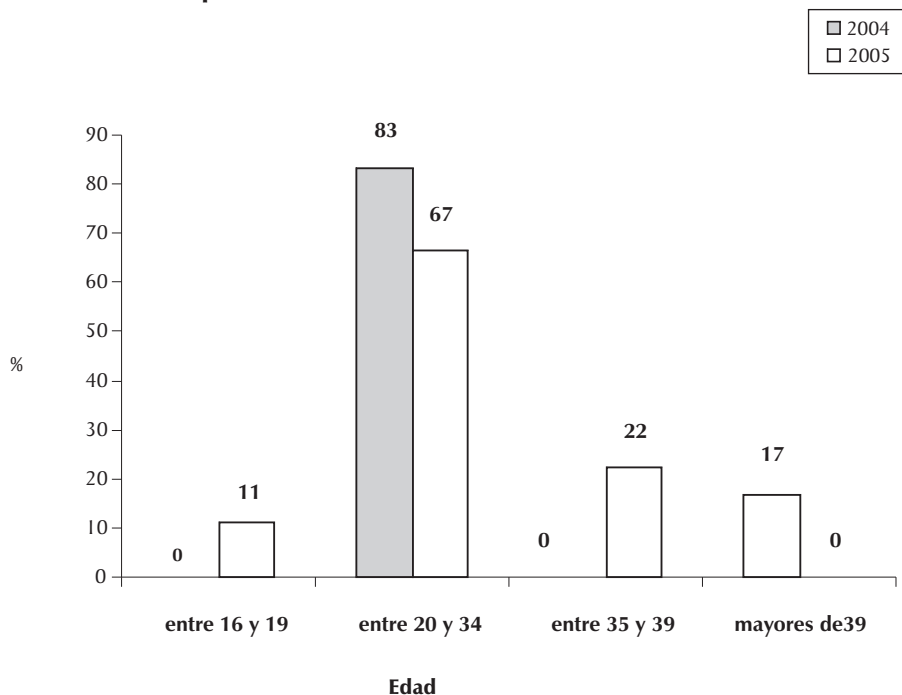
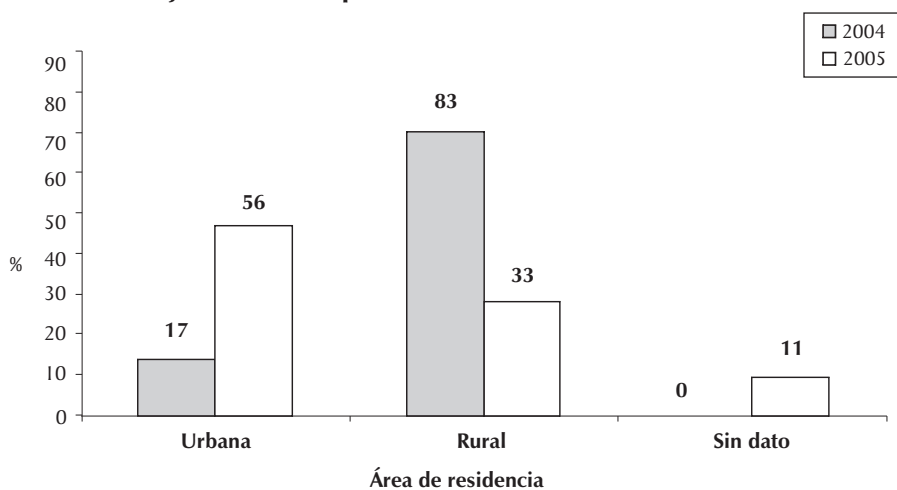


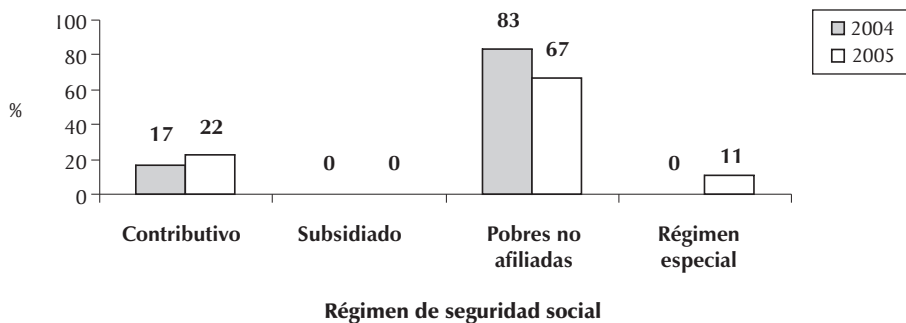
Gráfico 5.3 Muertes maternas por rangos de edad. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 - 2005.



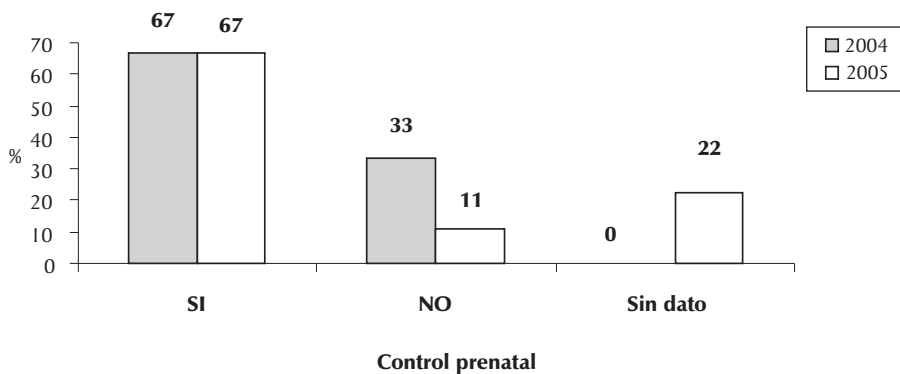
Gráfica 5.4 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 - 2005.



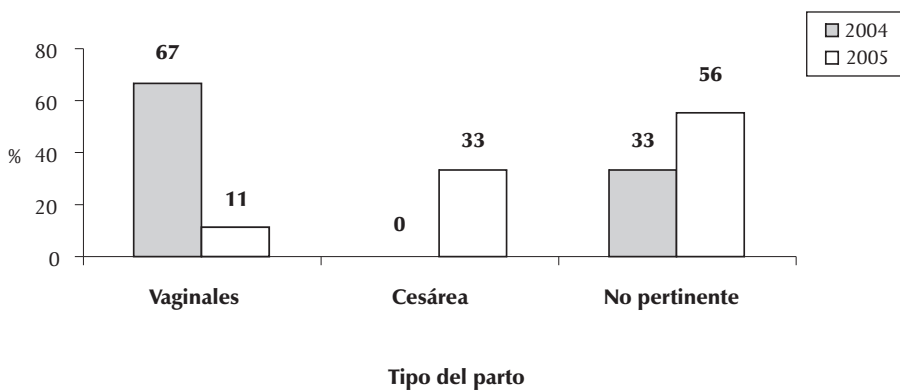
Gráfica 5.5 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



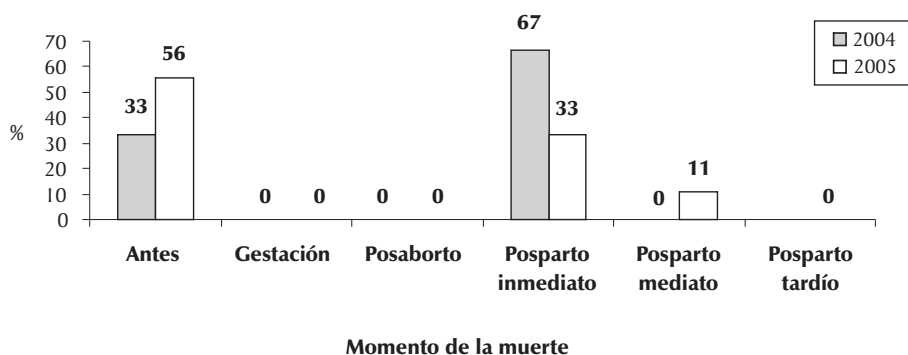
Gráfica 5.6 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 - 2005.



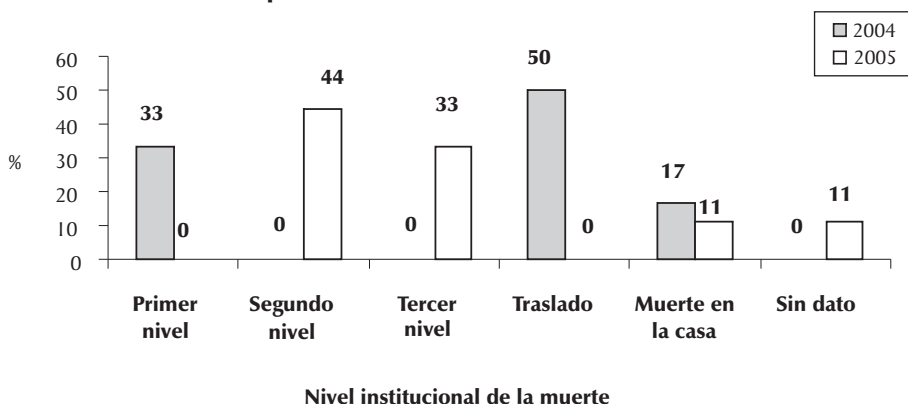
Gráfica 5.7 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 - 2005.



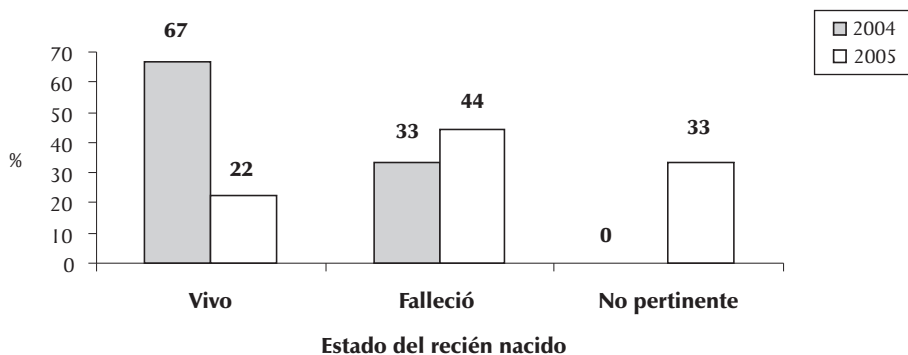
Gráfica 5.8 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



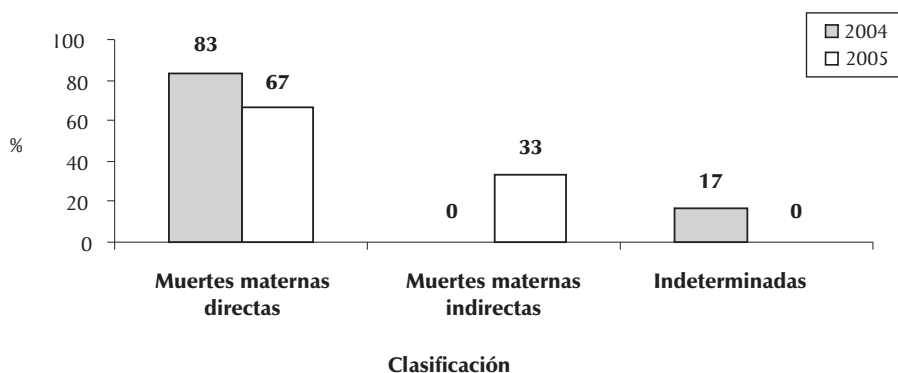
Grupo 5.9 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



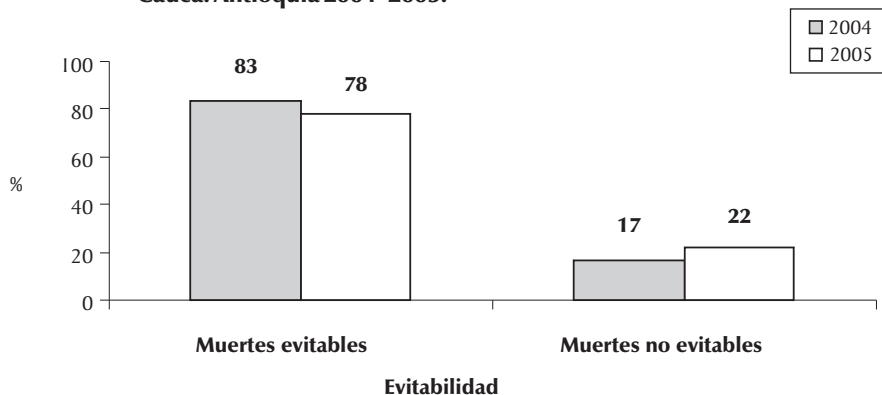
Gráfica 5.10 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



Grafica 5.11 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



Grafica 5.12 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.13 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.

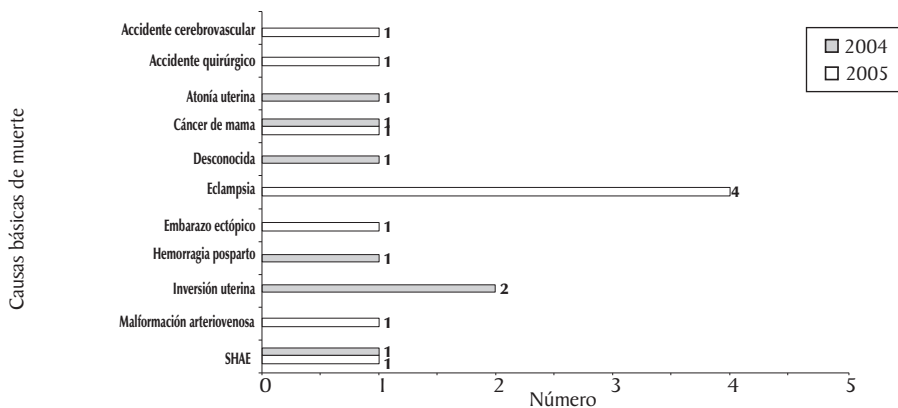


Tabla 5.1 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional del Bajo Cauca.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Cáceres	1	0	No reconoce riesgos del Embarazo
Ninguno	0	0	Prácticas culturales
Cáceres	1	0	No reconoció signos de alarma
El Bagre	1	0	
Cáceres	1	0	Actitud negativa planificación
Nechí	0	1	Desconocimiento derechos
Ninguno	0	0	Falta de toma de decisión
El Bagre	2	0	Dificultades económica

Municipio	2004	2005	Retraso 2
El Bagre	1	0	Infraestructura
El Bagre	1	0	Geográfico
Ninguno	0	0	Orden público

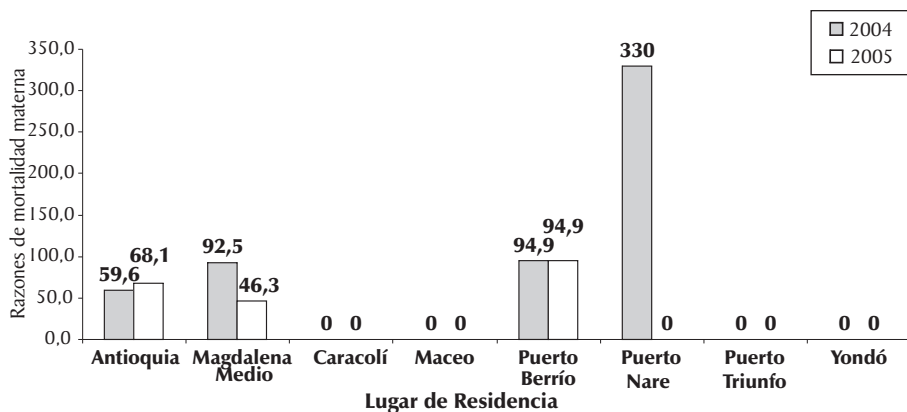
Municipio	2004	2005	Retraso 3
El Bagre	1	0	Dificultades en los traslados
Cáceres	2	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Caucasia	0	2	
El Bagre	2	0	
Nechí	0	2	
Cáceres	1	0	Valoración inadecuada
Caucasia	0	3	
El Bagre	2	0	
Nechí	0	2	
Zaragoza	0	1	
Caucasia	0	3	Subvaloración de los cuadros clínicos
El Bagre	2	0	
Nechí	0	2	
Zaragoza	0	1	Barreras administrativas para el acceso
El Bagre	1	0	
Cáceres	2	0	
Caucasia	0	1	Promoción y prevención
El Bagre	1	0	Nivel inadecuado
Nechí	0	2	
Cáceres	1	0	
El Bagre	2	0	Hemoderivados
Nechí	0	1	
Caucasia	0	2	Exámenes
El Bagre	1	0	
Nechí	0	2	
Cáceres	1	0	Recursos no acordes
Cáceres	1	0	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Caucasia	0	1	
El Bagre	1	0	
Nechí	0	2	
Caucasia	0	1	Trabajo en equipo

Tabla 5.2 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional del Bajo Cauca. Antioquia 2004 -2005.

Regional	Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento
Bajo Cauca	El Bagre	2004	20	40	3	Rural	Vinculado	Inversión uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	Cáceres	2004	27	99	0	Rural	Vinculado	Hemorragia posparto	Directa	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	Zaragoza	2004	40	39	10	Urbana	Contributivo	Desconocida	Indeterminada	No	Antes
Bajo Cauca	Cáceres	2004	28	40	2	Rural	Vinculado	Inversión uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	El Bagre	2004	26	37	0	Rural	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	El Bagre	2004	28	38	2	Rural	Vinculado	SHAE	Directa	Si	Antes
Bajo Cauca	Caucasia	2005	21	40	2	Urbana	Vinculado	Accidente quirúrgico	Directa	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	Zaragoza	2005	21	20	0	Sin Dato	Vinculado	Malformación arteriovenosa	Indirecta	No	Antes
Bajo Cauca	Cáceres	2005	20	30	99	Urbana	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Posparto mediano
Bajo Cauca	Zaragoza	2005	16	30	1	Rural	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Antes
Bajo Cauca	Caucasia	2005	35	26	3	Urbana	Contributivo	Cáncer de mama	Indirecta	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	Caucasia	2005	21	39	6	Urbana	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Posparto inmediato
Bajo Cauca	Nechí	2005	23	33	4	Rural	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Antes
Bajo Cauca	Nechí	2005	37	31	4	Rural	Sin dato	Accidente cerebrovascular	Indirecta	No	Antes
Bajo Cauca	Nechí	2005	25	99	99	Urbana	Contributivo	Embarazo ectópico	Directa	Si	Antes

REGIONAL MAGDALENA MEDIO

Gráfica 5.14 Razones de mortalidad materna en los municipios de la región del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

Gráfica 5.15 Muertes maternas en la región del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.

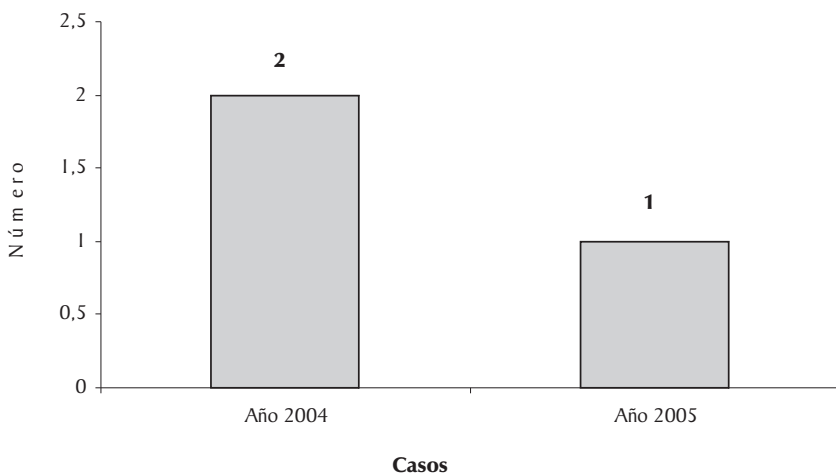
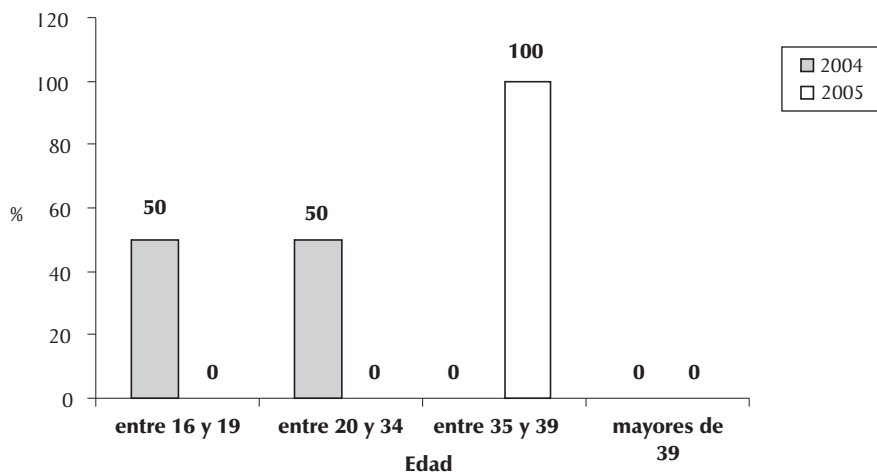
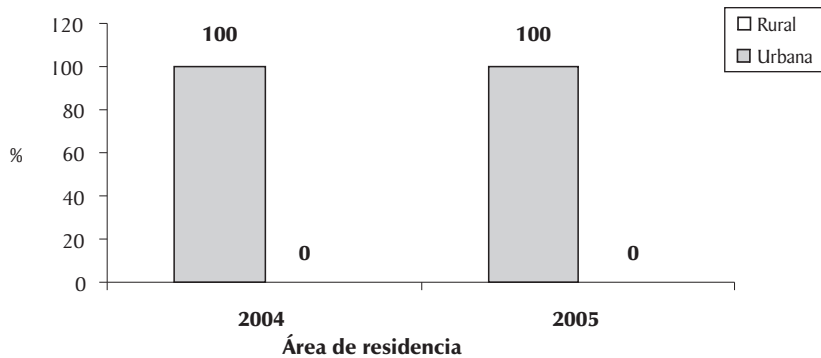


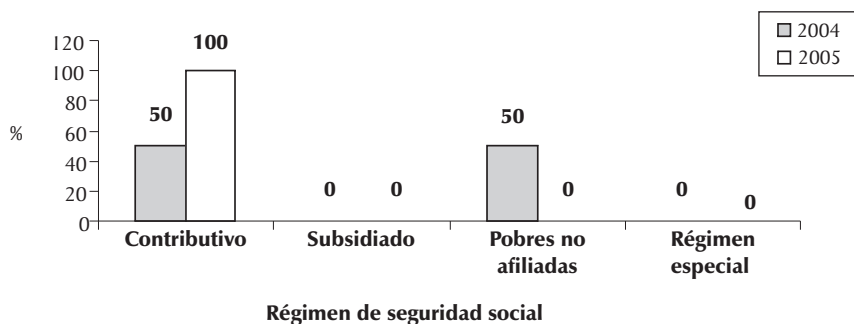
Gráfico 5.16 Muertes maternas por rangos de edad. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



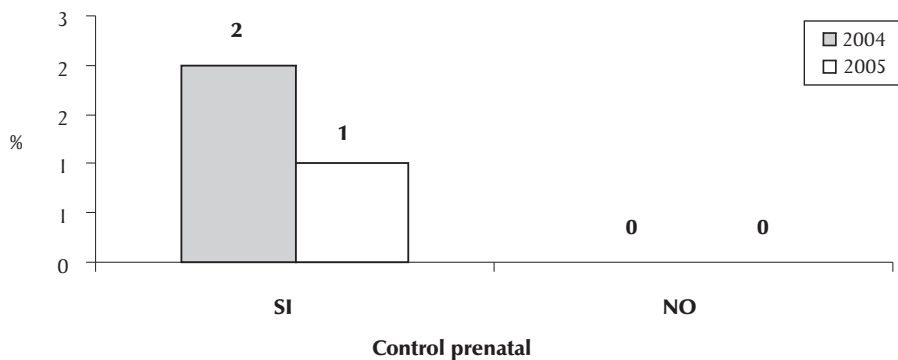
Gráfica 5.17 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



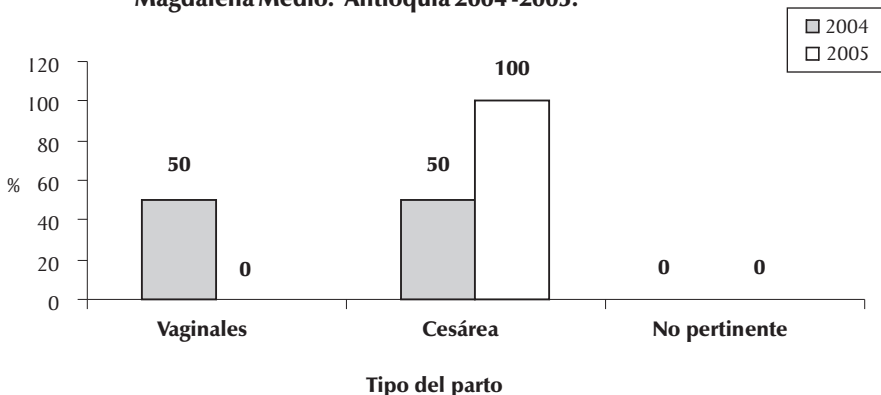
Gráfica 5.18 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



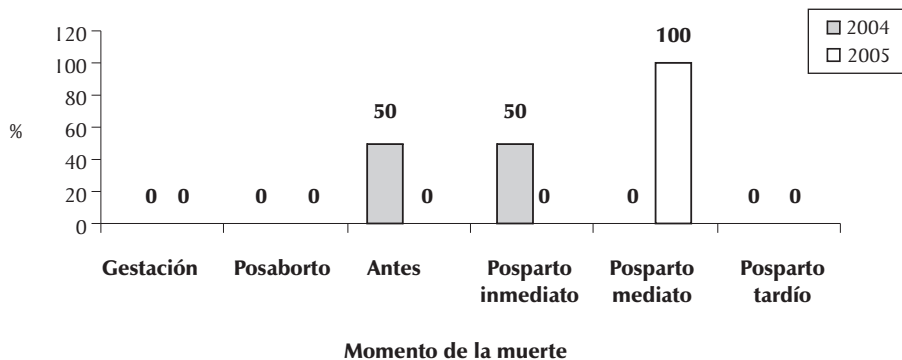
Gráfica 5.19 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004-2005.



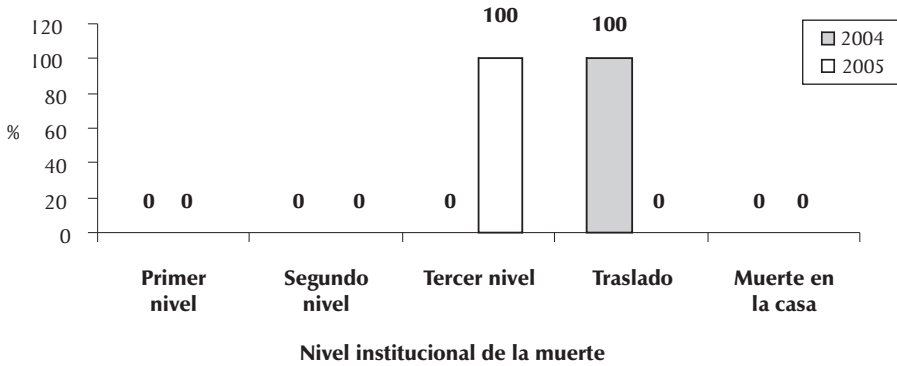
Gráfica 5.20 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004-2005.



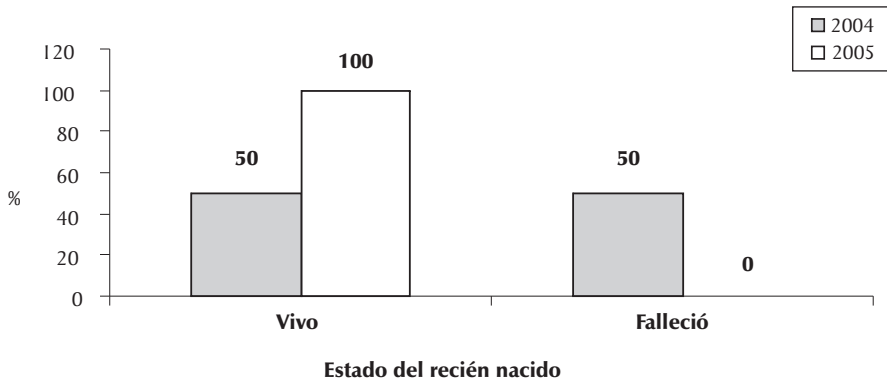
Gráfica 5.21 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004-2005.



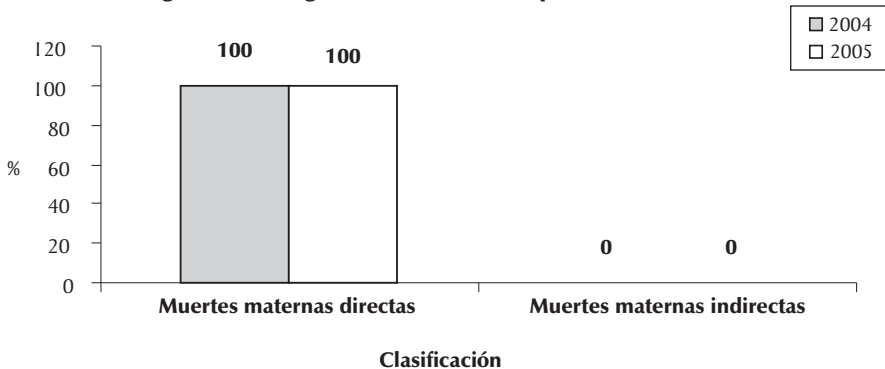
Grupo 5.22 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



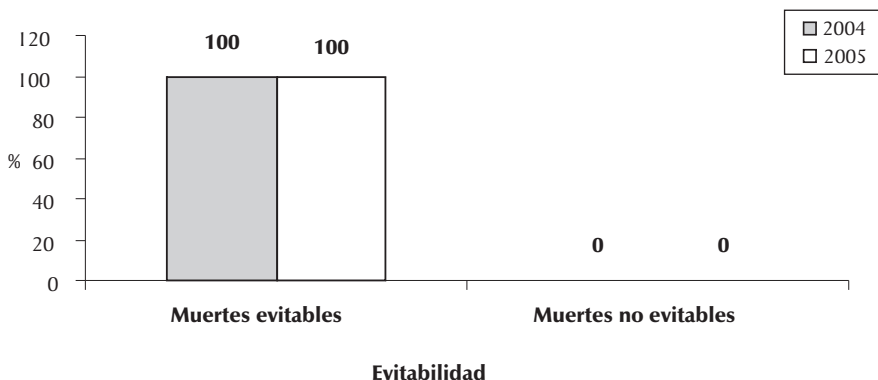
Gráfica 5.23 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.24 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.25 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.26 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.

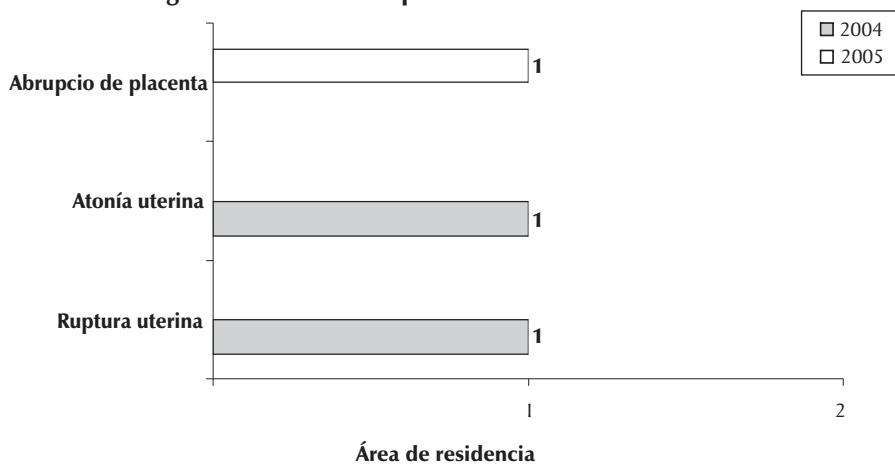


Tabla 5.3 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Magdalena Medio. Antioquia 2004 -2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Puerto Berrío	0	1	No reconoce riesgos del Embarazo
Ninguno	0	0	Prácticas culturales
Ninguno	0	0	No reconoció signos de alarma
Ninguno	0	0	Actitud negativa planificación
Ninguno	0	0	Desconocimiento derechos
Ninguno	0	0	Falta de toma de decisión
Ninguno	0	0	Dificultades económica

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Ninguno	0	0	Infraestructura
Ninguno	0	0	Geográfico
Ninguno	0	0	Orden público

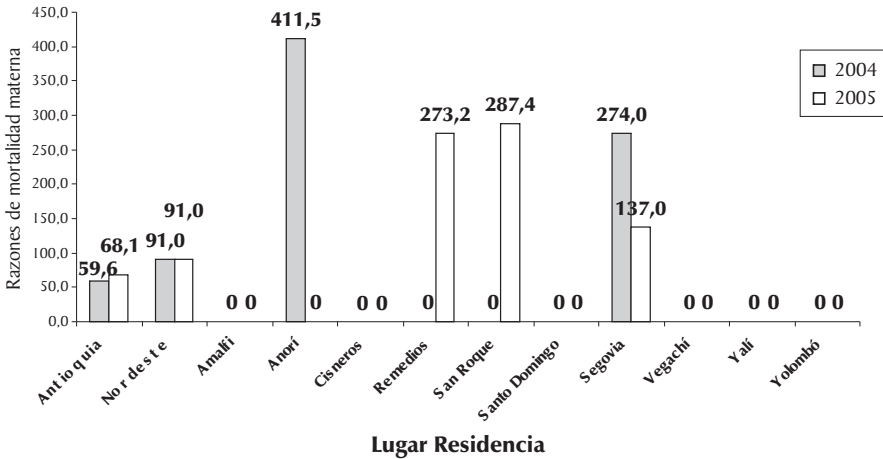
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Puerto Berrío	1	0	Dificultades en los traslados
Puerto Berrío	1	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Puerto Nare	1	0	
Puerto Berrío	1	1	Valoración inadecuada
Puerto Nare	1	0	
Puerto Berrío	0	1	Subvaloración de los cuadros clínicos
Puerto Nare	1	0	Barreras administrativas para el acceso
Ninguno	0	0	Promoción y prevención
Ninguno	0	0	Nivel inadecuado
Puerto Berrío	1	5	Hemoderivados
Ninguno	0	0	Exámenes
Ninguno	0	0	Recursos no acordes
Puerto Berrío	0	1	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Ninguno	0	0	Trabajo en equipo

Tabla 5.4 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional del Magdalena Medio. Antioquia 2004 - 2005.

Regional	Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Magdalena Medio	Puerto Nare	2004	23	39	8	Urbana	Contributivo	Ruptura uterina	Directa	Si	Antes
Magdalena Medio	Puerto Berrío	2004	17	38	3	Urbana	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Magdalena Medio	Puerto Berrío	2005	36	32	3	Urbana	Contributivo	Abrupción de placenta	Directa	Si	Posparto mediato

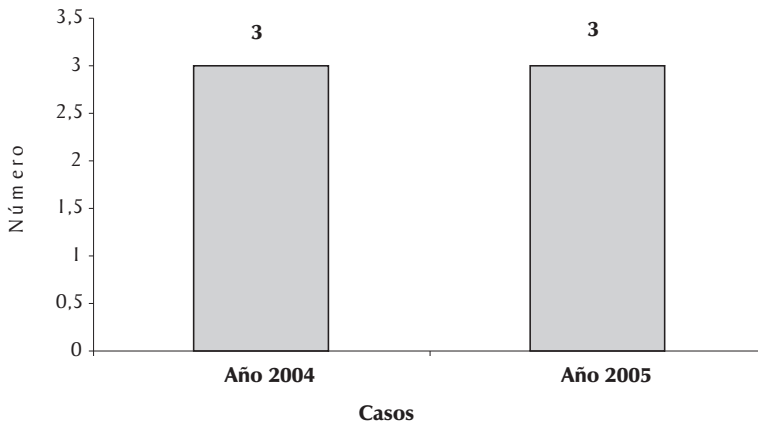
REGIONAL NORDESTE

Gráfica 5.27 Razones de mortalidad materna en los municipios de la región del Nordeste, Antioquia 2004 -2005.

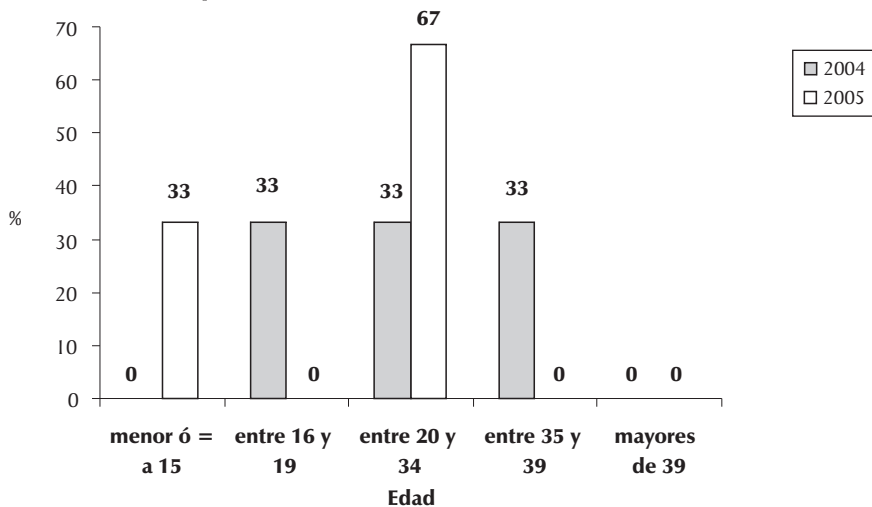


La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

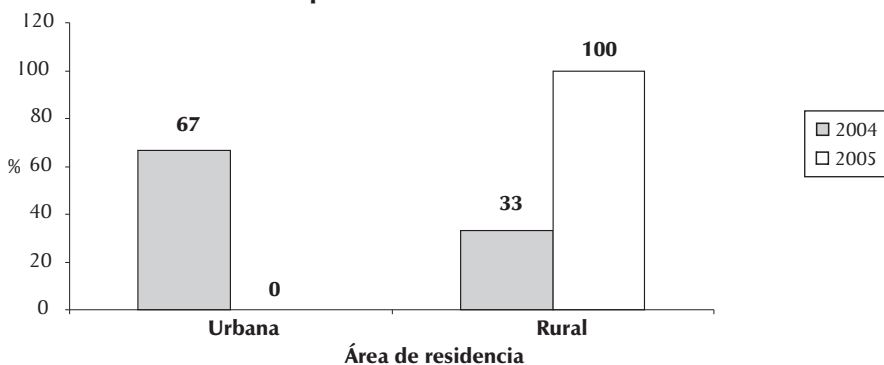
Gráfica 5.28 Muertes maternas en la región Nordeste. Antioquia 2004 2005.



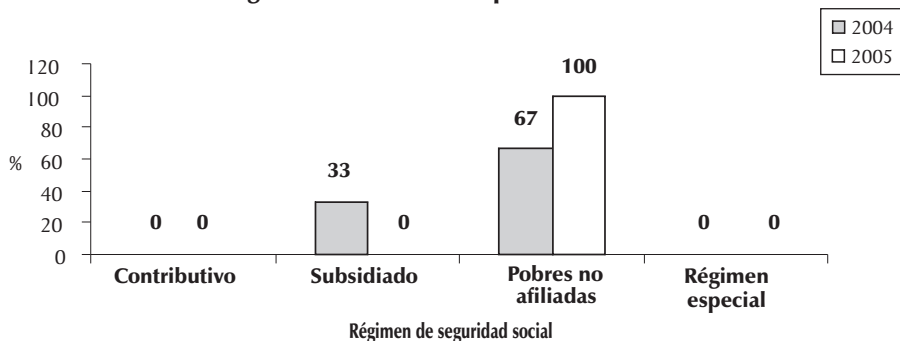
Gráfica 5.29 Muertes maternas por rangos de edad. Regional del Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



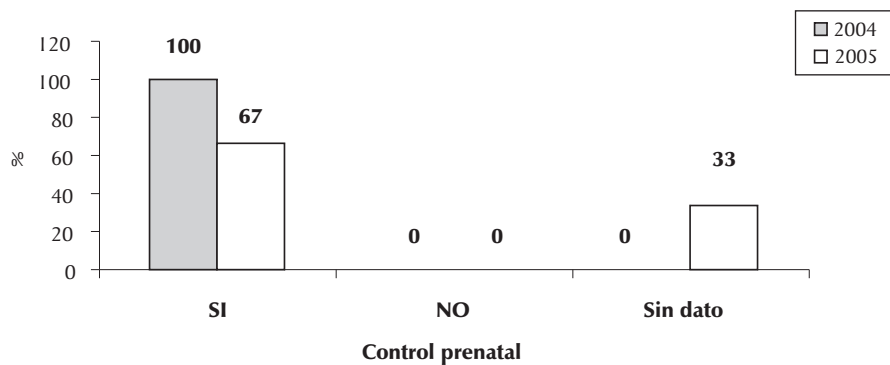
Gráfica 5.30 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional del Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



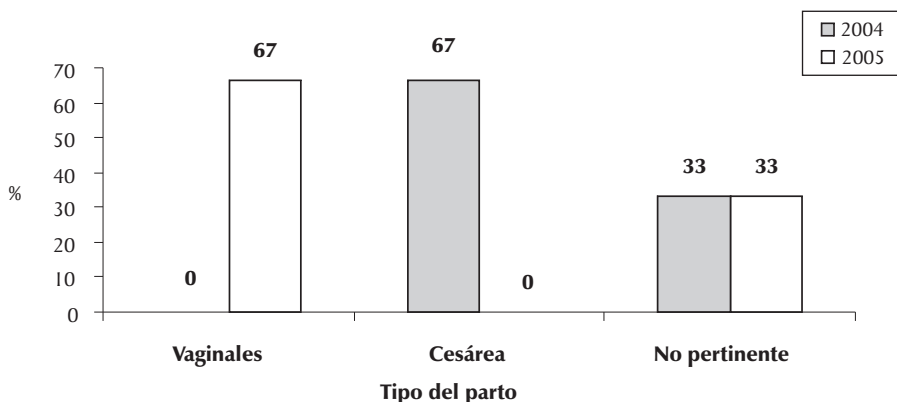
Gráfica 5.31 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



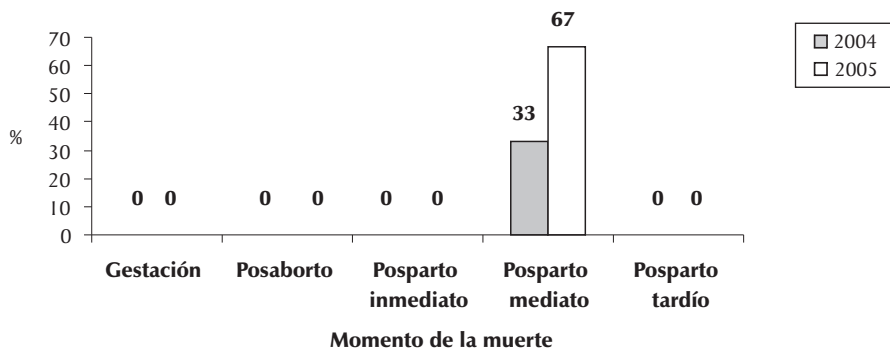
Gráfica 5.32 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



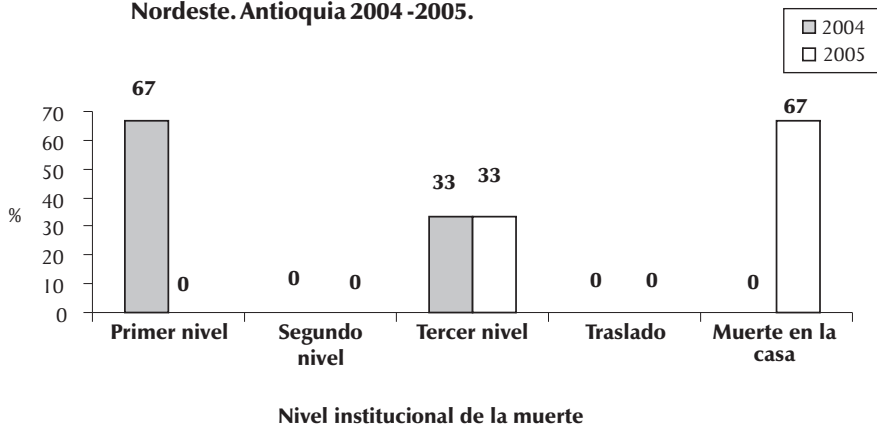
Gráfica 5.33 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



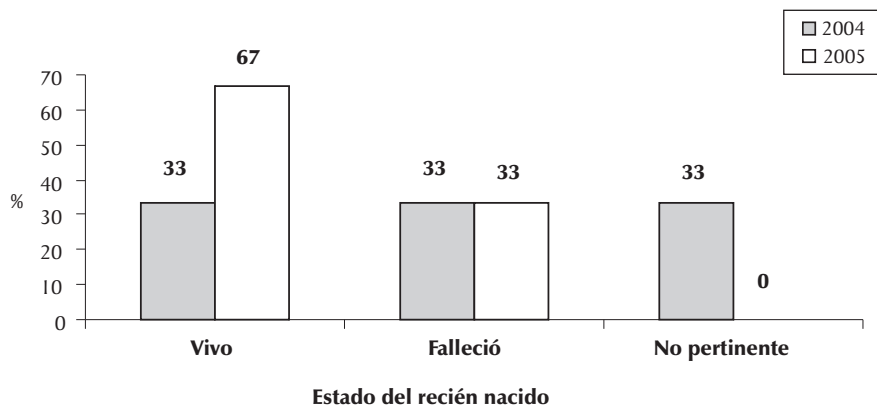
Gráfica 5.34 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



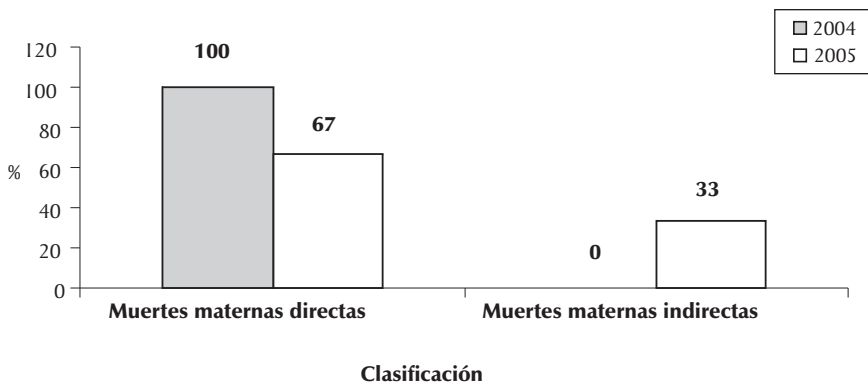
Grupo 5.35 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



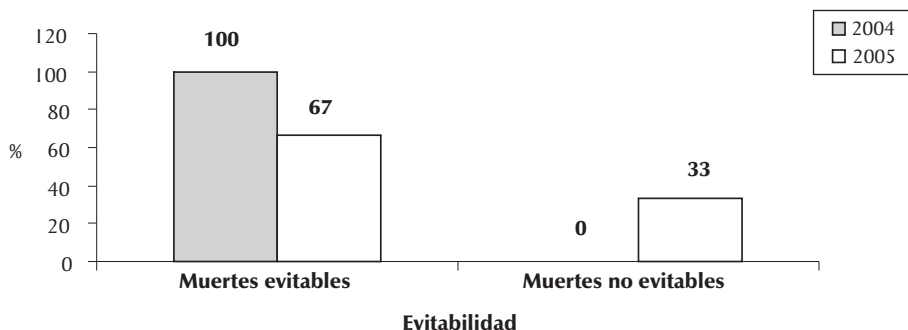
Gráfica 5.36 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.37 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.38 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.39 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.

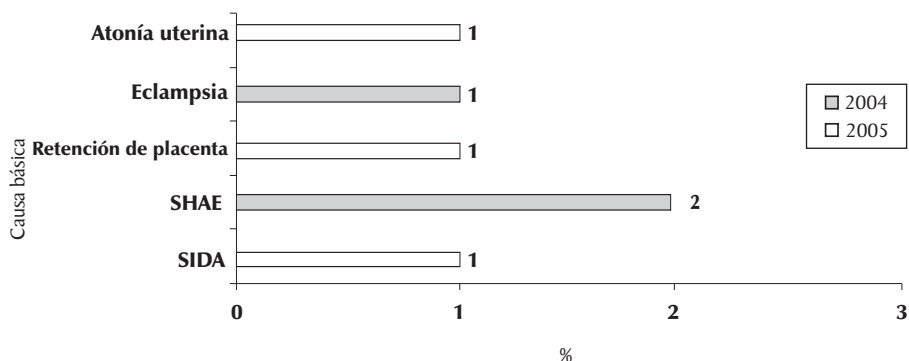


Tabla 5.5 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Ninguno	0	0	No reconoce riesgos del Embarazo
Ninguno	0	0	Prácticas culturales
Anorí	1	0	No reconoció signos de alarma
Segovia	1	0	
Ninguno	0	0	Actitud negativa planificación
Ninguno	0	0	Desconocimiento derechos
Segovia	1	0	Falta de toma de decisión
Anorí	1	0	Dificultades económica

Mortalidad materna por regiones del departamento de Antioquia

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Anorí	1	0	Infraestructura
Anorí	1	0	Geográfico
Ninguno	0	0	Orden público

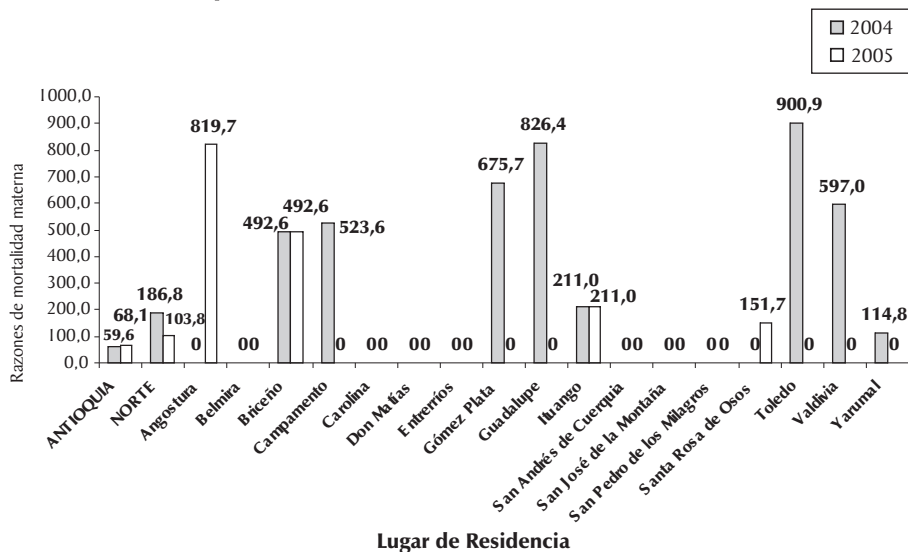
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Ninguno	0	0	Dificultades en los traslados
Anorí	1	0	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Segovia	1	0	
Anorí	1	0	Valoración inadecuada
Segovia	2	0	
Ninguno	0	0	Subvaloración de los cuadros clínicos
Anorí	1	0	Barreras administrativas para el acceso
Ninguno	0	0	Promoción y prevención
Ninguno	0	0	Nivel inadecuado
Ninguno	0	0	Hemoderivados
Ninguno	0	0	Exámenes
Ninguno	0	0	Recursos no acordes
Segovia	1	0	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Ninguno	0	0	Trabajo en equipo

Tabla 5.6 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Nordeste. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Segovia	2004	22	27	4	Urbana	Vinculado	SHAE	Directa	Si	Antes
Segovia	2004	30	40	6	Urbana	Vinculado	SHAE	Directa	Si	Posparto mediano
Anorí	2004	37	32	2	Rural	Subsidiado	Eclampsia	Directa	Si	Antes
Segovia	2005	30	40	99	Rural	Vinculado	Retención de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato
San Roque	2005	27	32	1	Rural	Vinculado	SIDA	Indirecta	No	Antes
Remedios	2005	13	40	2	Rural	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato

REGIONAL NORTE

Gráfica 5.40 Razones de mortalidad materna en los municipios de la Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

Gráfica 5.41 Muertes maternas en la Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.

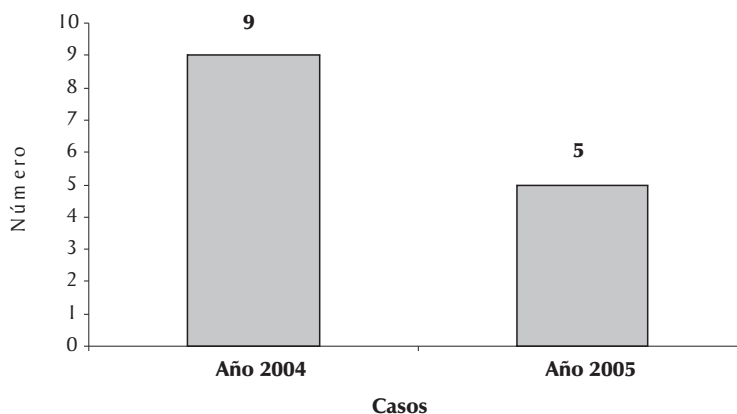
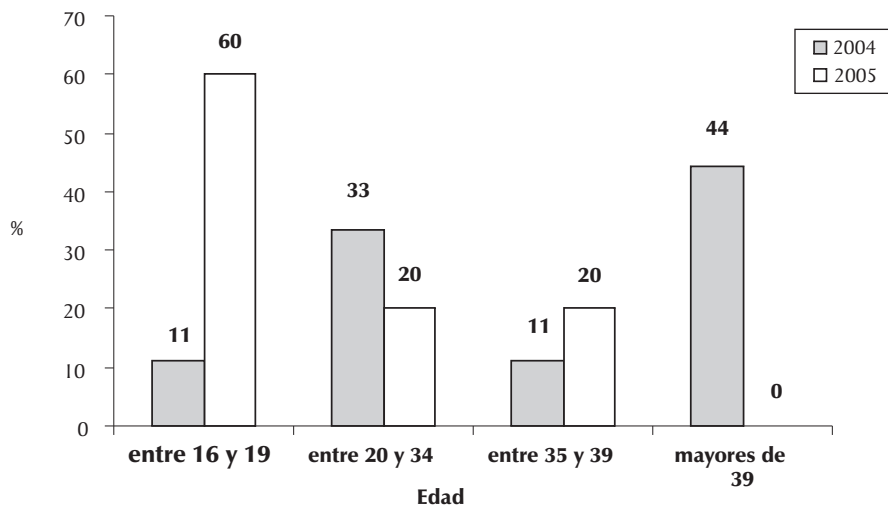
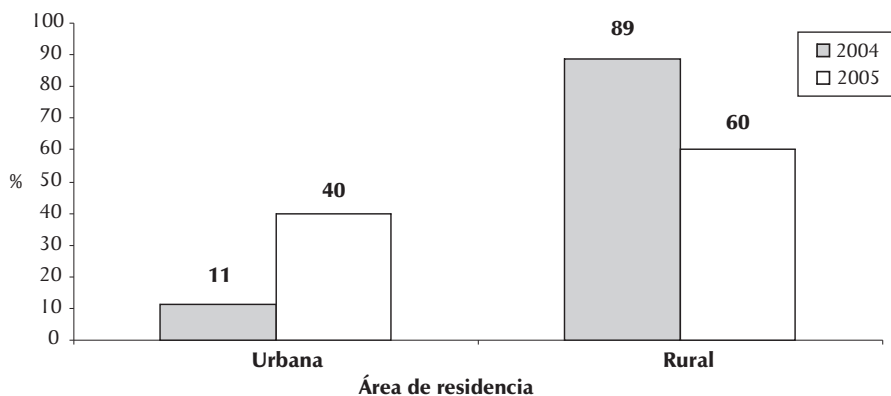


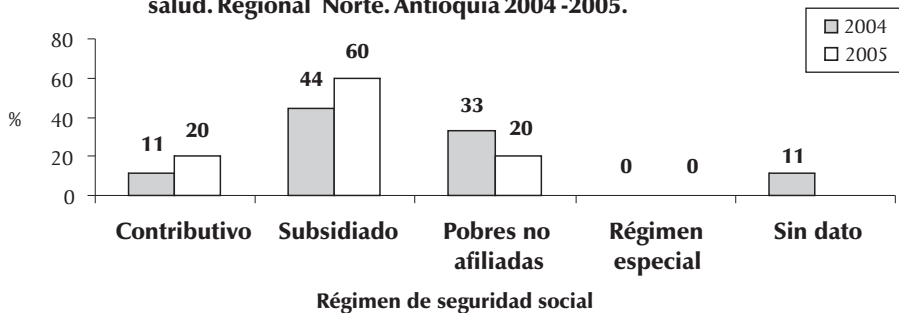
Gráfico 5.42 Muertes maternas por rangos de edad. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



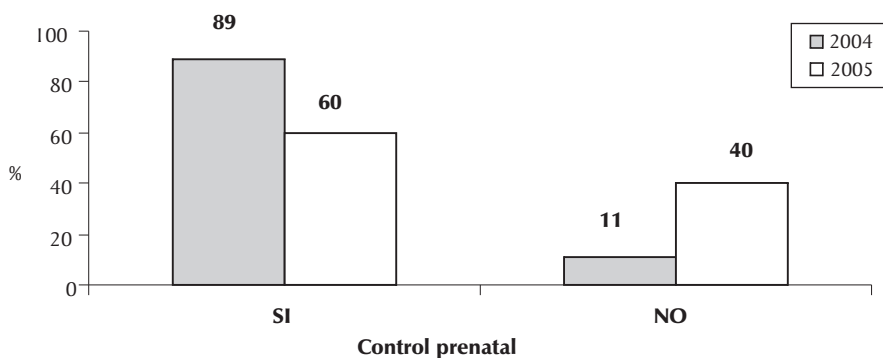
Gráfica 5.43 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



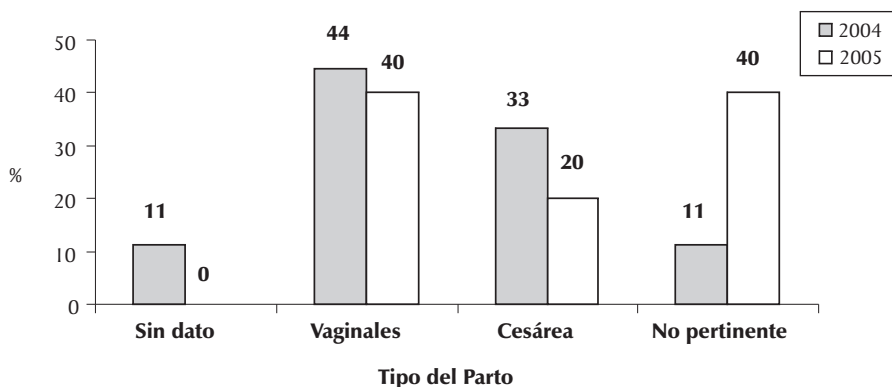
Gráfica 5.44 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



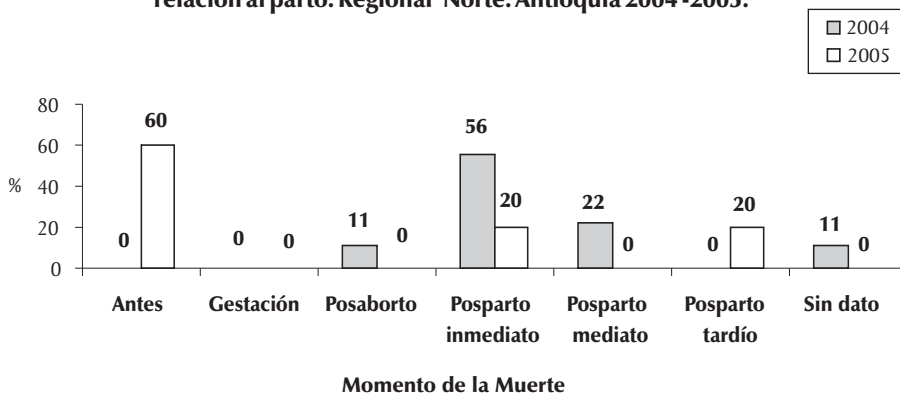
Gráfica 5.45 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



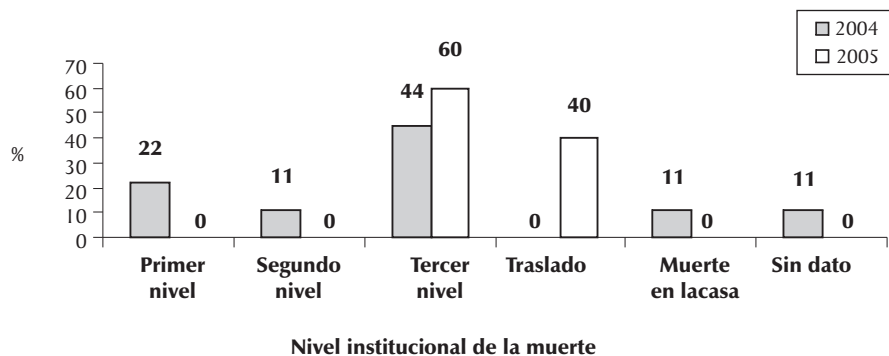
Gráfica 5.46 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



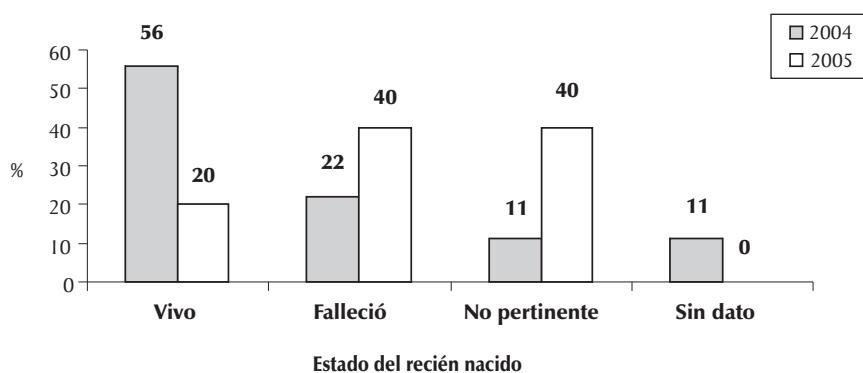
Gráfica 5.47 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



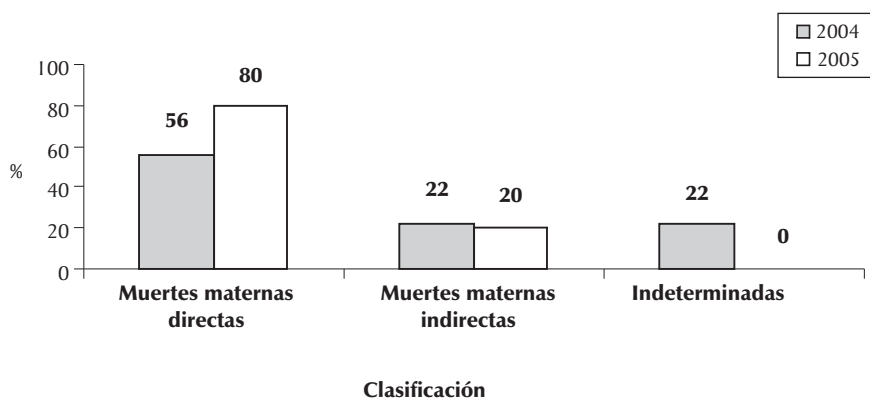
Grupo 5.48 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



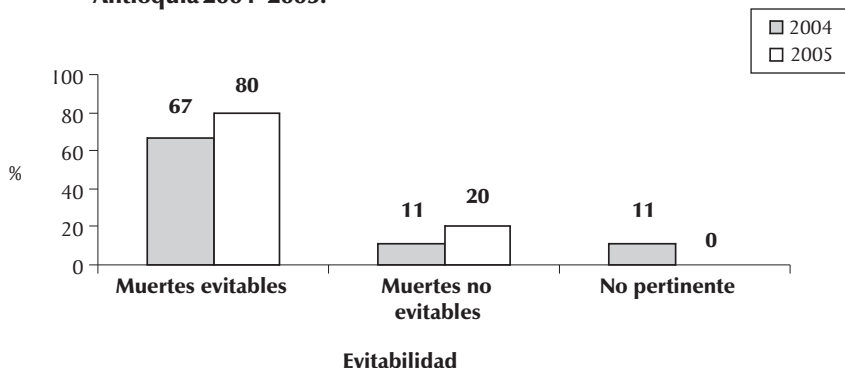
Gráfica 5.49 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.50 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.51 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.52 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.

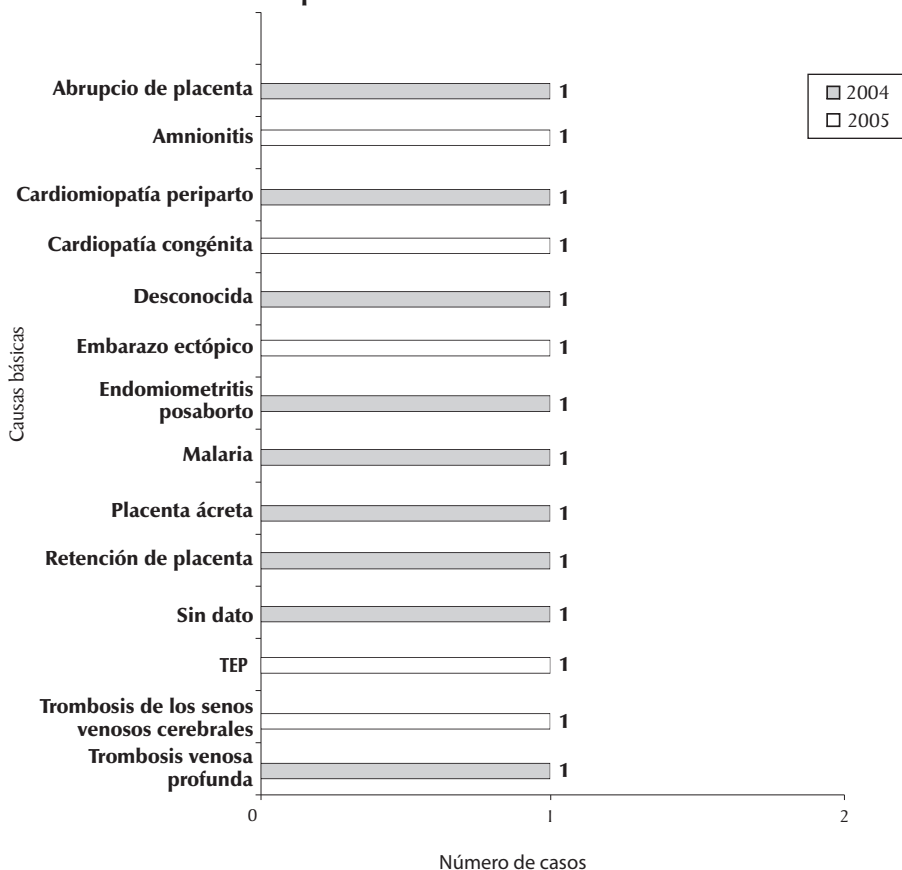


Tabla 5.7 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Ituango	0	1	No reconoce riesgos del Embarazo
Ninguno	0	0	Prácticas culturales
Guadalupe	1	0	No reconoció signos de alarma
Valdivia	1	0	
Yarumal	1	0	Actitud negativa planificación
Ninguno	0	0	Desconocimiento derechos
Angostura	0	1	Falta de toma de decisión
Guadalupe	1	0	
Valdivia	1	0	
Angostura	0	1	Dificultades económica
Guadalupe	1	0	

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Ituango	0	1	Infraestructura
Toledo	1	0	
Ituango	0	1	Geográfico
Toledo	1	0	
Ninguno	0	0	Orden público

Municipio	2004	2005	Retraso 3
Ituango	0	1	Dificultades en los traslados
Santa Rosa de Osos	0	1	
Toledo	1	0	
Angostura	0	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Santa Rosa de Osos	0	1	
Toledo	1	0	
Valdivia	0	1	
Yarumal	0	1	
Angostura	0	2	Valoración inadecuada
Campamento	1	0	
Santa Rosa de Osos	0	1	
Toledo	1	0	
Valdivia	2	0	
Angostura	0	2	Subvaloración de los cuadros clínicos
Santa Rosa de Osos	0	1	

Tabla 5.7 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.

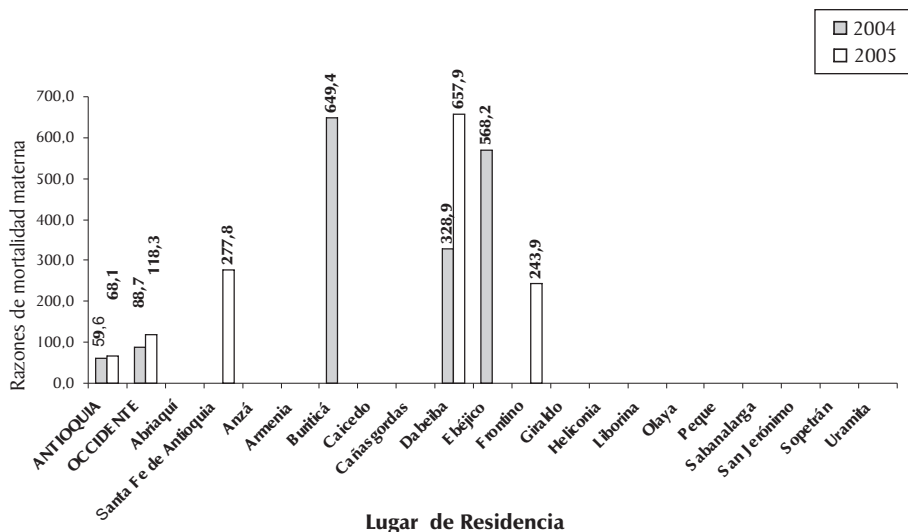
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Santa Rosa de Osos	0	1	Barreras administrativas para el acceso
Valdivia	1	0	
Angostura	0	1	Promoción y prevención
Valdivia	1	0	
Yarumal	1	0	
Valdivia	1	0	Nivel inadecuado
Guadalupe	1	0	Hemoderivados
Ituango	0	1	
Toledo	1	0	
Valdivia	1	0	
Yarumal	1	0	
Angostura	0	2	Exámenes
Santa Rosa de Osos	0	1	Recursos no acordes
Yarumal	1	0	
Angostura	0	1	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Santa Rosa de Osos	0	1	
Valdivia	1	0	
Santa Rosa de Osos	0	1	Trabajo en equipo

Tabla 5.8 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Norte. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Angostura	2005	19	33	5	Rural	Vinculado	Cardiopatía congénita	Indirecta	Si	Antes
Angostura	2005	38	31	5	Rural	Subsidiado	Amnionitis	Directa	Si	Posparto inmediato
Briceño	2004	17	35	5	Rural	Subsidiado	Cardiomiopatía periparto	Indirecta	No	Posparto mediato
Briceño	2005	15	9	0	Urbana	Subsidiado	Trombosis de los senos venosos cerebrales	Directa	No	Antes
Campamento	2004	40	28	6	Rural	Subsidiado	Trombosis venosa profunda	Directa	Si	Posparto inmediato
Gómez Plata	2004	44	99	5	Rural	Sin dato	Sin dato	Indeterminada	Sin dato	Sin dato
Guadalupe	2004	26	40	6	Rural	Subsidiado	Retención de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato
Ituango	2004	38	40	5	Rural	Vinculado	Desconocida	Indeterminada	No pertinente	Posparto inmediato
Ituango	2005	17	11	0	Rural	Subsidiado	Embarazo ectópico	Directa	Si	Antes
Santa Rosa de Osos	2005	31	40	9	Urbana	Contributivo	TEP	Directa	Si	Posparto tardío
Toledo	2004	31	41	5	Rural	Subsidiado	Placenta ácreta	Directa	Si	Posparto inmediato
Valdivia	2004	45	8	0	Rural	Vinculado	Endomiometritis posaborto	Directa	Si	Posaborto
Valdivia	2004	22	40	2	Rural	Vinculado	Malaria	Indirecta	Si	Posparto mediato
Yarumal	2004	43	39	3	Urbana	Contributivo	Abrupción de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato

REGIONAL OCCIDENTE

Gráfica 5.53 Razones de mortalidad materna en los municipios de la Regional Occidente, Antioquia 2004 -2005.



La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

Gráfica 5.54 Muertes maternas en la Regional Occidente. Antioquia 2004 - 2005.

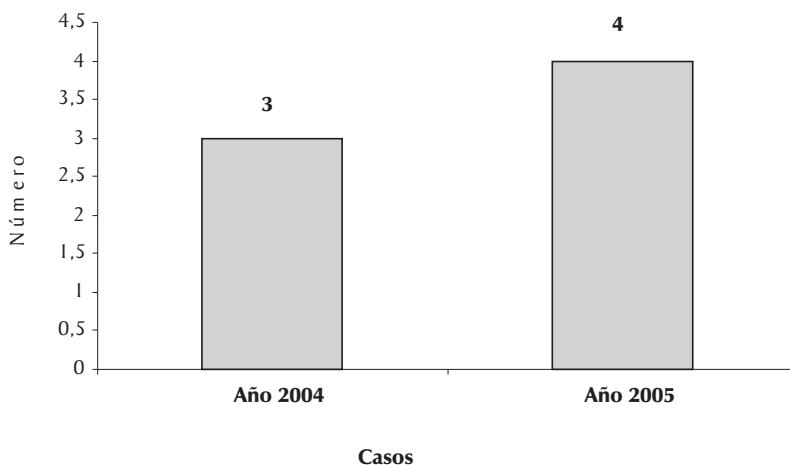
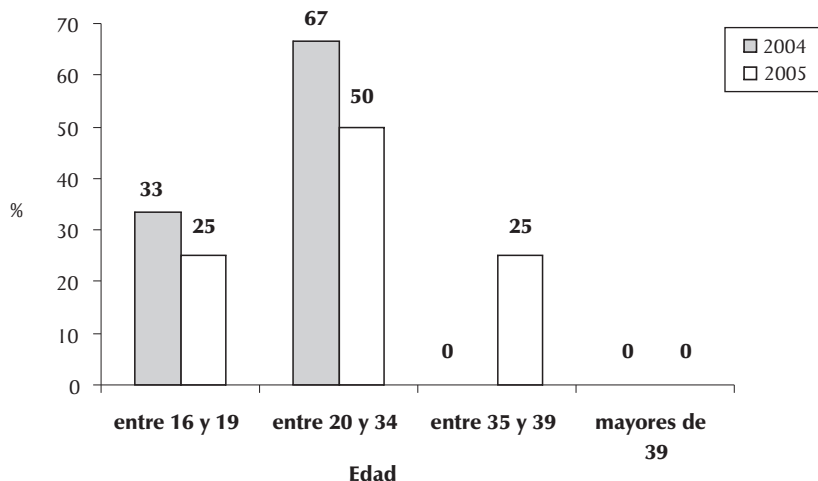
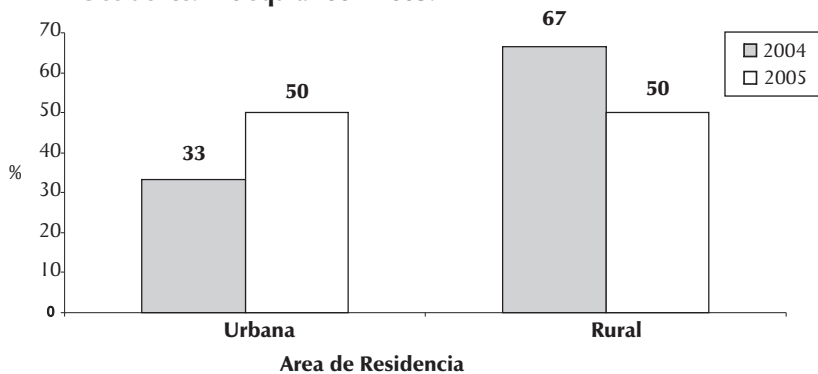


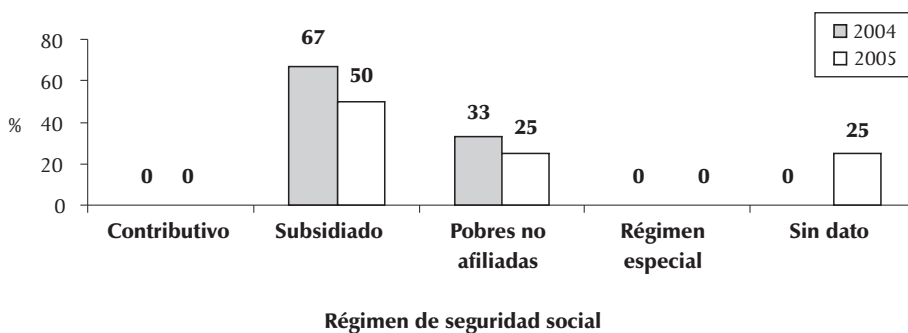
Gráfico 5.55 Muertes maternas por rangos de edad. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



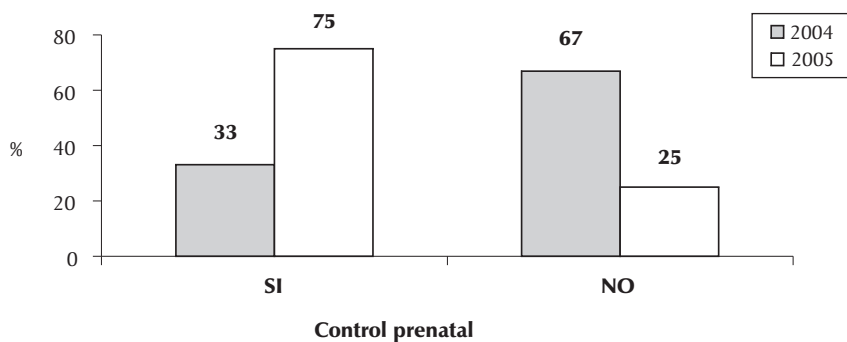
Gráfica 5.56 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



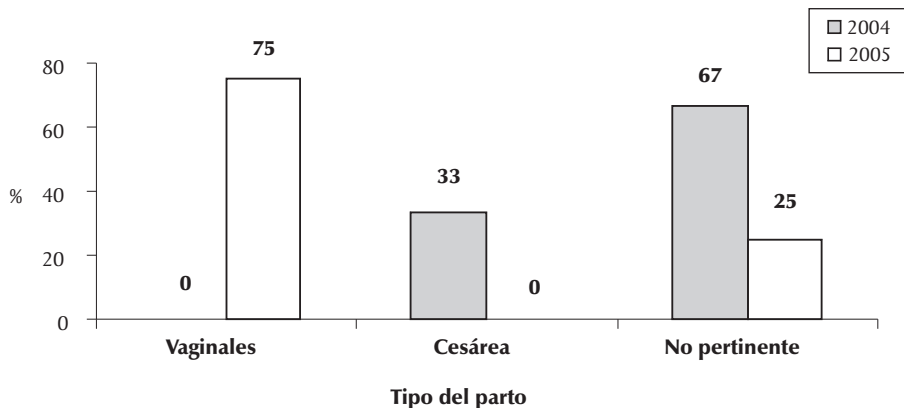
Gráfica 5.57 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



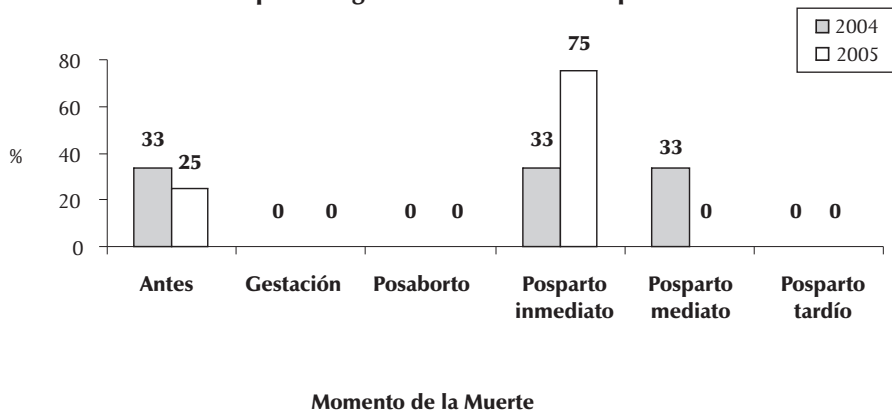
Gráfica 5.58 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



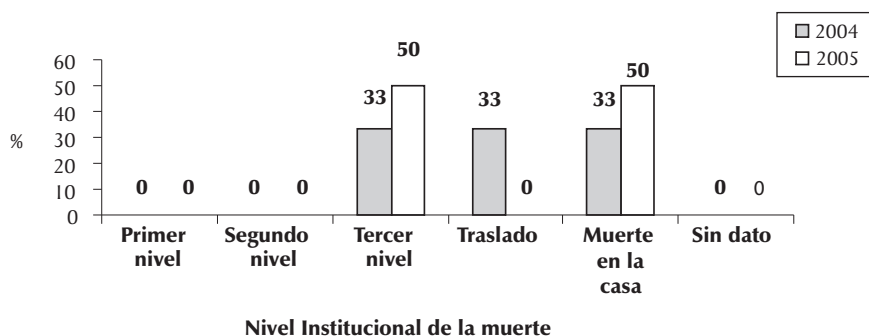
Gráfica 5.59 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



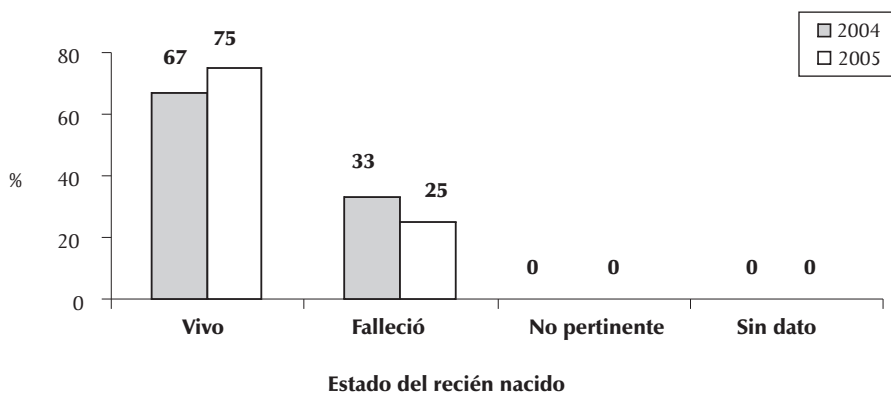
Gráfica 5.60 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



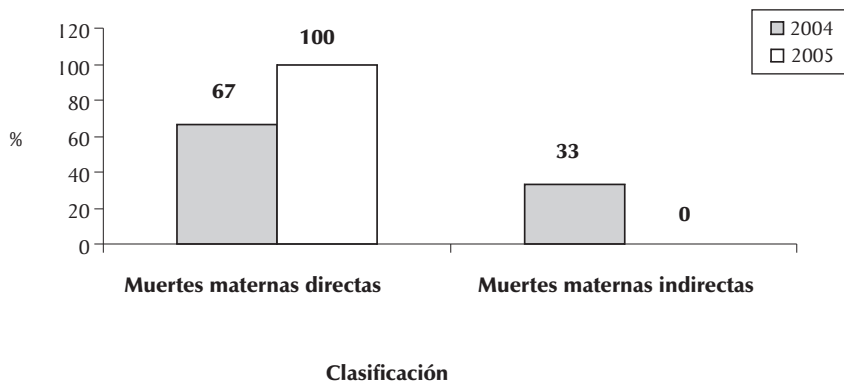
Grupo 5.61 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



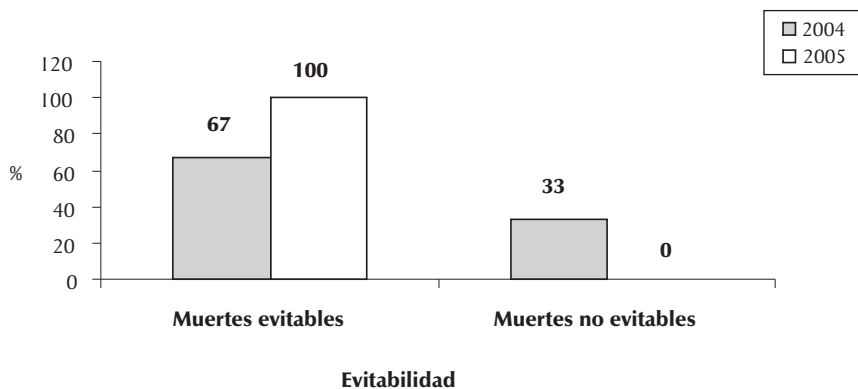
Gráfica 5.62 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.63 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.64 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.65 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.

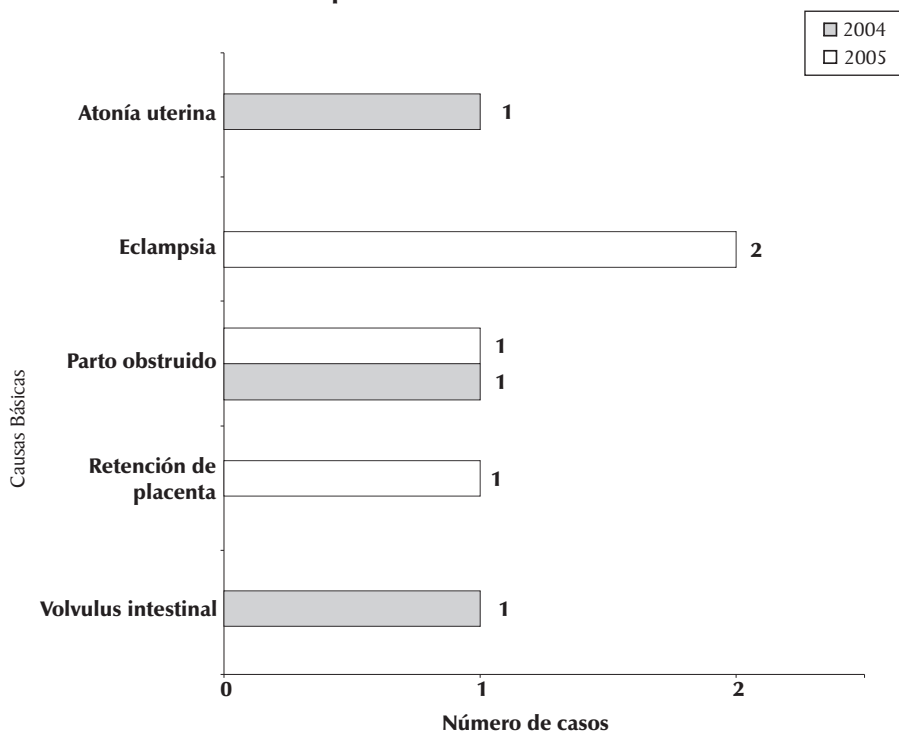


Tabla 5.9 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Occidente. Antioquia 2004-2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Dabeiba	0	1	No reconoce riesgos del Embarazo
Frontino	0	1	
Santa Fé de Antioquia	0	1	
Dabeiba	0	1	Prácticas culturales
Frontino	0	1	
Dabeiba	0	1	No reconoció signos de alarma
Buriticá	1	0	Actitud negativa planificación
Dabeiba	1	1	Desconocimiento derechos
Ninguno	0	0	Falta de toma de decisión
Buriticá	1	0	Dificultades económica
Santa Fé de Antioquia	0	1	

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Buriticá	1	0	Infraestructura
Dabeiba	1	1	
Frontino	0	1	
Santa Fé de Antioquia	0	1	
Buriticá	1		Geográfico
Dabeiba	1	1	
Frontino	0	1	
Santa Fé de Antioquia	0	1	
Ninguno	0	0	Orden público

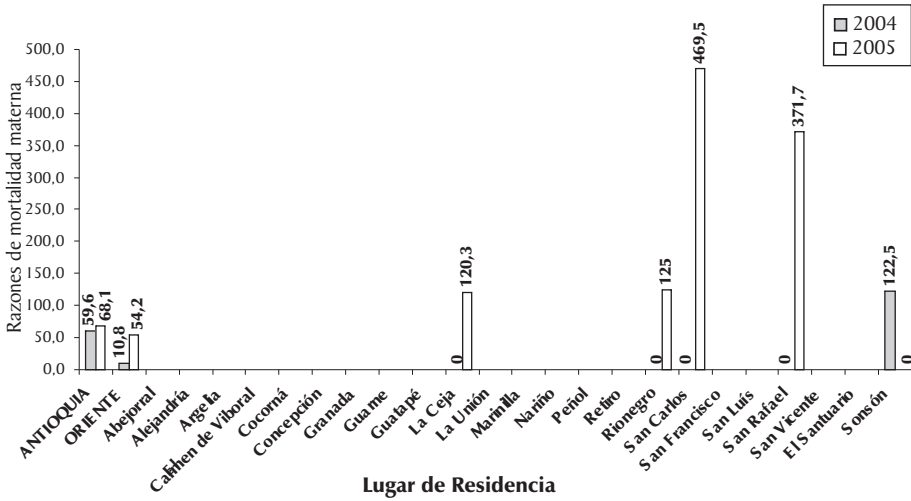
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Frontino	0	1	Dificultades en los traslados
Dabeiba	1	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Ninguno	0	0	Valoración inadecuada
Dabeiba	0	1	Subvaloración de los cuadros clínicos
Dabeiba	1	0	Barreras administrativas para el acceso
Dabeiba	0	1	Promoción y prevención
Dabeiba	1	0	Nivel inadecuado
Ninguno	0	0	Hemoderivados
Ninguno	0	0	Exámenes
Ninguno	0	0	Recursos no acordes
Ninguno	0	0	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Ninguno	0	0	Trabajo en equipo

5.10 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Occidente. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Dabeiba	2004	32	99	0	Rural	Vinculado	Parto obstruido	Directa	Si	Antes
Ebéjico	2004	19	39	6	Urbana	Subsidiado	Volvulus intestinal	Indirecta	No	Posparto mediato
Buriticá	2004	28	40	0	Rural	Subsidiado	Atonia uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Frontino	2005	24	40	0	Rural	Subsidiado	Eclampsia	Directa	Si	Posparto inmediato
Dabeiba	2005	34	40	1	Urbana	Sin dato	Parto obstruido	Directa	Si	Antes
Santa Fé de Antioquia	2005	33	39	4	Rural	Subsidiado	Retención de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato
Dabeiba	2005	19	39	7	Urbana	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Posparto inmediato

REGIONAL ORIENTE

Gráfica 5.66 Razones de mortalidad materna en los municipios de la Regional Oriente, Antioquia 2004 -2005.



La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

Gráfica 5.67 Muertes maternas en la Regional Oriente. Antioquia 2004 2005.

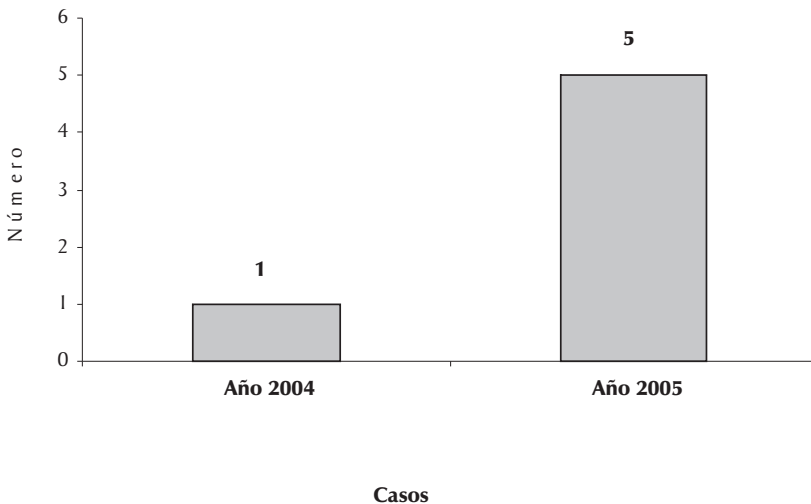
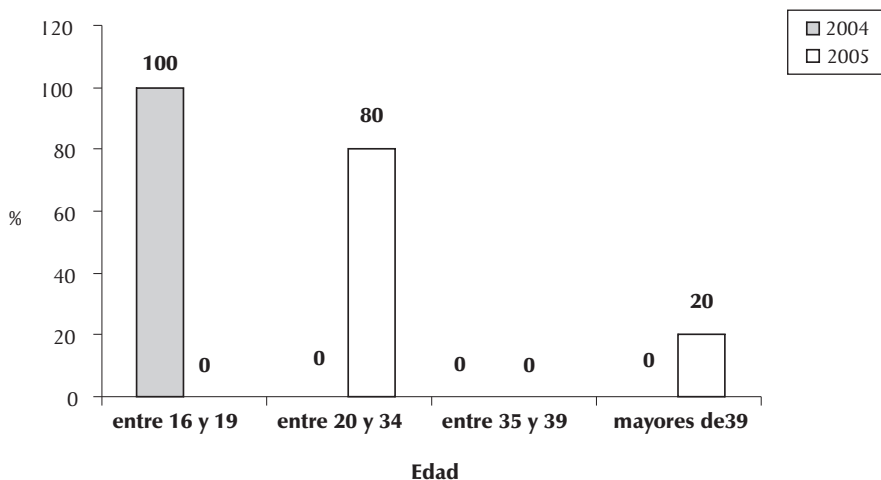
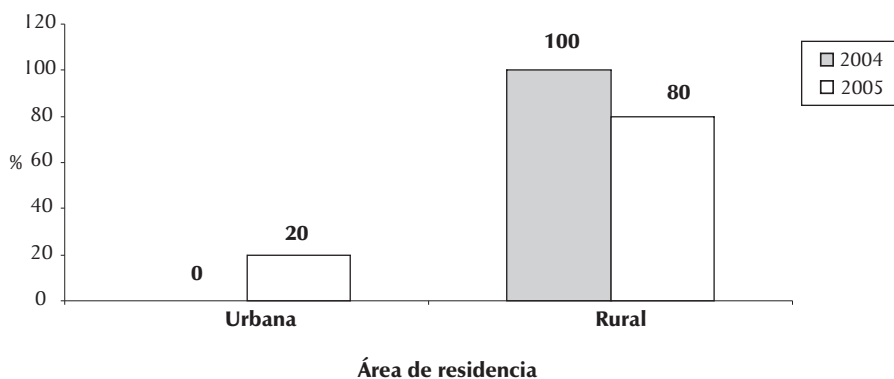


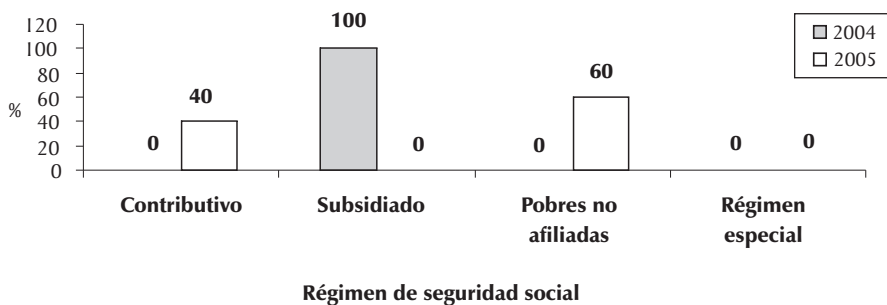
Gráfico 5.68 Muertes maternas por rangos de edad. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



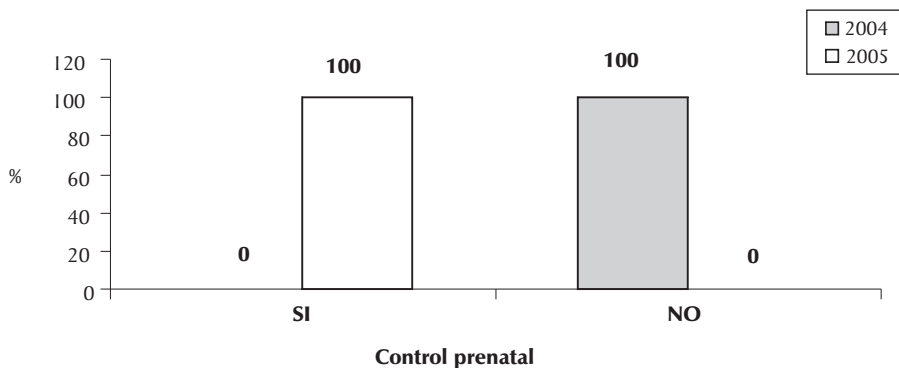
Gráfica 5.69 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



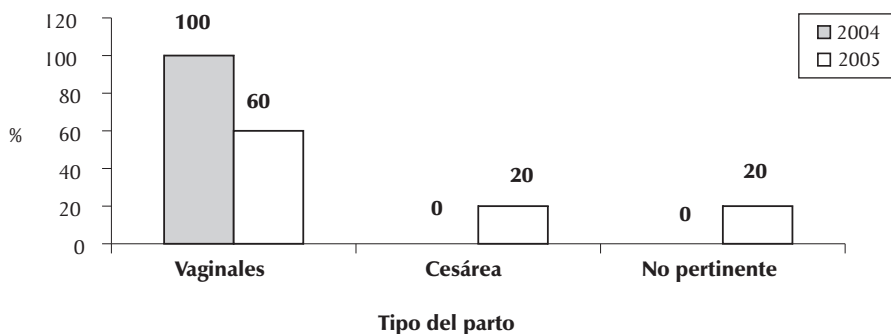
Gráfica 5.70 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



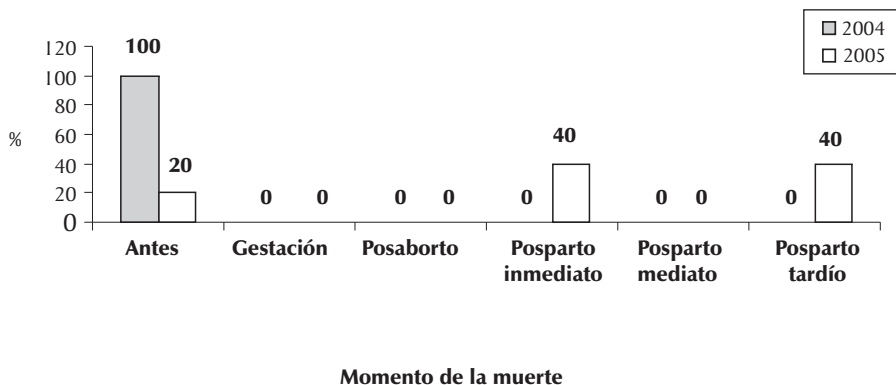
Gráfica 5.71 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



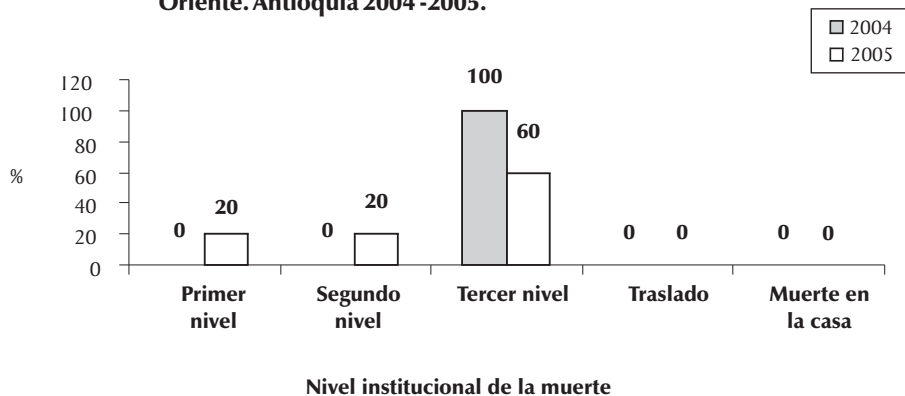
Gráfica 5.72 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



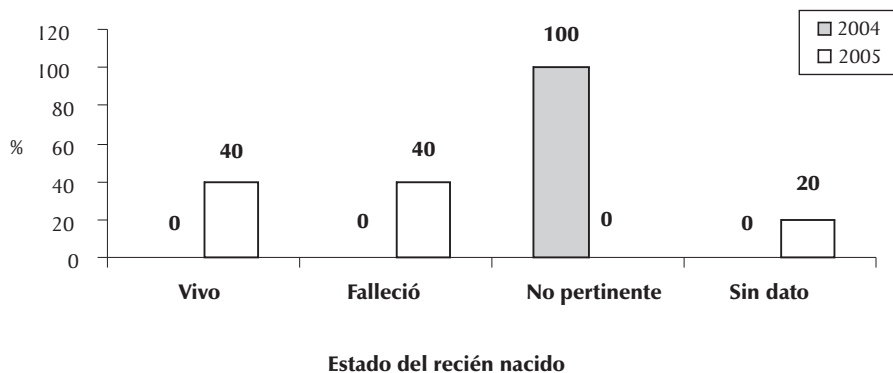
Gráfica 5.73 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



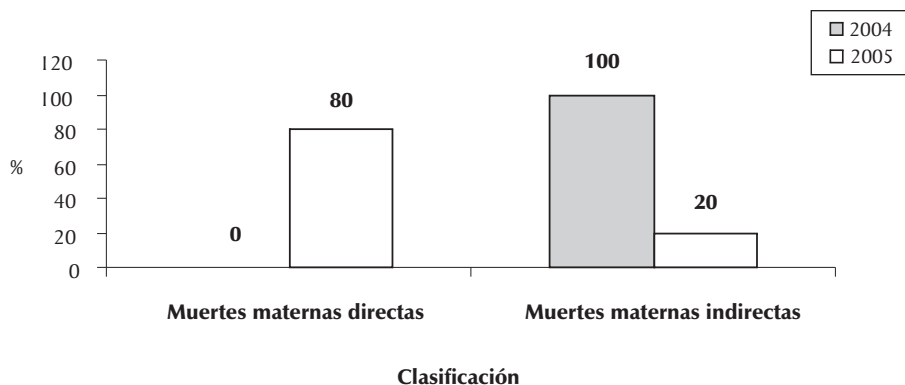
Grupo 5.74 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Oriente. Antioquia 2004 -2005.



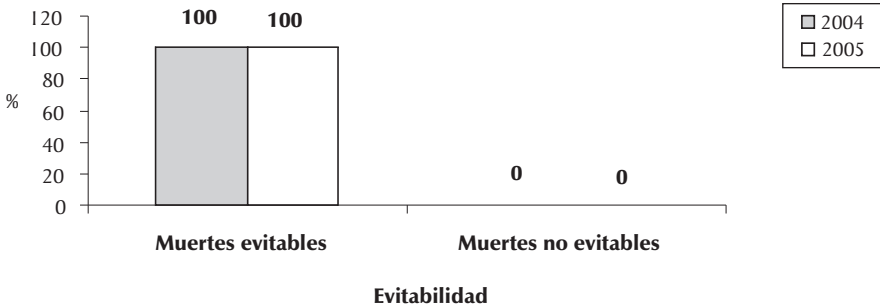
Gráfica 5.75 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Oriente. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.76 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Oriente. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.77 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.



Gráfica 5.78 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.

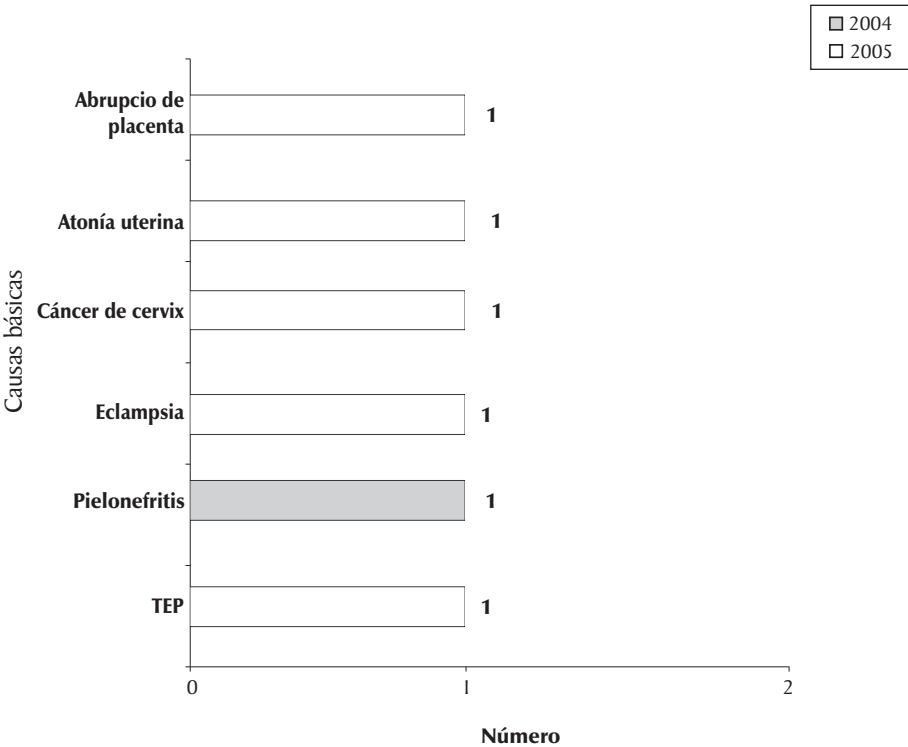


Tabla 5.11 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Oriente. Antioquia 2004-2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Sonsón	1	0	No reconoce riesgos del Embarazo
Ninguno	0	0	Prácticas culturales
Sonsón	1	0	No reconoció signos de alarma
Rionegro	0	1	Actitud negativa planificación
Ninguno	0	0	Desconocimiento derechos
Ninguno	0	0	Falta de toma de decisión
San Rafael	0	1	Dificultades económica
Sonsón	1	0	

Municipio	2004	2005	Retraso 2
San Rafael	0	1	Infraestructura
San Rafael	0	1	Geográfico
Sonsón	1	0	Orden público

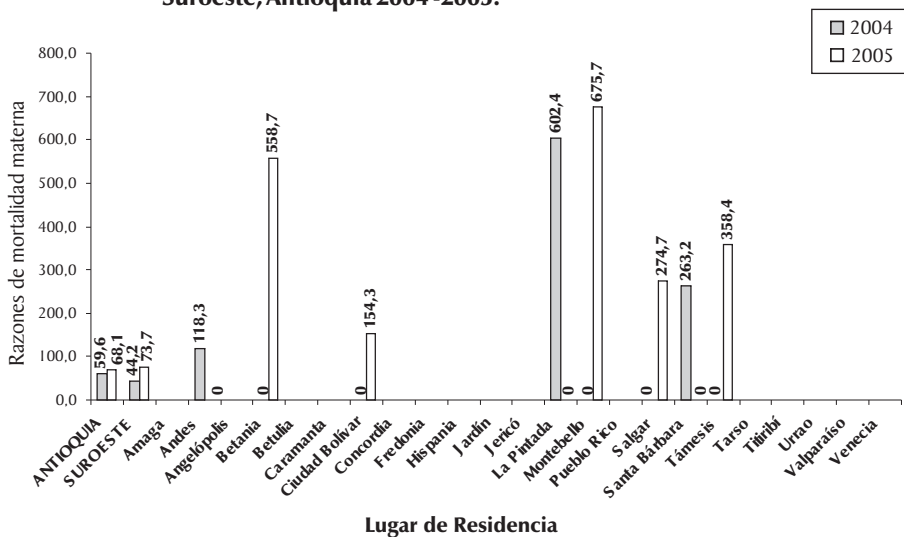
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Ninguno	0	0	Dificultades en los traslados
La Ceja	0	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Rionegro	0	1	
San Carlos	0	1	
San Rafael	0	1	
Sonsón	1	0	
La Ceja	0	1	Valoración inadecuada
Rionegro	0	2	
Sonsón	1	0	
Rionegro	0	1	Subvaloración de los cuadros clínicos
San Carlos	0	1	Barreras administrativas para el acceso
San Rafael	0	1	
Sonsón	1	0	Promoción y prevención
La Ceja	0	1	
San Carlos	0	1	Nivel inadecuado
Sonsón	1	0	
La Ceja	0	1	Hemoderivados
Rionegro	0	1	Exámenes
San Rafael	0	1	Recursos no acordes
Rionegro	0	1	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Rionegro	0	1	Trabajo en equipo

Tabla 5.12 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Oriente. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Sonsón	2004	17	22	0	Rural	Subsidiado	Pielonefritis	Indirecta	Si	Antes
La Ceja	2005	43	36	7	Urbana	Contributivo	Abrupción de placenta	Directa	Si	Posparto tardío
Rionegro	2005	28	30	3	Rural	Vinculado	TEP	Directa	Si	Posparto tardío
San Rafael	2005	24	32	4	Rural	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Posparto inmediato
Rionegro	2005	23	26	3	Rural	Contributivo	Cáncer de cervix	Indirecta	Si	Antes
San Carlos	2005	28	39	3	Rural	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato

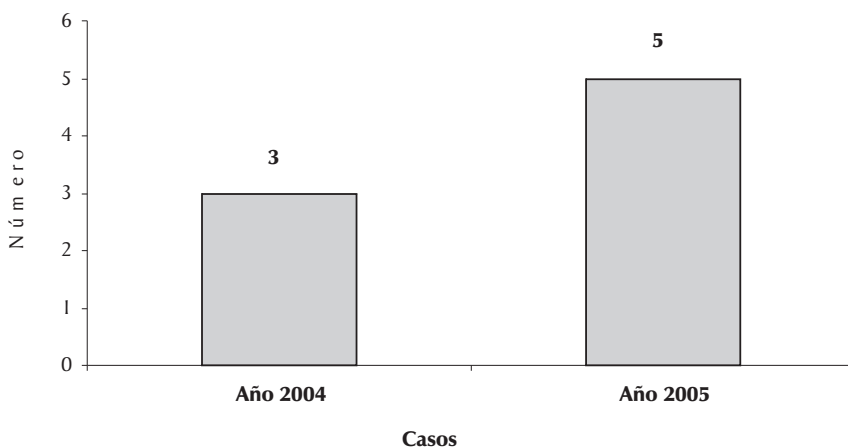
REGIONAL SUROESTE

Gráfica 5.79 Razones de mortalidad materna en los municipios de la Regional Suroeste, Antioquia 2004 -2005.

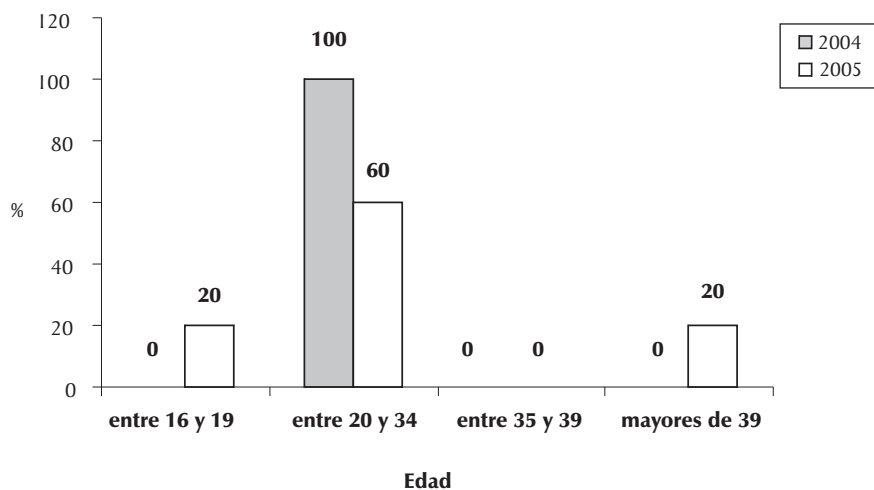


La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

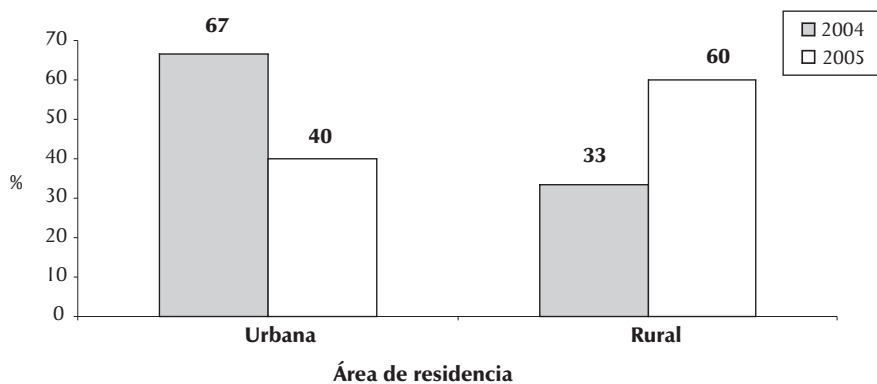
Gráfica 5.80 Muertes maternas en la Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



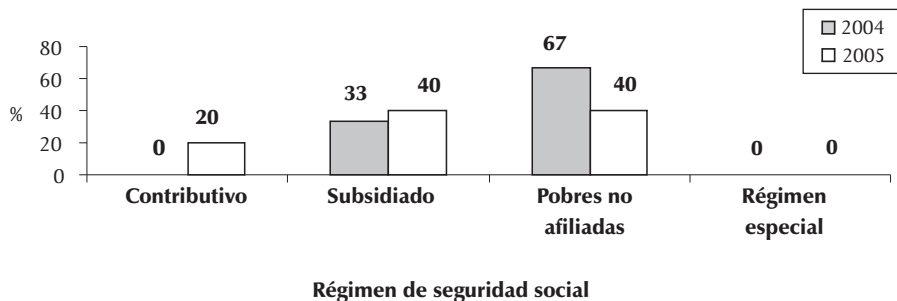
Gráfica 5.81 Muertes maternas por rangos de edad. Regional Suroeste. Antioquia 2004-2005.



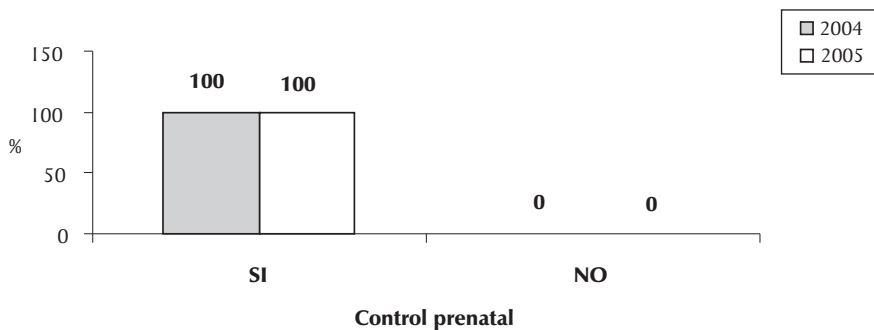
Gráfica 5.82 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional Suroeste. Antioquia 2004-2005.



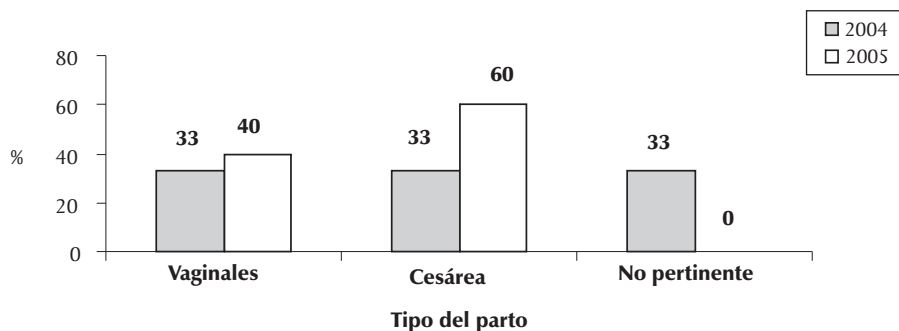
Gráfica 5.83 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Suroeste. Antioquia 2004-2005.



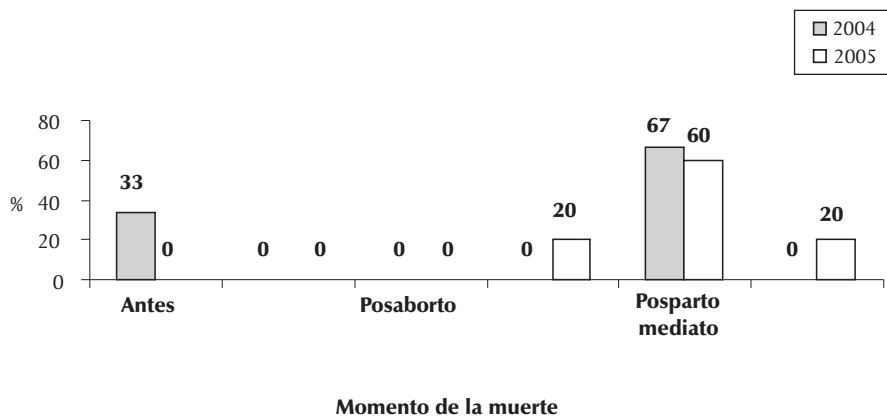
Gráfica 5.84 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



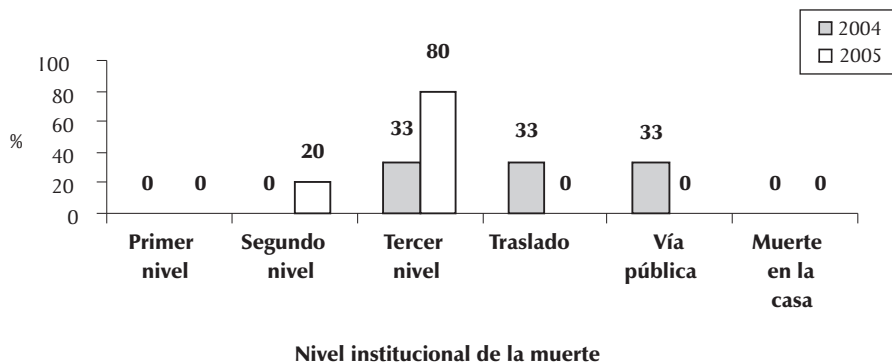
Gráfica 5.85 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



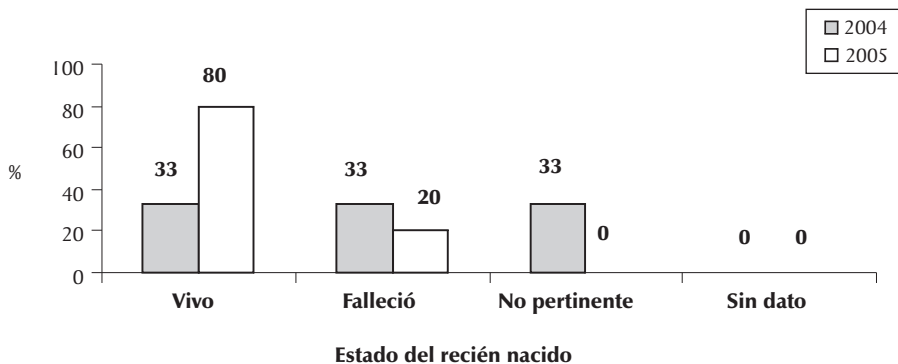
Gráfica 5.86 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



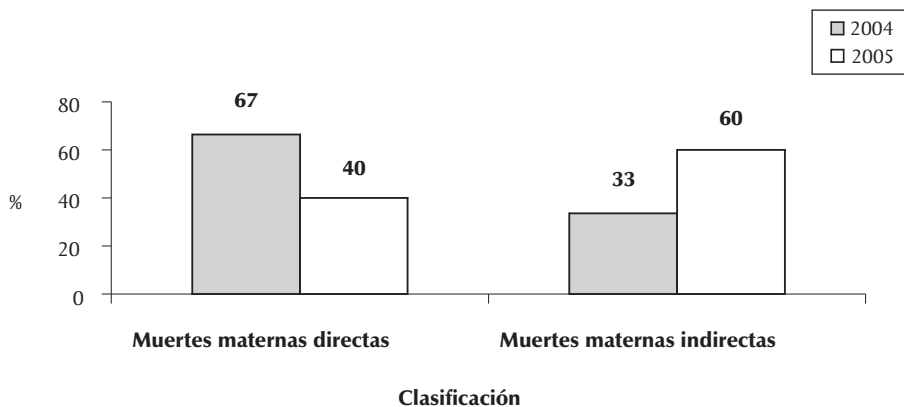
Grupo 5.87 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



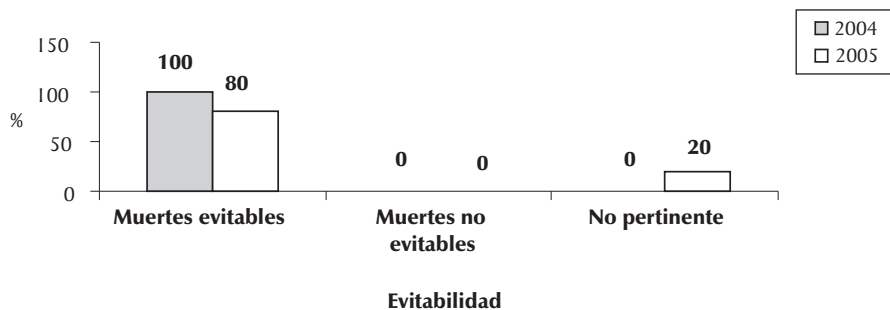
Gráfica 5.88 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.89 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.90 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.91 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.

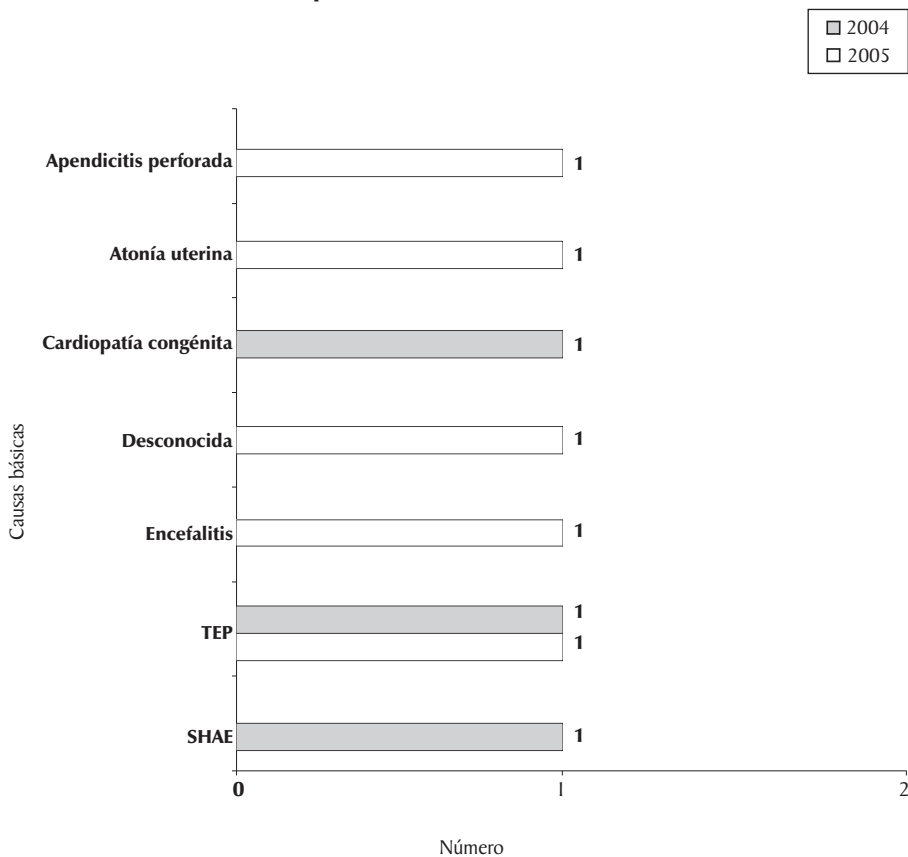


Tabla 5.13 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Suroeste. Antioquia 2004-2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Andes	1	0	No reconoce riesgos del Embarazo
Santa Barbara	1	0	Prácticas culturales
La Pintada	0	0	No reconoció signos de alarma
Ninguno	1	0	Actitud negativa planificación
Andes	1	0	Desconocimiento derechos
Ninguno	0	0	Falta de toma de decisión
Andes	1	0	Dificultades económica
La Pintada	1	0	

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Ninguno	0	0	Infraestructura
Ninguno	0	0	Geográfico
Ninguno	0	0	Orden público

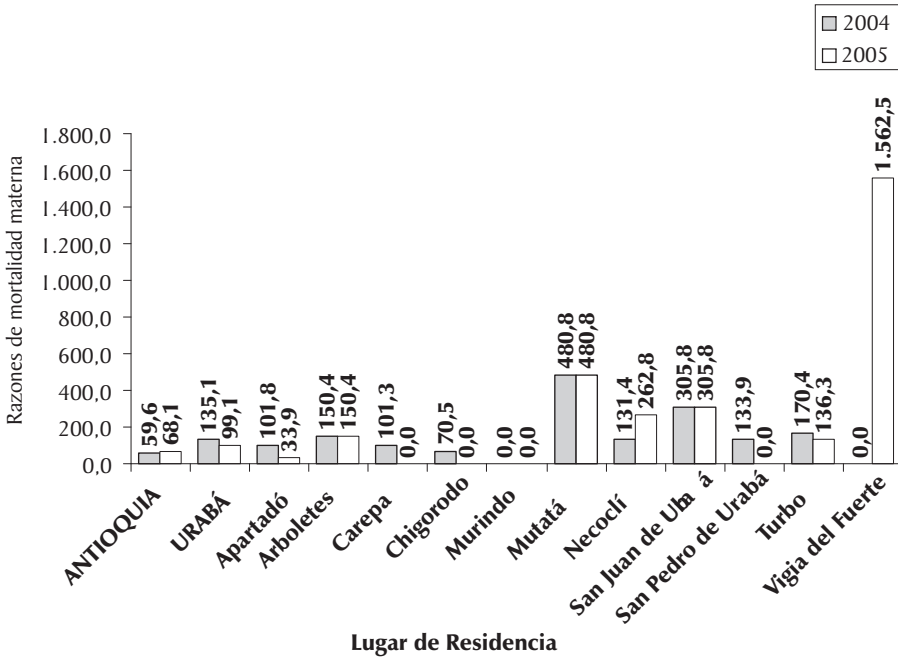
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Betania	0	1	Dificultades en los traslados
Andes	1	0	
Betania	0	1	
Ciudad Bolívar	0	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
La Pintada	1	0	
Montebello	0	1	
Salgar	0	1	
Andes	1	0	
Betania	0	1	
Ciudad Bolívar	0	1	Valoración inadecuada
La Pintada	1	0	
Montebello	0	1	
Salgar	0	1	
Betania	0	1	Subvaloración de los cuadros clínicos
Montebello	0	1	
Salgar	0	1	
Andes	1	0	
Betania	0	1	Barreras administrativas para el acceso
Ciudad Bolívar	0	1	
La Pintada	1	0	
Montebello	0	1	
Andes	1	0	
Ciudad Bolívar	0	1	Promoción y prevención
Salgar	0	1	
La Pintada	1	0	Nivel inadecuado
Salgar	0	1	Hemoderivados
Ciudad Bolívar	0	1	
Montebello	0	1	Exámenes
Ninguno	0	0	Recursos no acordes
Ninguno	0	0	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Ninguno	0	0	Trabajo en equipo

Tabla 5.14 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Suroeste. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
La Pintada	2004	29	35	7	Urbana	Subsidiado	SHAE	Directa	Si	Posparto mediato
Andes	2004	30	23	2	Urbana	Vinculado	Cardiopatía congénita	Indirecta	Si	Antes
Santa Barbara	2004	22	32	5	Rural	Vinculado	TEP	Directa	Si	Posparto mediato
Montebello	2005	27	34	6	Rural	Vinculado	Apendicitis perforada	Indirecta	Si	Posparto mediato
Támesis	2005	15	36	3	Urbana	Vinculado	Desconocida	Indirecta	No pertinente	Posparto mediato
Ciudad Bolívar	2005	30	33	6	Rural	Subsidiado	Encefalitis	Indirecta	Si	Posparto mediato
Betania	2005	33	39	9	Urbana	Contributivo	TEP	Directa	Si	Posparto tardío
Salgar	2005	43	39	9	Rural	Subsidiado	Atonia uterina	Directa	Si	Posparto inmediato

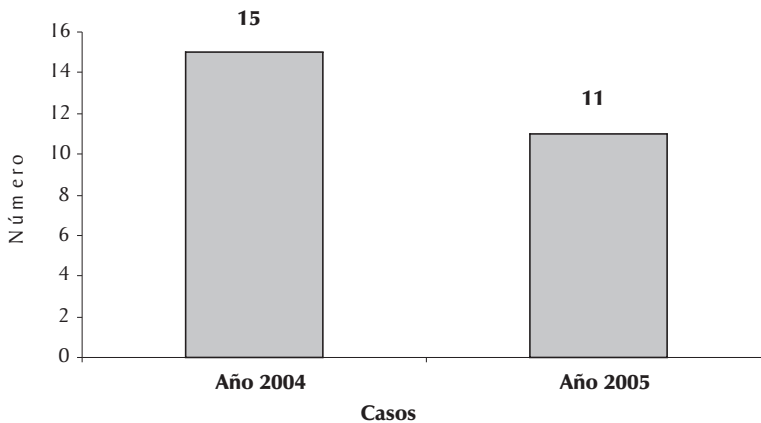
REGIONAL URABÁ

Gráfica 5.92 Razones de mortalidad materna en los municipios de la Regional Urabá, Antioquia 2004 -2005.

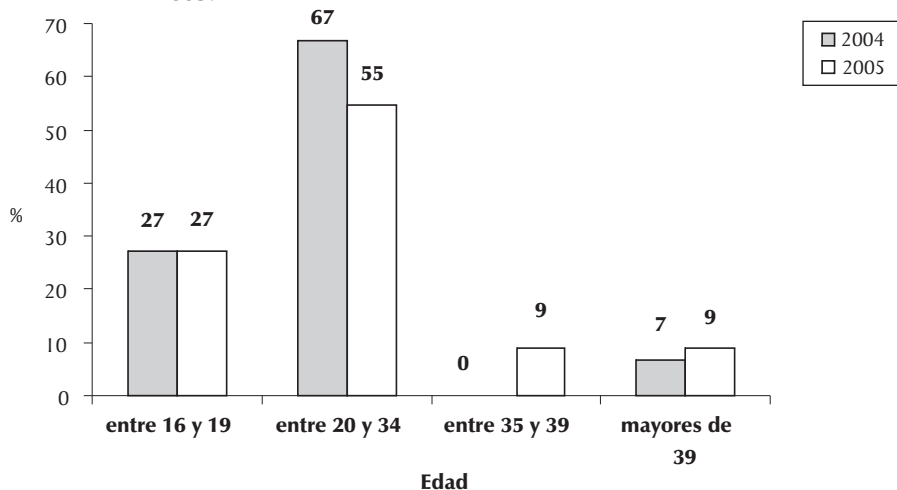


La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

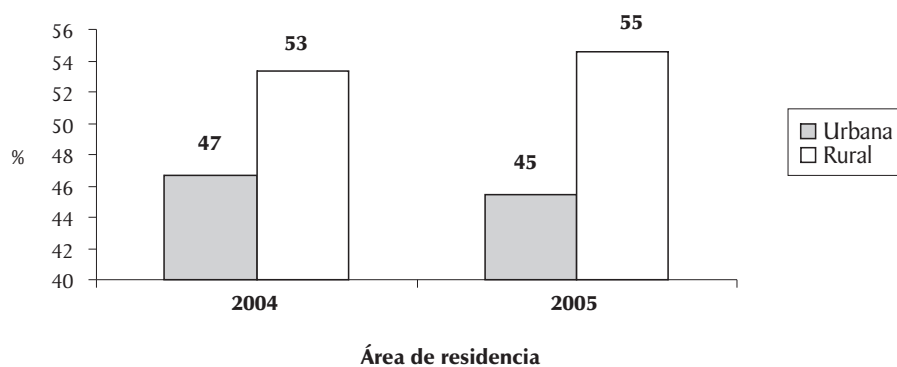
Gráfica 5.93 Muertes maternas en la regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



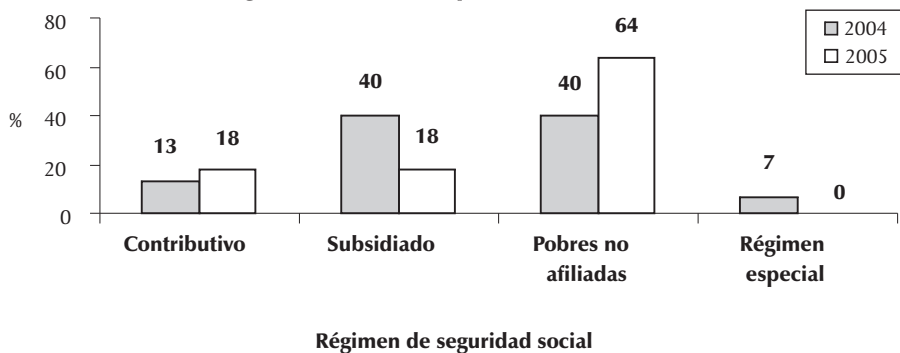
Gráfica 5.94 Muertes maternas por rangos de edad. Regional Urabá. Antioquia 2004 - 2005.



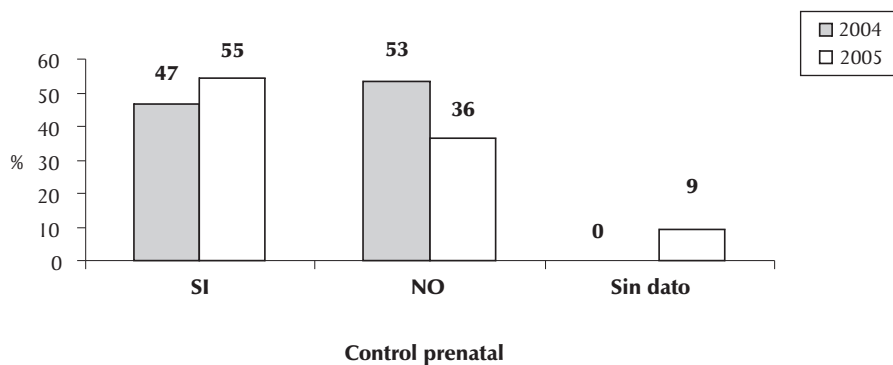
Gráfica 5.95 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional Urabá. Antioquia 2004-2005.



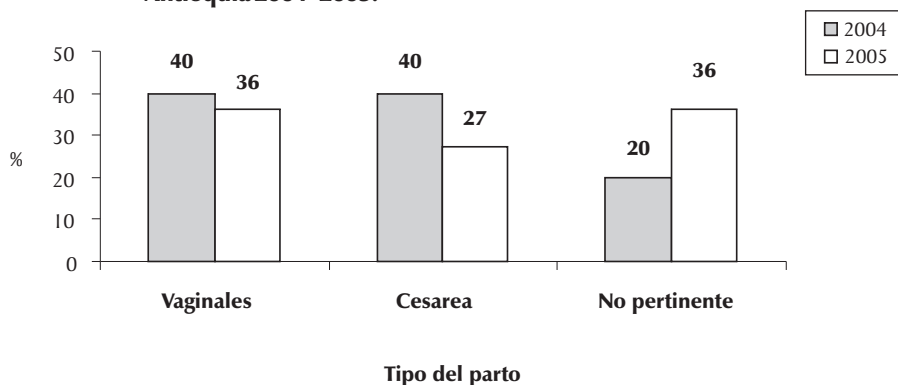
Gráfica 5.96 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Urabá. Antioquia 2004 - 2005.



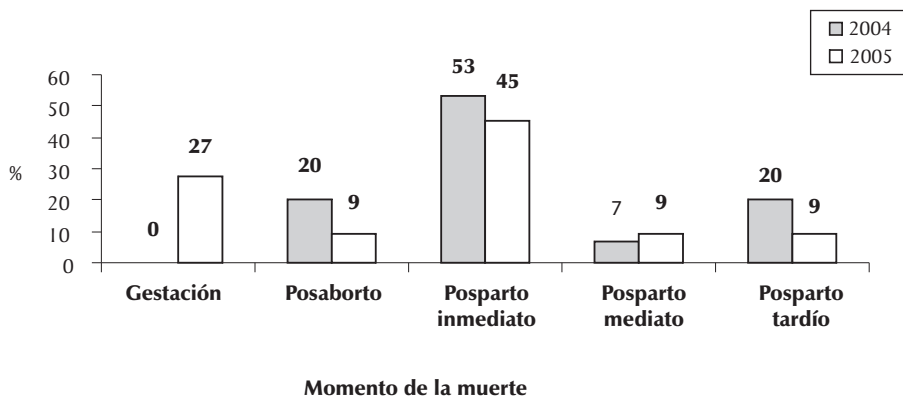
Gráfica 5.97 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



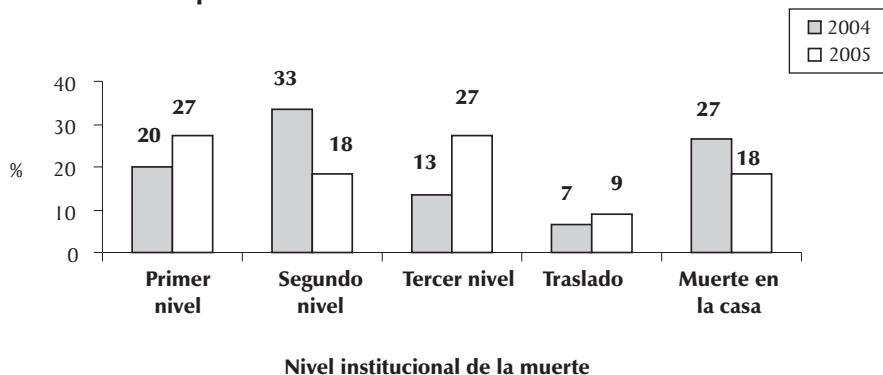
Gráfica 5.98 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



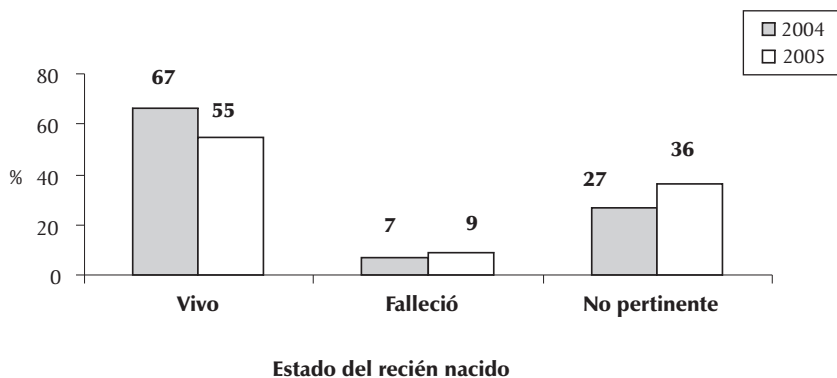
Gráfica 5.99 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



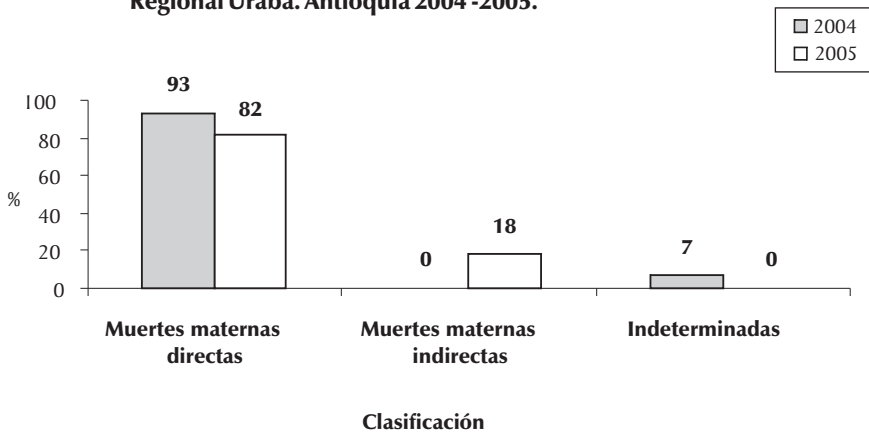
Grupo 5.100 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



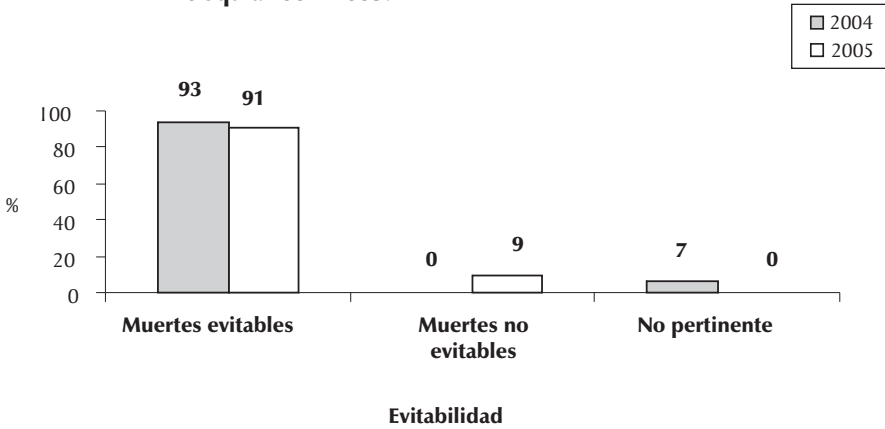
Gráfica 5.101 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.102 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.103 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.104 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.

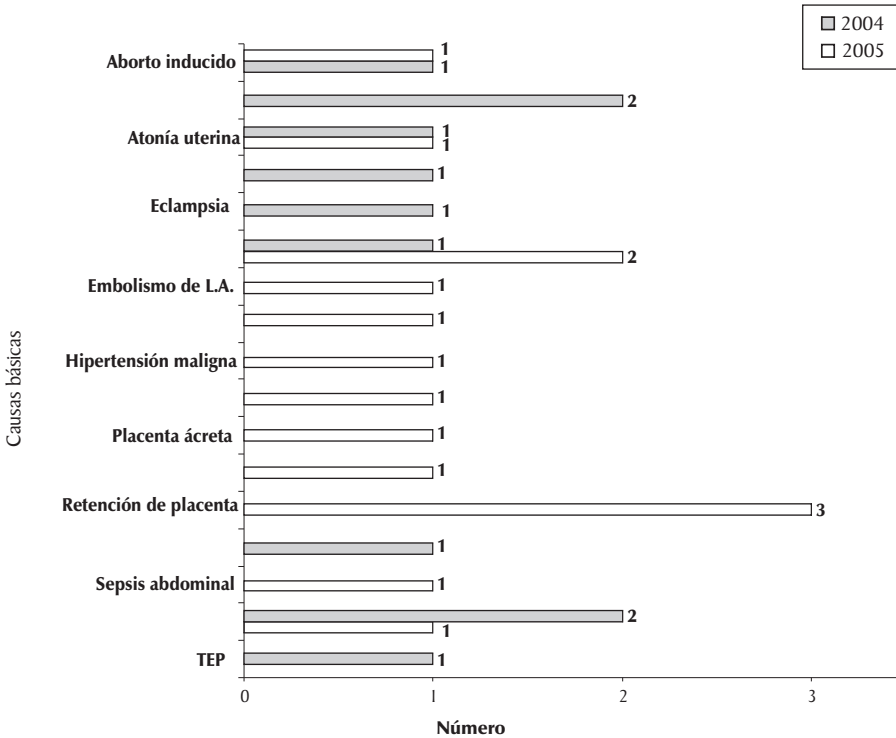


Tabla 5.15 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Apartadó	1	0	No reconoce riesgos del Embarazo
Necoclí	1	1	
San Juan de Urabá	1	1	
Turbo	2	3	
Apartadó	1	0	Prácticas culturales
Necoclí	1	0	
San Juan de Urabá	0	1	
Chigorodó	1	0	No reconoció signos de alarma
Turbo	1	1	Actitud negativa planificación
Turbo	2	0	
Mutatá	1	0	Desconocimiento derechos
Necoclí	0	1	
Turbo	0	1	
Turbo	2	0	Falta de toma de decisión
Mutatá	1	0	Dificultades económica
Necoclí	0	1	

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Mutatá	1	0	Infraestructura
Turbo	1	1	
Vigía del Fuerte	0	1	
Necoclí	1	0	Geográfico
Turbo	1	1	
Vigía del Fuerte	0	1	
Ninguno	0	0	Orden público

Municipio	2004	2005	Retraso 3
Apartadó	0	1	Dificultades en los traslados
Mutatá	0	1	
Necoclí	1	0	
Vigía del Fuerte	0	1	
Apartadó	3	1	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Carepa	1	0	
Chigorodó	1	0	
Mutatá	1	1	
Necoclí	0	1	
San Juan de Urabá	1	0	
Turbo	1	4	

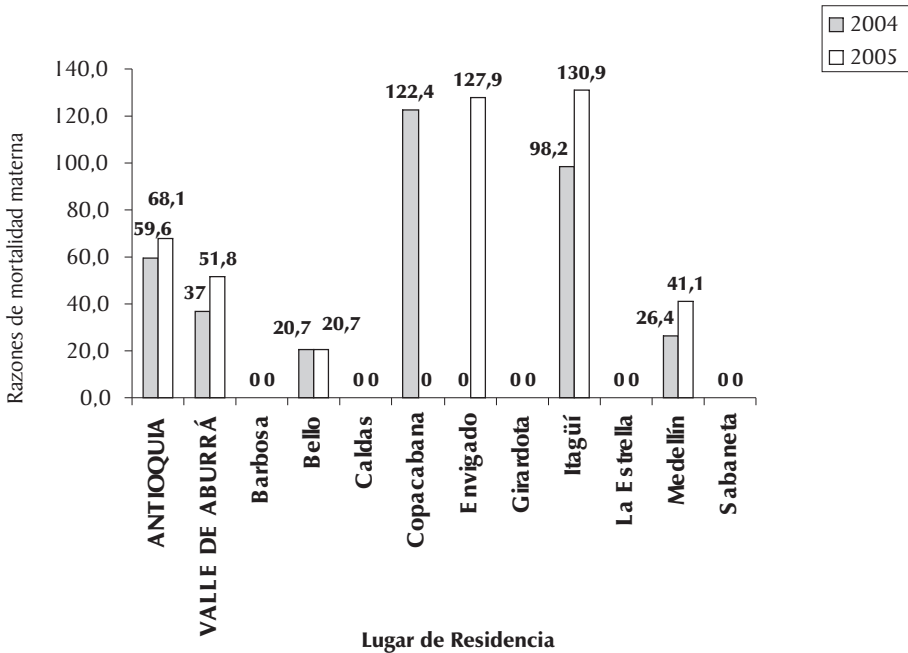
Municipio	2004	2005	Retraso 3
Apartadó	0	1	Subvaloración de los cuadros clínicos
Arboletes	0	1	
Mutatá	0	1	
Necoclí	0	1	
Turbo	0	1	
Apartadó	1	1	Barreras administrativas para el acceso
Mutatá	1	0	
Turbo	1	1	
Vigía del Fuerte	0	1	Promoción y prevención
Apartadó	1	1	
Chigorodó	1	0	
Mutatá	1	0	
Necoclí	0	1	
Turbo	1	4	Nivel inadecuado
Turbo	0	1	
Apartadó	1	0	Hemoderivados
Carepa	1	0	
Chigorodó	1	0	
Mutatá	0	1	
Turbo	0	1	
Vigía del Fuerte	0	1	Exámenes
Arboletes	0	1	
Necoclí	0	1	
Turbo	1	1	Recursos no acordes
Apartadó	1	0	
Mutatá	0	1	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Arboletes	1	1	
Mutatá	1	1	
Turbo	1	0	Trabajo en equipo
Ninguno	0	0	

Tabla 5.16 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Urabá. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Mulatá	2004	28	34	0	Rural	Vinculado	SHAE	Directa	Si	Posparto inmediato
Turbo	2004	27	99	0	Urbana	Subsidiado	Aborto inducido	Directa	Si	Posaborto
Turbo	2004	22	15	0	Rural	Subsidiado	Endometriosis posaborto	Directa	Si	Posaborto
Turbo	2004	19	39	0	Rural	Regimen especial	Desconocida	Indeterminada	No pertinente	Posparto inmediato
Arboletes	2004	17	8	1	Urbana	Contributivo	Embarazo ectópico	Directa	Si	Posaborto
Carepa	2004	30	39	4	Rural	Vinculado	Accidente quirúrgico	Directa	Si	Posparto inmediato
Chigorodó	2004	25	99	0	Rural	Vinculado	Retención de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato
Turbo	2004	43	99	0	Urbana	Subsidiado	Retención de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato
Apartadó	2004	26	37	5	Urbana	Contributivo	Accidente quirúrgico	Directa	Si	Posparto inmediato
San Pedro de Urabá	2004	24	39	5	Rural	Vinculado	TEP	Directa	Si	Posparto tardío
San Juan de Urabá	2004	25	24	0	Urbana	Vinculado	Eclampsia	Directa	Si	Posparto tardío
Turbo	2004	15	33	1	Rural	Vinculado	SHAE	Directa	Si	Posparto tardío
Apartadó	2004	33	40	0	Urbana	Subsidiado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Apartadó	2004	25	36	7	Urbana	Subsidiado	Ruptura uterina	Directa	Si	Posparto mediano
Necolí	2004	17	39	4	Rural	Subsidiado	Retención de placenta	Directa	Si	Posparto inmediato
Turbo	2005	45	43	2	Rural	Vinculado	Hipertensión maligna	Indirecta	Si	Posparto inmediato
Vigía del Fuerte	2005	28	10	0	Urbana	Contributivo	Embarazo ectópico	Directa	Si	Antes
Necolí	2005	16	18	1	Rural	Vinculado	Sepsis abdominal	Indirecta	Si	Antes
Turbo	2005	27	40	0	Urbana	Vinculado	Inversión uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Turbo	2005	19	42	0	Rural	Vinculado	Placenta previa	Directa	Si	Posparto inmediato
Apartadó	2005	38	8	99	Urbana	Contributivo	Aborto inducido	Directa	Si	Posaborto
Necolí	2005	21	40	2	Rural	Vinculado	Placenta ácreta	Directa	Si	Posparto inmediato
San Juan de Urabá	2005	16	39	1	Rural	Vinculado	Embolismo de L.A.	Directa	No	Posparto inmediato
Arboletes	2005	26	7	0	Rural	Vinculado	Embarazo ectópico	Directa	Si	Antes
Mulatá	2005	24	40	8	Urbana	Subsidiado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto mediano
Turbo	2005	32	35	4	Urbana	Subsidiado	SHAE	Directa	Si	Posparto tardío

REGIONAL VALLE DE ABURRÁ

Gráfica 5.105 Razones de mortalidad materna en los municipios de la Regional Valle de Aburrá, Antioquia 2004 -2005.



La tabla anterior incluye además de las razones de mortalidad materna por municipio de la regional, las de Antioquia y el consolidado de la región, que sirven como punto de referencia.

Gráfica 5.106 Muertes maternas en la Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 - 2005.

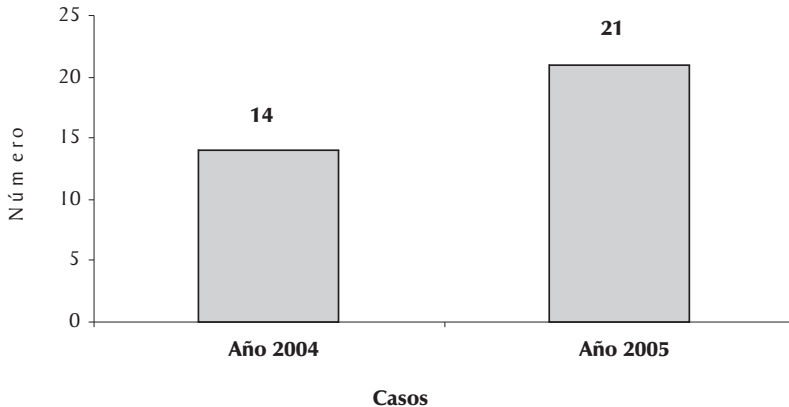
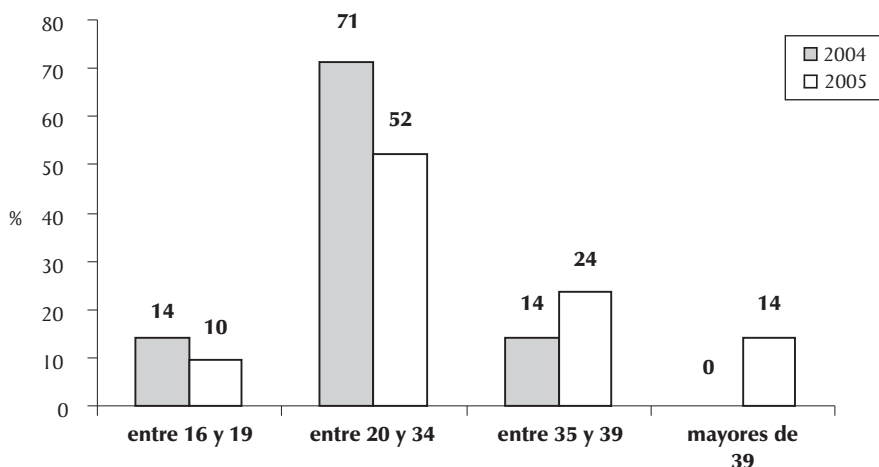
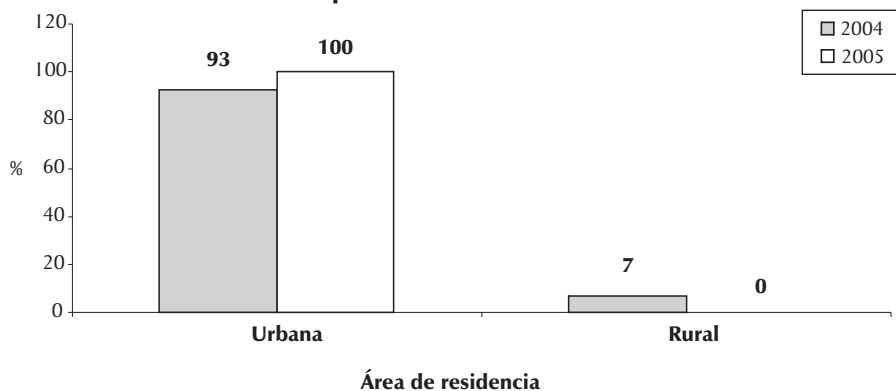


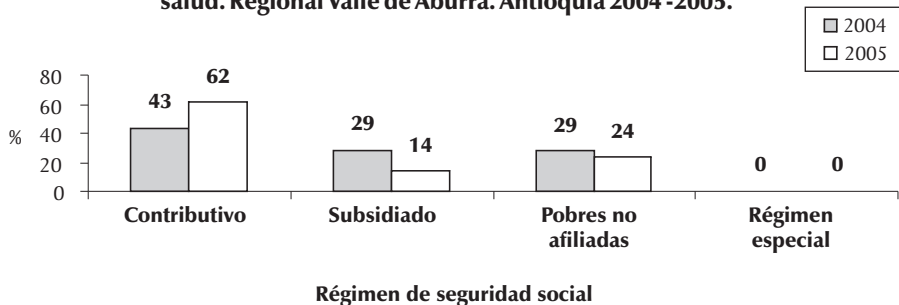
Gráfico 5.107 Muertes maternas por rangos de edad. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



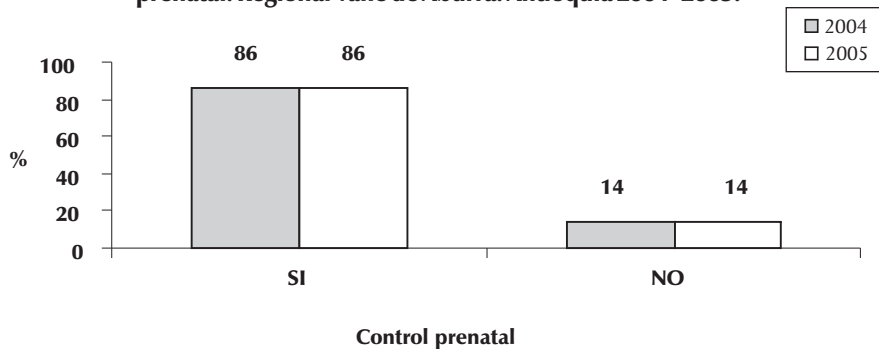
Gráfica 5.108 Proporción de muertes maternas por área de residencia. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



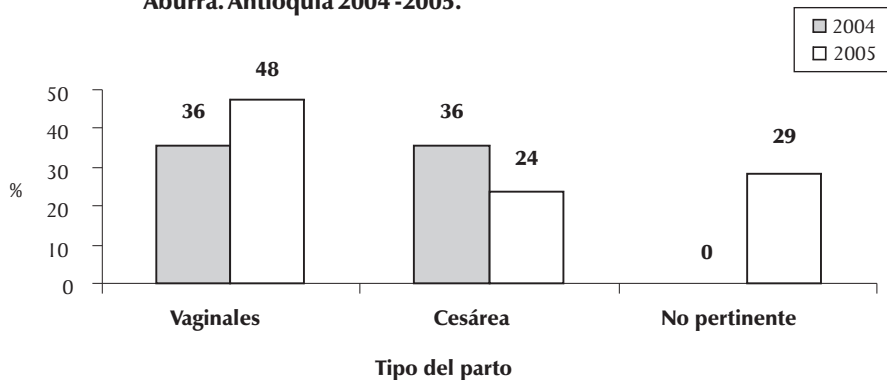
Gráfica 5.109 Proporción de muertes maternas por régimen de seguridad social en salud. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



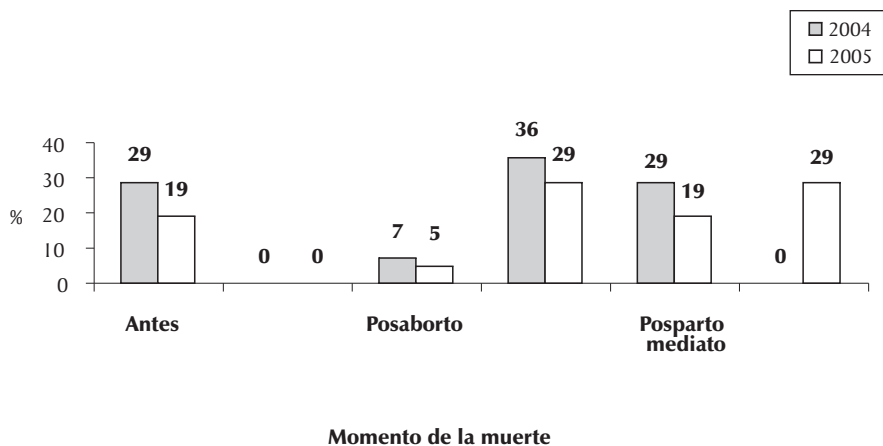
Gráfica 5.110 Proporción de muertes maternas según realización o no de control prenatal. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



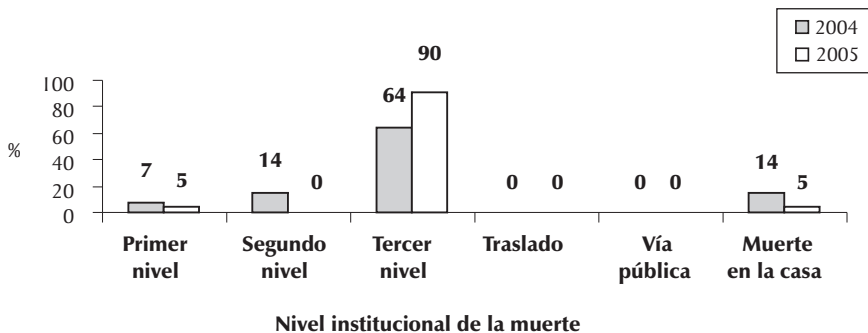
Gráfica 5.111 Proporción de muertes maternas según tipo de parto. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



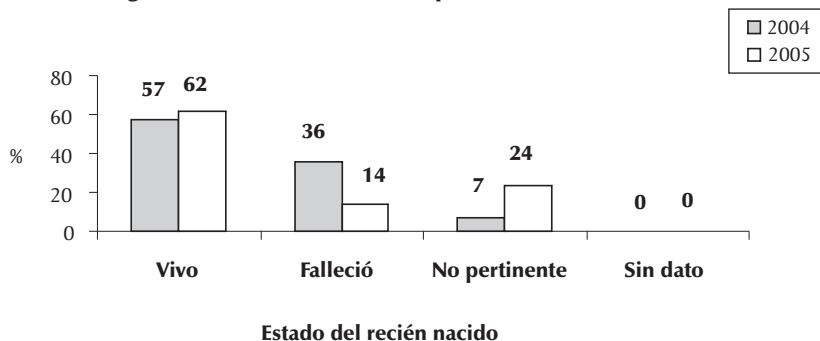
Gráfica 5.112 Proporción de muertes maternas según momento de la muerte con relación al parto. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



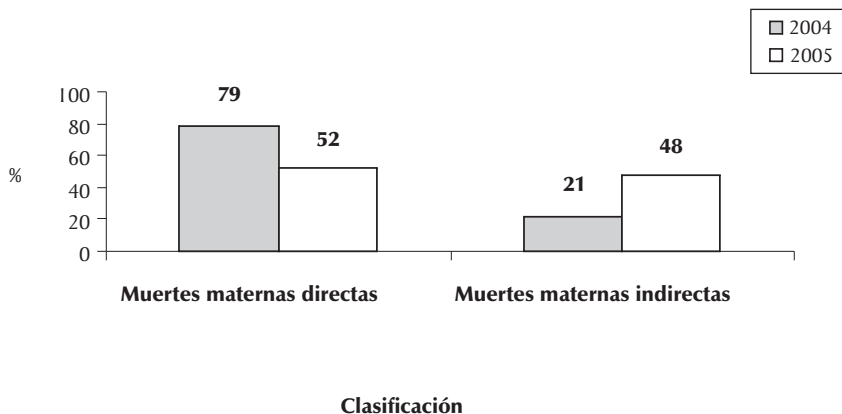
Grupo 5.113 Proporción de muertes maternas según sitio de muerte. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



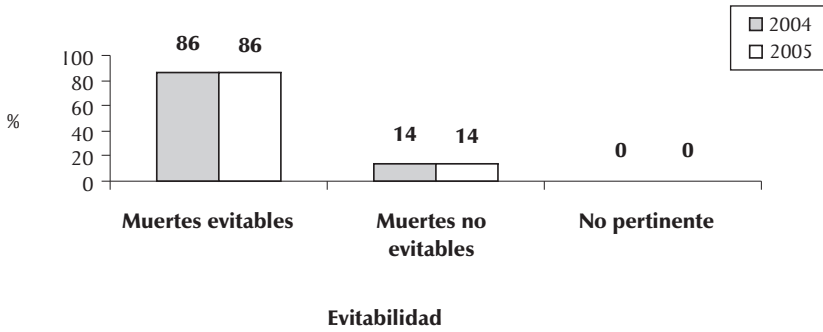
Gráfica 5.114 Proporción de muertes maternas según estado del recién nacido. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.115 Proporción de muertes maternas según clasificación de la muerte. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.116 Proporción de muertes maternas según evitabilidad. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.



Gráfica 5.117 Número de casos según causas básicas de muerte materna. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.

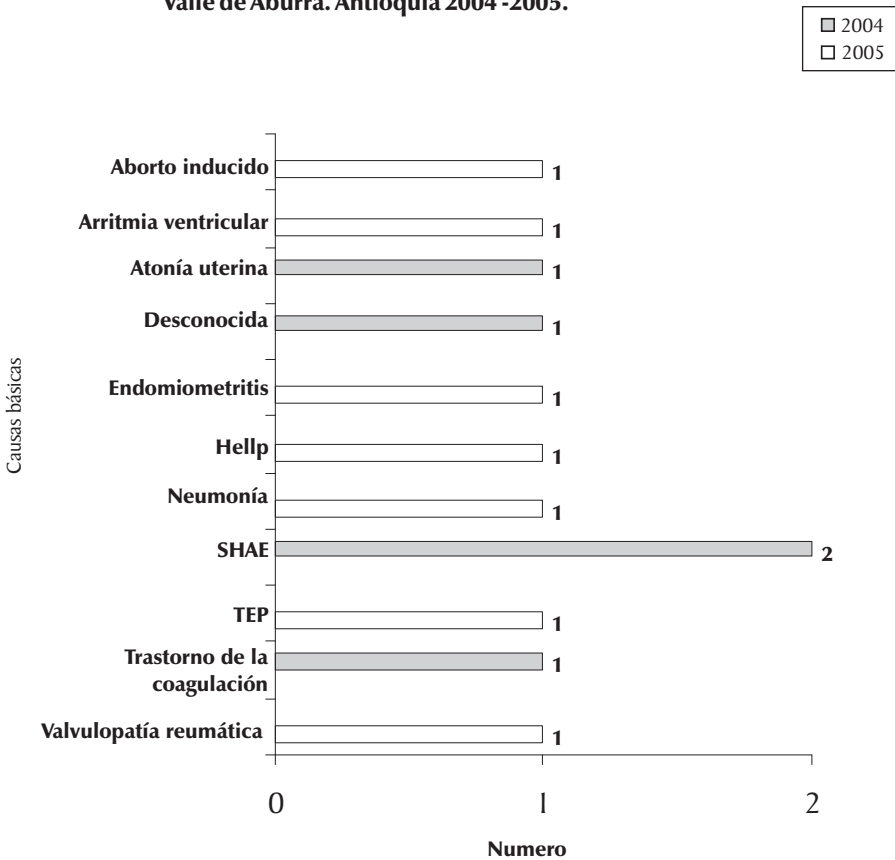


Tabla 5.17 Tipo de retrasos por municipio de ocurrencia. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.

Municipio	2004	2005	Retraso 1
Bello		1	No reconoce riesgos del Embarazo
Medellín	0	3	
Itagüí	1	0	Prácticas culturales
Itagüí	0	1	No reconoció signos de alarma
Medellín	1	1	
Bello	0	1	Actitud negativa planificación
Medellín	1	0	Desconocimiento derechos
Ninguno	0	0	Falta de toma de decisión
Medellín	2	0	Dificultades económica

Municipio	2004	2005	Retraso 2
Ninguno	1	0	Infraestructura
Ninguno	0	0	Geográfico
Ninguno	0	0	Orden público

Municipio	2004	2005	Retraso 3
Bello	0	1	Dificultades en los traslados
Medellín	1	1	
Copacabana	1	0	Intervenciones y/o conductas inadecuadas
Envigado	0	1	
Itagüí	3	3	
Medellín	3	10	Valoración inadecuada
Copacabana	1	0	
Envigado	0	1	
Itagüí	3	1	
Medellín	5	10	Subvaloración de los cuadros clínicos
Bello	0	1	
Itagüí	0	2	
Medellín	0	5	Barreras administrativas para el acceso
Bello	0	1	
Medellín	2	0	Promoción y prevención
Bello	0	1	
Envigado	0	2	
Itagüí	1	2	
Medellín	0	0	

Municipio	2004	2005	Retraso 3
Bello	0	1	Nivel inadecuado
Copacabana	1	0	
Envigado	0	1	
Itagüí	1	1	
Medellín	0	2	
Itagüí	3	1	Hemoderivados
Medellín	2	0	
Copacabana	1	0	Exámenes
Medellín	0	4	
Bello	0	1	Recursos no acordes
Itagüí	0	1	
Medellín	1	2	
Itagüí	0	1	Deficiencias en interrogatorio y examen físico
Medellín	0	2	
Itagüí	0	1	Trabajo en equipo
Medellín	0	1	

Tabla 5.18 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes fallecidas por municipio de ocurrencia. Regional Valle de Aburrá. Antioquia 2004 -2005.

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Bello			33		Urbana	Subsidiado	Desconocida	Indirecta	No	Antes
Bello	2005	34	23	1	Urbana	Subsidiado	Valvulopatía reumática	Indirecta	Si	Antes
Copacabana			36		Urbana	Contributivo	SHAE	Directa	Si	Antes
Envigado	2005	43	29	6	Urbana	Vinculado	Neumonía	Indirecta	Si	Posparto inmediato
Envigado	2005	20	7	0	Urbana	Contributivo	Aborto inducido	Directa	Si	Posaborto
Itagüí			26		Urbana	Contributivo	SHAE	Directa	Si	Posparto mediano
Itagüí			36		Urbana	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto mediano
Itagüí			32		Urbana	Subsidiado	Trastorno de la coagulación	Indirecta	Si	Posparto mediano
Itagüí	2005	39	40	3	Urbana	Subsidiado	Helpo	Directa	Si	Posparto inmediato
Itagüí	2005	27	39	10	Urbana	Contributivo	Endomiometritis	Directa	Si	Posparto tardío
Itagüí	2005	36	999	5	Urbana	Contributivo	TEP	Directa	Si	Posparto tardío
Itagüí	2005	38	999	4	Urbana	Contributivo	Arritmia ventricular	Indirecta	No	Posparto tardío
Medellín			35		Urbana	Contributivo	SHAE	Directa	Si	Posparto inmediato
Medellín			99		Urbana	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Medellín			38		Urbana	Vinculado	Inversión uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Medellín			39		Urbana	Contributivo	Desgarro del canal	Directa	Si	Posparto inmediato
Medellín			7		Urbana	Subsidiado	Aborto inducido	Directa	Si	Posaborto
Medellín			32		Urbana	Contributivo	Placenta previa	Directa	Si	Posparto inmediato
Medellín			26		Urbana	Vinculado	Cardiopatía congénita	Indirecta	Si	Antes
Medellín			40		Urbana	Contributivo	Trombosis de los senos venosos cerebrales	Directa	Si	Posparto mediano
Medellín			36		Rural	Subsidiado	TEP	Directa	No	Antes
Medellín	2005	23	37	3	Urbana	Contributivo	Cardiopatía congénita	Indirecta	Si	Posparto mediano
Medellín	2005	37	40	9	Urbana	Vinculado	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto inmediato
Medellín	2005	40	39	9	Urbana	Contributivo	Accidente cerebrovascular	Indirecta	No	Posparto tardío
Medellín	2005	29	41	7	Urbana	Contributivo	Atonía uterina	Directa	Si	Posparto tardío

Continúa en la siguiente página

Residencia	Año	Edad	Edad gestacional	Número de controles	Área geográfica	Sistema de Seguridad	Causa básica	Clasificación	Evitable	Momento de la muerte
Medellín	2005	18	15	0	Urbana	Contributivo	Lupus eritematoso sistémico	Indirecta	Si	Antes
Medellín	2005	44	31	2	Urbana	Subsidiado	SHAE	Directa	Si	Posparto mediato
Medellín	2005	34	39	8	Urbana	Contributivo	SHAE	Directa	No	Posparto inmediato
Medellín	2005	27	26	5	Urbana	Contributivo	Lupus eritematoso sistémico	Indirecta	Si	Posparto mediato
Medellín	2005	33	34	3	Urbana	Vinculado	Cadasil	Indirecta	Si	Posparto inmediato
Medellín	2005	32	37	5	Urbana	Contributivo	Eclampsia	Directa	Si	Posparto mediato
Medellín	2005	18	37	7	Urbana	Contributivo	Cardiomiopatía periparto	Indirecta	Si	Posparto inmediato
Medellín	2005	34	39	6	Urbana	Contributivo	Trombosis de los senos venosos cerebrales	Directa	Si	Posparto tardío
Medellín	2005	37	12	1	Urbana	Vinculado	Embarazo ectópico	Directa	Si	Antes
Medellín	2005	20	8	0	Urbana	Vinculado	Neumonía	Indirecta	Si	Antes

Muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia. Años 2004 y 2005

*Gladis Adriana Vélez Álvarez
Bernardo Agudelo Jaramillo
Joaquín Guillermo Gómez Dávila*

INTRODUCCIÓN

En el mundo, cada año, catorce millones de mujeres sufren de hemorragia obstétrica y al menos ciento veintiocho mil de estas mujeres se desangran y mueren¹. En Colombia la hemorragia posparto es la segunda causa de muerte después de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo. Otras causas de hemorragia obstétrica, como el embarazo ectópico, la placenta previa y el abrupcio son considerados aparte, pero aún sumándolas, la hemorragia continúa en segundo lugar como causa de muerte².

En las estadísticas vitales del departamento de Antioquia la importancia de las muertes por hemorragia no alcanza a evidenciarse. Ésta se incluye en el grupo de trastornos relacionados con complicaciones del trabajo de parto y posparto, que globalmente ocupan un segundo lugar². Sin embargo, en la investigación "Muertes maternas y perinatales en el departamento de Antioquia" realizada por la DSSA en 1998, el 37.8% de las muertes maternas se debieron a hemorragias, ubicando ésta como la primera causa de muerte en el Departamento³.

La hemorragia posparto ocupa el primer lugar dentro de las hemorragias obstétricas. Este tipo de hemorragia, si no es tratada adecuadamente, puede llevar a la muerte a una mujer en cuestión de horas. Los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia posparto son los siguientes: la prolongación del tercer período del parto, la preeclampsia, los antecedentes de hemorragia posparto, el embarazo gemelar, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, el embarazo múltiple y la macrosomía⁴. Sin embargo, dos terceras partes de las mujeres que sufren este tipo de hemorragias no presentan ningún factor de riesgo. Según la OMS, la probabilidad de morir de una gestante se incrementa en forma importante cuando sufre de anemia. Una mujer anémica puede morir con pérdidas sanguíneas tan bajas como de 250 a 500 cc⁵.

En Antioquia se han identificado algunos factores determinantes de la hemorragia posparto similares a los encontrados en países en vía de desarrollo. Es de anotar, que si bien hay algunas semejanzas con algunos países africanos, existen otros elementos que no operan para el caso antioqueño. En Colombia en el año 2004, a diferencia de algunos países africanos donde más del 80% de los partos fueron atendidos en casa por personal no calificado⁶, el porcentaje de partos institucionales alcanzó un 92%. Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el mismo período en el departamento de Antioquia el 92% de los partos fueron institucionales. El porcentaje de partos atendidos por partera fue ínfimo y sólo un 6% de mujeres tuvieron su parto solas⁷. A la luz de estos datos, los indicadores deberían correlacionarse con razones de mortalidad mucho más bajas que las que presentan Colombia y el departamento de Antioquia en particular.

En consonancia con lo anterior, en este capítulo se pretende evidenciar la realidad del departamento de Antioquia en cuanto a la mortalidad materna por hemorragia. Así mismo, aprender de las lecciones que ha dejado el análisis de los casos ocurridos entre el 2004 y 2005 para poder definir cuáles serían las medidas más urgentes a implementar.

RESULTADOS GENERALES

En el departamento de Antioquia en el año 2004 fallecieron veintitrés mujeres por hemorragia y en el 2005 dieciocho. La muerte por hemorragia se destacó como la principal causa de muerte materna para ambos años, con un porcentaje del 43% para el 2004 y el 28% para el 2005.

Dentro de las hemorragias obstétricas, la hemorragia posparto fue la principal causa de muerte en estos dos años. De hemorragia posparto murieron treinta pacientes, es decir el (73,1%) de las mujeres. La segunda causa de muerte fue el embarazo ectópico, con seis pacientes (14,6%). El abruptio y la placenta previa aportaron tres (7,3%) y dos pacientes (4,8%) respectivamente.

Las características generales de las pacientes se muestran en las tablas 6.1 a 6.4. Los resultados se presentan en número y porcentaje para las variables nominales y ordinales y con su medida de tendencia central y de dispersión para las de razón. Dependiendo de la información que aporte, se presentan los percentiles 25 y 75 o 10 y 90.

Tabla 6.1 Mortalidad materna por hemorragia. Características generales de la población de estudio. Antioquia 2004 - 2005.

Característica	
Edad años m(DS)	27.4 (7.9)
Edad gestacional me(p 25 - 50)	39 (36 -40)
Realizaron control prenatal n (%)	26 (63)
Número de controles me(p 25- 50)	3 (0 -5)
Gestaciones previas me(p 25 - 50)	2 (1 -4)
Abortos me(p10 - 90)	0 (0 -2)
Partos vaginales previos me(p25 - 75)	1 (0 -3)
Cesáreas previas me (p10 - 90)	0 (0 -1)

Convenciones: m= media, me= mediana, DS= desviación estándar, p= percentil.

Tabla 6.2 Mortalidad materna por hemorragia. Régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud. Antioquia 2004 - 2005.

Régimen de seguridad social en salud	Número	Porcentaje
Contributivo	9	22
Subsidiado	11	26,8
Pobre no asegurada	20	48,8
Sin dato	1	2,4

ANÁLISIS DE LOS RETRASOS

Después de realizado el análisis de las muertes maternas por hemorragia, se llegó a la conclusión que el 100% de las muertes eran evitables. El gráfico 6.1 presenta la influencia de los diferentes retrasos en la mortalidad por hemorragia. Los valores exceden el 100% porque una misma paciente puede tener simultáneamente varios retrasos.

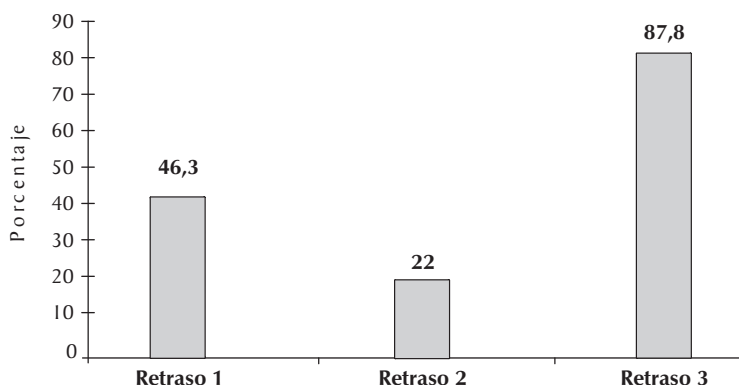
Tabla 6.3 Mortalidad materna por hemorragia. Distribución según el momento de la muerte, tipo de parto y atención del parto. Antioquia 2004 - 2005.

Momento de la muerte	Número	Porcentaje
Antes del parto	7	17,1
Posparto inmediato	29	70,7
Posparto mediano	4	9,8
Posparto tardío	1	2,4
Tipo de parto		
Cesárea	10	24,4
Vaginal	25	61
No pertinente (Ectópico)	6	14,6
Atención del parto		
Obstetra	12	29,3
Médico general	11	26,8
Partera	4	9,8
Otros	7	17,1
Sola	1	2,4
No pertinente (Ectópico)	6	14,6

Tabla 6.4 Mortalidad materna por hemorragia. Sitio de atención, área de residencia. Antioquia 2004 - 2005.

Inicio de la atención	Número	Porcentaje
Casa	12	29,3
Primer nivel	19	43,9
Segundo nivel	8	22
Tercer nivel	2	4,9
Sitio de la muerte		
Casa	8	19,5
Primer nivel	8	19,5
Segundo nivel	8	19,5
Tercer nivel	9	22
Traslado	8	19,5
Área de residencia		
Rural	19	46,3
Urbana	22	53,7

Gráfico 6.1 Mortalidad materna por hemorragia. Retrasos que condujeron a la muerte materna. Antioquia 2004 - 2005.



En las siguientes tablas se discriminan las categorías de cada uno de los retrasos y el porcentaje de pacientes que lo presentó. En los casos clínicos que se presentan más adelante se muestran ejemplos de los diferentes retrasos.

Tabla 6.5 Distribución de la mortalidad materna por hemorragia según categorías del retraso 1. Antioquia 2004 - 2005.

Retraso 1	Número	Porcentaje
Falta de reconocimiento de los riesgos de asumir la gestación	10	27
Prácticas culturales	3	8.1
Falta de reconocimiento de los signos de alarma	4	10.8
Actitud negativa hacia planificación familiar	4	10.8
Desconocimiento de derechos	2	5.4
Falta de toma de decisión de consultar	4	10.8
Dificultades económicas	4	10.8

En la tabla 6.5 se observan las categorías contempladas dentro del retraso 1. Se incluyeron 37 pacientes de las cuales se disponía de información. En cuatro casos no fue posible realizar la autopsia verbal.

Tabla 6.6 Distribución de la mortalidad materna por hemorragia según categorías del retraso 2. Antioquia 2004 - 2005.

Retraso 2	Número	Porcentaje
Falta de infraestructura	8	89
Ubicación geográfica	9	100
Problemas de orden público	0	0

Igualmente, en la tabla 6.6 no se encuentra información para tres pacientes. En uno de los casos, aunque no se realizó autopsia verbal, el retraso 2 quedó explícito en la historia clínica.

Tabla 6.7 Distribución de la mortalidad materna por hemorragia según categorías del retraso 3. Antioquia 2004 - 2005.

Retraso 3	Número	Porcentaje
Intervenciones o conductas médica inadecuadas	26	66,6
Valoración médica inadecuada	20	51,3
Subvaloración de los cuadros clínicos	9	23
Barreras administrativas para la atención	7	17,9
Mala calidad de las actividades de promoción y prevención	12	30,9
Nivel de atención inadecuado	4	10,26
Falta de disponibilidad u oportunidad en la administración de los hemoderivados	21	53,8
Exámenes de laboratorio que no se solicitan o no se evalúan oportunamente	5	12,8
Atención en instituciones con recursos no acordes a nivel que acreditan	2	5,1
Deficiencias en el interrogatorio y el examen físico	8	20,5

Se obtuvieron datos para 39 pacientes.

MUERTES POR HEMORRAGIA POSPARTO

Durante los años 2004 y 2005, treinta pacientes fallecieron por hemorragia posparto, veinticinco posparto vaginal y cinco después de la cesárea. De las veinticinco pacientes que fallecieron después de parto vaginal, doce tuvieron el parto en la casa y trece hospitalario.

Tabla 6.8 Mortalidad materna por hemorragia posparto según causa básica de muerte. Antioquia 2004 - 2005.

Causa básica	Número	Porcentaje
Atonía uterina	12	40
Retención de placenta	6	20
Inversión uterina	4	13,3
Accidente quirúrgico	3	10
Placenta ácreta	2	6,6
Ruptura uterina	2	6,6
Desgarro del canal	1	3,3
Total	30	100

MUERTES POR HEMORRAGIA DESPUÉS DE PARTO DOMICILIARIO

Doce pacientes fallecieron después de tener su parto en la casa. Solamente cuatro de ellas llegaron con vida a una institución de salud.

CASO I

Paciente trigestante, de 33 años de edad, con cuatro controles prenatales realizados. Tuvo parto domiciliario atendido por partera. Según la autopsia domiciliaria la paciente inició la actividad uterina el día domingo desde la madrugada. Debido a la falta de transporte los días domingos en la vereda donde residía, se quedó en su casa y tuvo parto vaginal a las 3:00 a.m. del día lunes. Inmediatamente empezó a sangrar y presentó retención de placenta. Una hora después del parto decidieron trasladarla al hospital en un carro de la vereda, pero en el traslado, antes de llegar al hospital, falleció.

La paciente había realizado cuatro controles prenatales, tres por médico y uno por personal de enfermería. Tenía hemoglobina de 10,6 g/dl y no quedó registro en la historia clínica de haberle formulado sulfato ferroso. En la entrevista domiciliaria se encontró que los partos anteriores habían sido atendidos en el hospital. La paciente no vivía de forma permanente con el compañero, pues este convivía con otra compañera y solamente la visitaba los fines de semana. Dos días antes de iniciar el trabajo de parto, la mamá de la paciente le sugirió al compañero que la trasladara al

pueblo donde unos familiares, debido a que no había servicio de transporte sino jueves y viernes. Él se negó y la paciente no tomó la decisión de salir por sí misma.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen a los retrasos 1 y 3:

Retraso 1. Falta de decisión de la mujer para salir oportunamente al pueblo, como lo había sugerido su madre.

Retraso 3. Fallas en el control prenatal: no se realizó tratamiento de la anemia y no lograron concienciar a la paciente durante el control prenatal de la importancia de los riesgos de la atención del parto en casa.

De las doce pacientes que tuvieron el parto en la casa, cinco realizaron control prenatal, con un mínimo de 2 y un máximo de 5. En general, la media de la hemoglobina en el tercer trimestre fue de 10.7g/dl, con una desviación estándar de 1.6, lo que evidencia que las pacientes están llegando anémicas al parto.

Lección 1

El control prenatal debe servir no solo para el seguimiento clínico de las pacientes, sino para garantizar que ellas conozcan y entiendan los riesgos del parto domiciliario y asuman el compromiso de tener su parto institucional. El personal de la salud debe conocer las características, creencias y percepción de la población a su cargo acerca de los servicios de salud y tenerlas en cuenta en las políticas que implementa.

Lección 2

Todas las gestantes deben recibir suplementos hematínicos, y la anemia debe tratarse adecuadamente. Las pacientes anémicas pueden morir en el momento del parto hasta con pérdidas sanguíneas consideradas normales en otras circunstancias.

MUERTES POR HEMORRAGIA DESPUÉS DE PARTO VAGINAL HOSPITALARIO

En los dos años anteriores, 2004 y 2005, doce pacientes fallecieron después de parto vaginal hospitalario.

CASO 2

Paciente de 23 años multigestante. Se le atendió parto vaginal en una unidad de segundo nivel bajo anestesia epidural. Le aplicaron 5 unidades de oxitocina y 0,2 mg., de metilergonovina IM porque no hubo buena contracción uterina y le corrigieron un desgarro grado II.

A los 15 minutos continuó con sangrado abundante por atonía uterina para lo cual le realizaron masaje uterino y le administraron cristaloides y otras 10 unidades de oxitocina. Persistió con sangrado abundante. A los 45 minutos le aplicaron otra ampolla de metilergonovina, cuatro tabletas de misoprostol rectal. Dos horas después del parto, le iniciaron dopamina y le ordenaron la transfusión de 3 unidades de glóbulos rojos la cual se inició una hora y cincuenta minutos después de ordenada.

Descartaron alteraciones de la coagulación y le encontraron hemoglobina de 8,6 g/dl. A las seis horas le realizaron una nueva revisión y masaje uterino. Ingresó al tercer nivel diez horas después del parto, con presión arterial (PA) 69/38, con goteo de dopamina, y según la evolución médica, con útero bien contraído y sangrado escaso. Dos horas después presentó nuevamente sangrado abundante. Le realizaron nueva revisión uterina y masaje y como persistió con el sangrado, le realizaron histerectomía a pesar de tener el útero contraído. Luego de concluida la cirugía, como continuaba con sangrado vaginal, la revisaron y le encontraron tres desgarros vaginales que fueron suturados. La paciente falleció dos horas después.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- No realizaron manejo activo de alumbramiento. Esta es una falla recurrente en este tipo de casos. De 13 pacientes que fallecieron después de parto vaginal hospitalario, en el 84% no se realizó manejo activo del alumbramiento.
- No siguieron un protocolo adecuado para el manejo de la hemorragia, e insistieron en el diagnóstico de atonía, aunque el examen físico mostraba lo contrario. De las 13 pacientes, en nueve casos (69%) se realizó revisión uterina, pero solamente en tres (23%) se describió la realización de revisión del canal del parto.
- No siguieron una secuencia lógica en la administración de los medicamentos útero tónicos. Al parecer ésta es una constante en este tipo de hemorragias. De 16 pacientes que tenían indicación para recibir oxitocina, la mitad no la recibió.

Lección 3

El manejo activo del alumbramiento es la conducta recomendada por la OMS para todas aquellas mujeres que tienen parto vaginal hospitalario. Éste procedimiento disminuye en forma importante el riesgo de hemorragia posparto mayor de 500 ml. La administración de un medicamento uterotónico de rutina, para disminuir la hemorragia posparto, puede reducir la mortalidad materna en un 40%⁸.

Lección 4

Siempre debe seguirse un orden riguroso para la investigación de la causa de la hemorragia para evitar omisiones que pueden costarle la vida a la paciente. La oxitocina es el medicamento de primera línea para el manejo de la atonía posparto. El misoprostol pudiera llegar a reemplazarla por su fácil almacenamiento y administración, pero aún faltan estudios^{9,10}.

TRATAMIENTO DEL CHOQUE

CASO 3

Paciente de 22 años con embarazo a término, con 65 kg. de peso, que consultó a una unidad de primer nivel seis horas después de iniciar actividad uterina. Recibió refuerzo con oxitocina por mal trabajo de parto. Ocho horas después del ingreso presentó parto espontáneo y presentó inversión uterina espontánea. Le realizaron desprendimiento manual de la placenta y posteriormente reducción de la inversión. Le pasaron 2.000 cc de Haemacel y 1.500 cc de solución salina. Así mismo, le administraron 20 unidades de oxitocina y 1 ampolla de metilergonovina. La remitieron a un tercer nivel donde llegó una hora y media después con PA 72/46 y 140/min de pulso. Solicitaron tres unidades de glóbulos rojos y la llevaron a cirugía inmediatamente. Después de anestesiada detectaron que la inversión estaba reducida pero presentaba atonía y restos en cavidad. Le realizaron revisión uterina, curetaje y masaje uterino. Le aplicaron nuevamente oxitocina, maleato de metilergonovina y misoprostol rectal. Al finalizar el procedimiento, presentó hipotensión marcada y bradicardia persistente a pesar del manejo. Le iniciaron la transfusión con glóbulos rojos dos horas después del ingreso. Por persistencia del sangrado y de la atonía, le realizaron histerectomía subtotal cuatro horas después del curetaje y la pasaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde falleció cinco días después.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- La reposición de líquidos fue inadecuada: si se tiene en cuenta que el cálculo de reposición con los coloides es de 2:1, y con los cristaloides es de 3:1, con 2.000 cc de haemacel se reemplazarían 1.000 cc, y con los 1.500 cc de cristaloides se reemplazarían 500 cc, para un total de 1.500 cc de pérdida aproximada. Para una mujer de 65 kg, el volumen sanguíneo aproximado al final del embarazo es de aproximadamente 6.700 cc (Peso x 70 + 50% de aumento al final del tercer trimestre). Con una PA 72/46 se califica como un choque moderado, para una pérdida del 30% aproximadamente (ver anexo 1), es decir, 2.000 cc, que requieren una reposición de 6.000 cc de líquidos. El tratamiento del choque hipovolémico fue deficiente en la mayoría de los casos. El 50% de las pacientes recibió 1.500 cc o menos de líquidos en la primera hora después del diagnóstico (p25 = 0 y p75 = 2.500).
- La administración de la primera unidad de glóbulos rojos fue tardía (3.5 horas después del diagnóstico de la hemorragia). Fueron evidentes las dificultades para la administración de hemoderivados. Apenas el 48,8% de las pacientes los recibieron. La mediana del tiempo de inicio de la primera unidad fue de tres horas, que está muy por encima del estándar ideal en la hemorragia obstétrica masiva que es de 15 minutos. La mediana de la hemoglobina pretransfusión fue de 5,5 g/dl (p5 = 1,6 y p95 = 10), lo que nos confirma que se está demorando mucho la transfusión inicial, lo que expone a las pacientes a un riesgo mayor. Las características de la administración de los hemoderivados se resumen en la tabla 6.9.

Tabla 6.9 Administración de hemoderivados en hemorragia. Antioquia 2004 - 2005.

Hemoderivado	Número de pacientes que los recibieron (%)	Tiempo de inicio en horas Mediana (p - p)	Número de unidades administradas Mediana (p-p)
Glóbulos rojos	20 (48.8)	3 (p5=0,9-p95=7.3)	6 (p5=2-p95=30)
Plaquetas	7 (17.1)	11 (p25=2,5-P75=24.5)	11 (p25=9-p75=14)
Plasma	11 (26.8)	4.5 (p10=1-p90=23.4)	10 (p25=4-p75=13)
Crioprecipitado	6 (14.6)	9 (p25=4.6-p75=19)	7.5 (p25=5.8-p75=32.2)

P: Percentil.

Lección 5

Todas las unidades que atienden partos deben tener disponible un protocolo multidisciplinario de manejo de la hemorragia obstétrica masiva, el cual debe actualizarse y socializarse regularmente en coordinación con el banco de sangre ¹¹.

Lección 6

Las pacientes toleran mejor la anemia que la hipovolemia. La hipotensión prolongada ocasiona daño de órgano y favorece la aparición temprana de la coagulación intravascular diseminada. La reposición de líquidos debe ser agresiva en los primeros 20 minutos, con una relación de 3:1 con la pérdida calculada. La reposición debe hacerse con cristaloides, ya que los coloides son más costosos y no ofrecen ventajas sobre los cristaloides ¹².

Lección 7

Dado el volumen sanguíneo tan alto que recibe el útero al final del embarazo, la hemorragia obstétrica rápidamente se convierte en masiva. Esta es definida como la pérdida de más del 50% de la volemia total en un lapso de tres horas, o de más de 150 ml/min. Por lo tanto, para la reanimación se requiere la administración de hemocomponentes rápidamente ¹³. Para esta situación, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomienda tener disponibles en los servicios obstétricos glóbulos rojos O negativo para infundir en forma inmediata en las situaciones de emergencia y sangre tipo específica sin pruebas cruzadas en un lapso de 30 minutos ¹⁴. Ver anexo 2.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HEMORRAGIA

En el 50% de las pacientes el tiempo transcurrido entre el evento y el diagnóstico de la hemorragia fue de quince minutos, o menos, tiempo que se considera óptimo. Pero hubo casos en los que el diagnóstico se retrasó inclusive hasta diez horas después del evento. La mediana del tiempo para llegar al sitio de atención definitiva fue de dos horas (p10=0.5 horas y p90 = 8 horas). Este tiempo, sumado al hecho de una reanimación inadecuada, hace imposible la recuperación de las pacientes, lo que se reflejó en el tiempo tan corto de supervivencia después del evento. La mediana del

tiempo desde el diagnóstico de la hemorragia hasta la muerte fue de 10 horas ($p5 = 1$ hora y $p95 = 5,4$ días).

En este mismo sentido, la mediana del tiempo desde el diagnóstico de la hemorragia, hasta la decisión quirúrgica, fue de 85 minutos ($p25 = 25$ minutos y $p75 = 6$ horas). El tiempo óptimo se calcula en dos horas. Diez y siete pacientes fueron sometidas a una primera intervención quirúrgica; tres a legrados; ocho a histerectomías abdominales totales; tres a histerectomías subtotales; una a un empaquetamiento y dos a laparotomías. De las diez y siete pacientes se reintervinieron once. En ninguno de los casos se intentaron otras alternativas quirúrgicas menos agresivas como las suturas compresivas del útero o ligadura de arterias uterinas. Esta situación evidencia el desconocimiento práctico de estos procedimientos en nuestro medio.

De las nueve pacientes que llegaron al tercer nivel, siete ingresaron a una UCI, y la media de los días estancia allí fue de 2,63, con desviación estándar de 1,92 días. Este tiempo tan corto de supervivencia en el tercer nivel nos confirma las malas condiciones en que están llegando las pacientes allí y lo inadecuado del tratamiento previo.

MUERTES POR EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico se constituyó en la primera causa de muerte por hemorragia en el primer trimestre de embarazo. De las seis pacientes que fallecieron por esta causa, en dos casos el factor determinante pertenecía al retraso 2: la gran distancia del sitio de residencia al sitio de atención definitiva y la inaccesibilidad. Una paciente vivía a más de diez horas de camino vía terrestre, y el traslado de la otra solo era posible por vía aérea, el cual fue demorado por trabas administrativas. Ambas fallecieron durante el traslado.

En los demás casos, los factores determinantes tuvieron que ver con el retraso tipo 3: falta de una sospecha del diagnóstico, valoración inadecuada de las pacientes y manejo inadecuado del choque hipovolémico.

CASO 4

Paciente que consultó a un hospital de primer nivel por cuadro de seis horas de evolución de dolor abdominal. Al examinarla encontraron una PA de 90/60, frecuencia cardiaca de 70 por min. Dolor a la palpación profunda con defensa

voluntaria en cuadrante inferior derecho. Le colocaron 500 cc de solución de Hartman® con 200 mg de tramadol. Dos horas más tarde la enfermera registró que la paciente estaba mareada y con palidez marcada. Le suministraron 1.000 cc de Hartman® a chorro. A las 11:00 a.m. la enfermera escribió que la paciente estaba con PA de 60/40, mareo y vómito ocasional. A las 12:00 m. la enfermera asentó que la paciente continuaba con mareo, vómito y que había perdido el conocimiento en dos oportunidades. El médico la evaluó por primera vez cuatro horas después del ingreso. Registró que estaba en ese momento con la menstruación, con PA de 90/60, frecuencia cardíaca de 60 por min., y que estaba renuente al examen vaginal. Decidió hospitalizarla para manejo. Una hora más tarde registraron que la paciente seguía en malas condiciones, con frialdad y palidez generalizada, con dificultad para hablar, cianosis peri bucal, PA de 60/40, pulso de 60 por min. Decidió remitirla al segundo nivel. La paciente salió en ambulancia seis horas después del ingreso. Llegó a la unidad de segundo nivel dos horas más tarde en malas condiciones, con PA de 70/40, pulso 110 por min., pálida, fría, consciente. Le realizaron punción abdominal que fue positiva. Solicitaron cuatro unidades de glóbulos rojos. La hemoglobina al ingreso fue de 4 g/dl. y hematocrito de 12,6%. La primera unidad de glóbulos rojos se le administró una hora y media después del ingreso. La paciente falleció después de practicarle salpingectomía con una hemoglobina final de 1,5 g/dl.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- No se realizó una valoración continua por parte del médico.
- No se hizo un diagnóstico del choque hipovolémico, ni del abdomen agudo, y no se sospechó el diagnóstico.
- Hubo poca capacidad de respuesta del segundo nivel para la administración oportuna de hemoderivados en una paciente que llegó en estado de choque y con una hemoglobina de 4 g/dl.

Lección 8

El embarazo ectópico es la causa más importante de muerte materna en el primer trimestre de embarazo en nuestro departamento. Se requiere alto grado de sospecha y una valoración clínica juiciosa en aquellas pacientes que consulten por dolor abdominal en este período de tiempo, tengan o no amenorrea.

MUERTES POR ABRUPCIÓN

Durante los años 2004 y 2005 tres pacientes fallecieron por abrupción: dos tenían 43 años y una 36. En dos de los casos el embarazo era de término y uno de 32 semanas de gestación. Las tres pacientes tenían antecedentes de cesárea previa e hipertensión: dos con hipertensión arterial crónica y una con preeclampsia. Sólo en un caso el feto sobrevivió, en los otros dos los fetos estaban muertos al momento del diagnóstico. Fueron atendidas inicialmente en el primer o segundo nivel, pero las tres llegaron con vida al tercer nivel de atención donde se definió la conducta. Las tres pacientes desarrollaron tempranamente una coagulación intravascular diseminada. En dos casos los factores determinantes tuvieron que ver con retraso de tipo 1: una paciente subvaloró los riesgos de una nueva gestación a pesar de sus antecedentes (preeclampsia y precesareada dos veces) y la otra, una paciente hipertensa crónica, con doce hijos vivos, tenía una actitud negativa de índole cultural hacia la planificación familiar. En los tres casos hubo retraso tipo 3: conductas inoportunas o inadecuadas y administración tardía de los hemoderivados.

CASO 5

Paciente de 43 años de edad, con embarazo de 36 semanas de gestación y antecedente de dos partos vaginales y uno con cesárea. Consultó a una unidad de primer nivel por cuadro clínico de 30 minutos de evolución de sangrado vaginal abundante e indoloro. Al examinarla la encontraron consciente pero muy pálida, con PA 110/70 y P 72 por minuto y con aumento del tono uterino y no auscultaron frecuencia cardíaca fetal. Al tacto vaginal le encontraron un cuello posterior cerrado con abundantes coágulos.

Canalizaron vena con sulfato de magnesio diluido en solución salina y la remitieron a la unidad de segundo nivel. Allí ingresó una hora más tarde, le realizaron ecografía urgente que confirmó el diagnóstico de abrupción, muerte fetal y presentación podálica. Solicitaron hemoglobina, hematocrito, tp y tpt, y cuatro unidades de glóbulos rojos y la programaron inmediatamente para cesárea. En cirugía encontraron un abrupción del 80%. Según lo descrito en la nota operatoria, presentó sangrado continuo, sin coágulos, calculado en aproximadamente 1.500 cc. La primera unidad de glóbulos rojos se le inició en el posoperatorio una hora y media después del ingreso y el plasma y crioprecipitado ocho horas contadas a partir del ingreso a la unidad. Continuó en malas condiciones, con PA 40/20 y P 140 por minuto, con sangrado

activo por vagina y herida quirúrgica. La paciente recuperó la presión arterial con líquidos, hemoderivados y vasopresores, pero continuó con sangrado por lo que fue llevada a cirugía nuevamente en horas de la noche. En cirugía encontraron un hemoperitoneo de 4.000 cc, le realizaron histerectomía y empaquetamiento. Fue reintervenida en dos ocasiones más, en las cuales drenaron hemoperitoneo sin encontrar sitio de sangrado activo. Falleció seis días después a pesar de todo el soporte.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3

- Llevaron la paciente a cirugía sin estabilizarla, sin sospechar la presencia de coagulopatía, que en estos casos se presenta tempranamente.
- No tuvieron garantizados los hemoderivados necesarios antes del ingreso a cirugía.
- Conducta precipitada por parte del personal médico por llevar la paciente a cesárea, teniendo en cuenta que con el feto muerto no había tal urgencia.
- Administración tardía de los hemocomponentes.
- Reintervenciones no justificadas, pues la paciente estaba sangrando por la coagulopatía.

Lección 9

El único tratamiento para el abrupcio masivo de placenta es el parto tan pronto como sea posible. Si el feto está muerto debe intentarse el parto vaginal, aún con la presencia de cicatrices uterinas previas. Excepto cuando exista una contraindicación absoluta como una situación transversa en un feto de término. Si el feto está vivo debe elegirse la vía más rápida del parto, después de corregir la hipovolemia. La coagulopatía está frecuentemente asociada al abrupcio y siempre debe corregirse antes de cualquier intervención^{13, 14, 15}.

MUERTES POR PLACENTA PREVIA

Durante estos dos años hubo dos muertes por placenta previa en el departamento de Antioquia. Una era una primigestante de 39 años de edad con miomatosis uterina; la otra una paciente de 19 años con antecedente de un parto vaginal espontáneo previo. En el primer caso el embarazo se terminó a las 32 semanas, y los factores determinantes tuvieron que ver con retrasos de tipo 3. En el otro el embarazo era de

término. La paciente no realizó control prenatal y todos los factores fueron retrasos de tipo 1 y 2.

CASO 6

Paciente de 39 años de edad, con gestación de 32 semanas, que ingresó a una unidad de tercer nivel por presentar actividad uterina y sangrado vaginal abundante, de dos horas de evolución. Tenía antecedentes de placenta previa total y miomatosis uterina. Inicialmente había tenido tres episodios de sangrado con tratamiento hospitalario y luego uno ambulatorio. Requirió transfusiones en varias ocasiones y llegó a tener hemoglobina de 6,9 g/dl.

La paciente llegó estable y con sangrado escaso. Le administraron sulfato de magnesio y luego le adicionaron nifedipina por la poca respuesta al sulfato. Luego de 30 horas de estar hospitalizada continuaba con actividad uterina variable entre dos y cinco contracciones en diez minutos.

Al día siguiente del ingreso presentó nuevo episodio de sangrado vaginal sin coágulos. El resultado de la hemoglobina fue de 8,23 g/dl. Se transfundió con dos unidades de glóbulos rojos. Se reservaron otras dos unidades. Llegó el control de hemoglobina en 9,97 g/dl. Al tercer día de hospitalización presentó sangrado masivo por lo que le realizaron una cesárea de urgencia, realizada por un solo obstetra. Encontró placenta previa total en el segmento y miomas de mediano y gran tamaño fúndicos y subserosos. La extracción fetal fue transplacentaria.

Calcularon una pérdida sanguínea intraoperatoria de 2.500 cc. Dos horas después la paciente estaba en choque, con signos de coagulopatía de consumo, con sangrado vaginal abundante a pesar de buen tono uterino y con hemoglobina de 4,7 g/dl. Le realizaron una histerectomía sin evaluar su estado de coagulación. Cinco horas después presentó sangrado por la herida y distensión abdominal. Le realizaron una laparotomía y no encontraron un sitio específico de sangrado por lo cual la empaquetaron con gasas. Le transfundieron diez unidades de plasma, nueve de glóbulos rojos, pero se iniciaron tardíamente. Falleció seis horas después.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retrasos 3:

- Subestimar el riesgo de una paciente con placenta previa que sangró en varias ocasiones. Su manejo debió ser hospitalario hasta la terminación de la gestación.

-
- No realizar la cesárea en el momento oportuno cuando la paciente estuvo compensada. Se contemporizó demasiado.
 - No evaluar el estado hematológico antes ni después de la cesárea.
 - No realizar tratamiento para la coagulopatía de consumo. Se debió controlar esta alteración y no realizar la histerectomía.

Lección 10

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa deben permanecer hospitalizadas y no debe posponerse en absoluto la terminación de la gestación, máxime cuando se han presentado varios episodios de sangrado. La cesárea en estas pacientes debe ser realizada por un obstetra experimentado, ya que usualmente es un procedimiento complicado¹⁵.

Lección 11

La hemorragia obstétrica frecuentemente se asocia con coagulación intravascular diseminada. Deben dirigirse todos los esfuerzos hacia su diagnóstico y manejo tempranos. En ese sentido, es más importante la sospecha clínica y la tendencia de los exámenes seriados, que un valor aislado, pues las pruebas que se usan de rutina pueden ser normales. El tiempo de protrombina y el tiempo parcial de tromboplastina pueden ser normales, o estar acortados hasta en un 40 o 50% de las pacientes¹⁶.

CONCLUSIONES

El 100% de las muertes por hemorragia ocurridas en Antioquia fueron evitables, y lo paradójico de todo es que se hubiesen podido evitar con medidas sencillas y disponibles en nuestro medio.

El análisis realizado en Antioquia muestra un patrón de mortalidad materna que podríamos llamar mixto, con muertes ocurridas en condiciones de marginación y pobreza, similares a las de los países más pobres del mundo y otras que ocurrieron en la capital del departamento, en medio de tecnología de punta, lo cual refleja probablemente la situación de transición del país.

La conferencia de Bellagio, organizada por el Program for Appropriate Technology in Health (PATH), reunió en julio del 2003 a especialistas de todo el mundo para elaborar

una lista de las tecnologías disponibles para la reducción de la mortalidad materna de acuerdo a cada una de las causas principales. Dentro de la definición de tecnologías de equipos, incluyeron medicamentos y varias técnicas adicionales¹⁷. En el tema de la hemorragia posparto, las tecnologías evaluadas fueron: el manejo activo del tercer período del parto, como la medida preventiva más importante, y la reducción de la incidencia del trabajo de parto prolongado en segundo lugar. En el tratamiento de la hemorragia recomendaron el control del sangrado utilizando medicamentos útero tónicos, compresión bimanual, compresión aórtica, los trajes antichoque, taponamiento con balón intrauterino, las técnicas quirúrgicas y el reemplazo del volumen circulatorio con cristaloides y hemoderivados⁹.

Es necesario identificar cuáles intervenciones serían pertinentes para nuestro medio, y a la vez, en cuáles sitios específicos debe aplicarse cada una de las medidas definidas. Es indudable que el manejo activo del alumbramiento y la utilización del partograma, como instrumento para disminuir el trabajo de parto prolongado, son dos medidas a implementar en forma masiva en nuestro medio. Es urgente la adopción de protocolos de manejo del choque hemorrágico y la hemorragia obstétrica en todas las unidades que atienden partos y empezar a evaluar otras técnicas para el manejo de la atonía: como la compresión intrauterina con balón que puede ser útil en sitios alejados, y las técnicas quirúrgicas como las suturas de B-Lynch. De esta manera la histerectomía quedaría, como es recomendado, como último recurso.

Anexo 1: Clasificación del choque hipovolémico¹⁵.

Perdida de volumen	Presión Arterial (mm/Hg)	Síntomas y signos	Grado del choque
10 - 15 500-1000 mL	Normal	Palpitaciones acúfenos taquicardia	Compensado
15 - 25 1000 -1500 mL	Ligeramente disminuida	Debilidad Sudoración Taquicardia	Leve
25 -35 1500 -2000 mL	70 - 80	Intranquilidad palidez oliguria	Moderado
35 - 45 2000 -3000 mL	50 - 70	sed de aire	Severo

Anexo 2: ¿Que tan urgente es la sangre?¹³.

Perdida estimada para una mujer de 60 Kg (% de volumen)	Grado de urgencia	Solicite
10-15 500-1000 mL	Espere	Reserva de dos unidades de glóbulos rojos
15-25 1000-1500 mL	Urgente (se necesita en una hora)	Pruebas urgentes de 6 unidades de glóbulos rojos
25-35 1500-2000 mL	Urgente!!!! (se necesita en 30')	6 unidades tipo específicas sin cruzar
35-45 2000-3000 mL	Emergencia!!! (se necesita en 15')	4 unidades de O RhD(-) ya, seguidas de sangre tipo específica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries. WHO/FHE/MSM/94.11. Geneva: World Health Organization, 1998.
2. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 May 15]. Estadísticas vitales; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368.
3. Jubiz HA. Muertes maternas y perinatales en el departamento de Antioquia, 1998. Revista epidemiológica de Antioquia. 2000 Oct Dic 25;(4):269-6.
4. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr, Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol. 1991 Jan;77(1):69-76.
5. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetricis y médicos. [monografía en Internet]. Washington: La organización; 2000 [citada 2005 May 9]. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/mcpc/mcpc_sp.pdf.
6. Ronsmans C, Etard JF, Walraven G, Hoj L, Dumont A, de Bernis L, Kodio B. Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. Trop Med Int Health. 2003 oct;8(10):940-948.
7. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia : resultados encuesta nacional de demografía y salud 2005. Bogotá D.C.: Profamilia; 2005.

8. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Tsu VD, Langer A, Aldrich T. Postpartum haemorrhage in developing countries: is the public health community using the right tools? *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;85(1):s42-s51.
10. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
11. Macphail S, Talks K. Massive post-partum haemorrhage and management of disseminated intravascular coagulation. *Curr Obstet Gynaecol.* 2004;14:123-131.
12. Hofmeyr GJ, Mohlala BK. Hypovolaemic shock. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15(4):645-662.
13. Macphail S, Fitzgerld J. Massive post-partum haemorrhage. *Curr Obstet Gynaecol.* 2001;ii:108-14.
14. Hall MH. Haemorrhage. En: *Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* London : RCOG; 2004. 338 p.
15. Bonnar J, Massive obstetric haemorrhage. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14(1):1-18.
16. Bick RL. Syndromes of disseminated intravascular coagulation in obstetrics, pregnancy, and gynecology. Objective criteria for diagnosis and management. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000 Oct;14(5):999-1044.
17. Tsu VD, Shane B. New and underutilized technologies to reduce maternal mortality : call to action from a Bellagio workshop. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;S83-S93.

Mortalidad materna causada por el Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo (SHAE) en Antioquia. Años 2004 y 2005

*Bernardo Agudelo Jaramillo
John Jairo Zuleta Tobón
Juan Guillermo Londoño Cardona*

La presión arterial durante la gestación es el resultado de la máxima regulación hemodinámica y cardiovascular, y es el reflejo de la condición previa de salud cardiovascular de la mujer. De esta forma, las diferentes formas clínicas de hipertensión en la gestación, reunidas bajo el acrónimo de SHAE, pueden dar cuenta de dos diferentes procesos: la alteración inmunológica originada en la interfase entre la placenta y el sistema inmune materno, como ocurre en la preeclampsia; o el trastorno vascular sistémico preexistente que demuestra la incapacidad para tolerar las modificaciones hemodinámicas propias de la gestación, y se expresa en dos formas: la hipertensión crónica y la hipertensión tardía o gestacional^{1,2}.

Aunque la preeclampsia ha sido tradicionalmente asociada con morbilidad extrema y mayor riesgo de muerte por las complicaciones que presenta, se acepta que cualquier forma clínica puede complicar la evolución de la gestación y poner en riesgo de morir a la mujer³. De tal manera que el resultado final no depende solamente de la forma clínica como la clasificamos, sino de las particularidades individuales de la gestante, de la magnitud de la expresión clínica del trastorno hipertensivo y de los problemas médicos potenciales que se presenten o de las dificultades durante la atención en el sistema de salud⁴⁻⁶.

Entre las complicaciones graves asociadas con el SHAE, el síndrome HELLP (*Hemolysis, Enzymes Liver, Low Platelet*) y la eclampsia son los mayores determinantes de muerte e invalidez por el compromiso sistémico y del sistema nervioso central^{3,6,7}. Desde el punto de vista fisiopatogénico, el endotelio es el órgano blanco sobre el cual interactúan multitud de factores pro-inflamatorios y vaso tónicos que precipitan la respuesta hemodinámica hacia la hipertensión^{1,8,9}.

Se reconoce que en la gestación el sistema inmune se encuentra en estado de alerta reflejado en una elevada capacidad de respuesta inflamatoria que es regulada al parecer por la presencia de factores del trofoblasto que modulan el sistema inmune desde el inicio de la placentación^{10,11,12}. La inadecuada interacción inmunotrofoblástica permite que el sistema inmune exprese todo su potencial proinflamatorio haciendo que la respuesta sea máxima y sistémica, iniciando una serie de respuestas disfuncionales que facilitan el proceso hipertensivo, tales como: la pérdida de la tolerancia a vaso presores como la angiotensina II, la endotelina, las catecolaminas, entre otras; la sobre-estimulación del sistema simpático por el aumento de la acción del sistema renina-angiotensina aldosterona (SRAA); la respuesta vasoconstrictora hiperdinámica con elevación de la presión arterial y disfunción en los procesos de autorregulación vascular y hemodinámica; aumento del daño celular por aumento de los radicales libres y oxidación, y en consecuencia, la liberación de sustancias tromboplastínicas y proteínas del sostén celular; y finalmente, la activación de coagulación con disfunción plaquetaria, consumo de los factores protrombóticos y de la fibrinólisis, coagulación intravascular diseminada (CID) y daño multisistémico^{1,10,13,14}.

Los resultados clínicos finales pueden corresponder a un espectro de manifestaciones secundarias directamente relacionadas con la elevación de la presión arterial, que causa daño directo de los vasos por el baro trauma, o por el proceso de autorregulación vascular cerebral que causa isquemia e infarto cerebral^{14,15}. La inflamación y la CID causan disfunción multisistémica con manifestaciones del riñón, hígado y/o placenta, así como complicar la lesión del sistema nervioso central (SNC)^{3,17}.

De esta manera, las manifestaciones clínicas del SNC pueden variar desde la cefalea hasta la convulsión tónico clónica o eclampsia, con asociación o no de ceguera cortical y trastornos del sensorio y puede ser tan grave como la pérdida de la conciencia o la muerte cerebral. De tal manera que la eclampsia es un síntoma evidente y visible de un estímulo nocivo en el sistema nervioso central, pero no es la única manifestación del proceso fisiopatogénico. Incluso, puede llegar a ser un síntoma asociado a la lesión causada por la hemorragia cerebral secundaria a la disfunción del sistema de la coagulación, y no por la lesión hipertensiva en si misma¹⁴.

La presión arterial crítica que incita el mecanismo de autorregulación cerebral en la embarazada no ha sido completamente definida. Teniendo en cuenta que el lecho vascular en los trastornos hipertensivos, principalmente en la forma preecláptica, presenta cambios de respuesta inflamatoria y lesión endotelial, la susceptibilidad vascular aumenta de manera importante. Es así como el rango de presión arterial media presión de perfusión se estrecha y puede presentarse lesión por isquemia por vaso espasmo con cifras de presión arterial alrededor de la cifra considerada como crítica para el diagnóstico, es decir 140/90^{18,19}. Así se explica que hasta un 25% a 38% de las convulsiones se presenten con cifras normales de presión arterial¹⁶. De otro lado, las lesiones de baro trauma, causadas por la presión arterial sistólica elevada, principalmente en la circulación de la fosa posterior, pueden causar micro hemorragias subcorticales o en la matriz por la disfunción en la autorregulación simpática característica de estos territorios vasculares. Además, la hipoperfusión cerebral puede verse agravada por la hipotensión causada por la terapia antihipertensiva y puede así causar lesión cerebral por isquemia, agravando la lesión originada por los procesos de autorregulación o de baro trauma²⁰.

Las manifestaciones del síndrome HELLP reflejan la CID con lesión microtrombótica del sistema porta hepático, congestión vascular intraportal y destrucción del hepatocito, liberación de las enzimas y hemólisis intravascular.

La más grave de las complicaciones del SHAE es la muerte materna. Actualmente los trastornos hipertensivos de la gestación representan el 15%-30% de las causas básicas de muerte materna. Según informes de la OMS, Banco Mundial y Population Reference Bureau, año 2004, cada minuto fallece una mujer por causas reproductivas, el 90% a 99% en países pobres, de las cuales del 80% al 90% son prevenibles. En Colombia el grupo de causas de muerte denominado edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, ocuparon el primer lugar entre los años 2000 y 2003²¹.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

En Antioquia, durante los años 2004 y 2005 se presentaron 23 casos de muertes maternas por causa de SHAE distribuidas así: 13 en el 2004 y 10 en el 2005. El SHAE ocupó el segundo lugar (27,9%), después de la hemorragia obstétrica, como causa básica de muerte, y el 95,6% de estas muertes fueron consideradas evitables. Cuando se realizó el análisis de los retrasos, 10 pacientes (43,4%) tuvieron retraso

tipo 1, siendo los principales: el desconocimiento de los signos de alarma y de los riesgos de la gestación. Cinco pacientes (21,7%) tuvieron retraso tipo 2 y el 100% de las pacientes tuvieron retraso tipo 3. En este último, los más frecuentes fueron: la valoración inadecuada de las pacientes y las intervenciones y conductas inoportunas e inadecuadas.

La edad de las pacientes fluctuó entre los 15 y 44 años. En 18 de las 23 pacientes se encontró que la presión arterial sistólica, en el momento del primer contacto con el equipo médico, fue igual o superior a 150 mm de Hg; y en 16 pacientes la presión arterial diastólica fue igual o superior a 100 mm de Hg. La presión arterial media de estas pacientes estaba entre 106 mm de Hg y 173 mm de Hg, y en ocho de ellas fue de 130 mm de Hg o menos.

PACIENTES CUYA MANIFESTACIÓN CLÍNICA FUE LA CONVULSIÓN

La convulsión se presentó en 11 pacientes, de las cuales ocho (72,7%) tuvieron la convulsión antes de la terminación de la gestación, y tres (27,2%), en el posparto. De las que convulsionaron en el puerperio, dos lo hicieron en las primeras horas y una siete días después.

CASO 1

Paciente de ascendencia indígena sin control prenatal, que tuvo el parto en su comunidad y fue atendida por un médico tradicional. Fue llevada al hospital de primer nivel de atención en estado de inconciencia con PA de 200/100. Aunque le iniciaron sulfato de magnesio, presentó una convulsión generalizada por lo cual decidieron remitirla a un centro de atención de tercer nivel, donde ingresó en estado de descerebración, con PA de 50/31 y taquicardia (120/m). Ingresó a la UCI donde falleció 12 horas después con diagnóstico de muerte cerebral.

CASO 2

Paciente con diagnóstico de preeclampsia, embarazo de término quien recibió sulfato de magnesio antes del parto, el cual fue atendido por especialista en el segundo nivel. No se utilizó sulfato en el puerperio. Siete horas después del parto presentó convulsión generalizada con PA de 140/90 y 150/100, momento en el que ordenaron el sulfato de magnesio. Presentó además signos de síndrome HELLP. Decidieron remitirla al tercer nivel, y a las dos horas del viaje falleció.

CASO 3

Paciente de 23 años de edad, multigestante, realizó cuatro controles prenatales. Ingresó a la semana 17, le encontraron PA de 150/100, le formularon alfa metil dopa 250 mg. cada 8 horas y dieta hiposódica. En los dos siguientes controles le encontraron cifras de PA de 120/80 y 110/80. No tomaron ninguna medida especial. En el último control prenatal le encontraron PA de 200/110, hicieron diagnóstico de "Hipertensión arterial inducida por el embarazo". La manejaron con 500 c.c. de suero salino, una cápsula de nifedipina sublingual, con mejoría de las cifras de presión según la nota, por lo que la enviaron a casa aumentando la dosis de alfa metil dopa a 500 mg cada 8 horas y le dieron orden de revisión en ocho días. No aparecen más notas en la historia clínica. La paciente falleció en su casa 17 días después, a las 33 semanas de gestación. La causa de muerte registrada en el certificado de defunción fue eclampsia. Los factores determinantes detectados en estos casos pertenecen a los retrasos 1 y 3:

CASO 1

RETRASO 1

- Las creencias y prácticas culturales llevaron a la mujer a tener su parto en una situación que no ofrecía ninguna seguridad.

CASOS 2 Y 3

RETRASO 3

- Subvaloración del cuadro clínico y tratamiento inadecuado. Manejo inadecuado de la emergencia hipertensiva en la paciente embarazada: manejo con suero salino y nifedipina sublingual y enviarla a casa.
- Conductas inadecuadas: manejo ambulatorio de la preeclampsia y no reiniciar el sulfato de magnesio en el puerperio. Este fue un hallazgo repetitivo: el sulfato de magnesio para prevenir la convulsión no fue utilizado con este fin en siete pacientes (30,4%) y entre las que sí se usó (n= 16), en una se inició tardíamente dos horas después del ingreso.

Lección 1

La presencia de hipertensión con signos de alerta obliga el uso del sulfato de magnesio como medicamento comprobado para disminuir el riesgo de lesión cerebral por irritación neuronal. El uso del sulfato de magnesio se debe continuar durante 48 a 72 horas del período posparto ya que una de cada tres mujeres con preeclampsia presentan la convulsión después del parto.

Lección 2

El uso de hipotensores debe estar dirigido a evitar la lesión por la hipertensión, sobre todo por la presión arterial sistólica. Aunque no existe un consenso del valor, se recomienda alcanzar una presión sistólica que no sea superior a 150 mm de Hg. De otra parte, la presión de perfusión (presión arterial media) se debe mantener entre 100 y 105 mm de Hg, con el fin de no deteriorar la perfusión en la microcirculación. Los medicamentos indicados son: la hidralazina, el labetalol y la nimodipina. Debe evitarse la hipotensión severa que compromete la presión de perfusión cerebral, así como la perfusión de la unidad feto-placentaria. No debe utilizarse medicamentos por vía sublingual como la nifedipina y el captopril.

Lección 3

En nuestro medio no existen garantías para el manejo ambulatorio de la paciente con preeclampsia.

PACIENTES CUYA MANIFESTACIÓN CLÍNICA FUE LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (ECV)

Se presentaron 12 pacientes (52,17%) con Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), de las cuales ocho tuvieron la variedad hemorrágica y cuatro presentaron isquemia cerebral.

CASO 4

Paciente de 44 años de edad, con 30 semanas de gestación, con una PA de 160/90, edema y cefalea. Consultó a una unidad de primer nivel y fue remitida de manera ambulatoria para la evaluación por el especialista. Siete días después ingresó al tercer nivel con cefalea, trastorno visual y epigastralgia y una PA de 253/141. Por la carencia de labetalol y de hidralazina utilizaron nitroprusiato de sodio. Ante la sospecha de un posible sufrimiento fetal decidieron realizar una cesárea urgente. La paciente tenía en ese momento una PA de 231/122 y se intervino sin que se hubiese estabilizado la PA. Se obtuvo un prematuro con síndrome fetal dismórfico que falleció. En el posparto inmediato no recibió sulfato de magnesio ni ningún hipotensor a pesar de haber registrado una PA de 131/108 al finalizar el procedimiento quirúrgico. Los exámenes de laboratorio confirmaron alteraciones de la coagulación para lo cual recibió plasma fresco. Solo al día siguiente, diez horas después de la cesárea, recibió nitroprusiato

con la orden de mantener la presión arterial media menor o igual a 110 mm de Hg. Por el compromiso del estado de conciencia ordenaron una Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo que mostró edema vasogénico parieto-occipital derecho y parieto-frontal izquierdo con isquemia cerebral. Al cuarto día de la hospitalización se le diagnosticó muerte cerebral.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Subvaloración del cuadro clínico: enviar una paciente con sospecha diagnóstica de preeclampsia para una evaluación en forma ambulatoria.
- Tratamientos inadecuados: manejo inadecuado de la emergencia hipertensiva y no utilización en forma permanente del sulfato de magnesio.
- Conductas inoportunas: priorizar la condición fetal sobre la materna realizando una cesárea urgente sin evaluar y estabilizar adecuadamente a la madre.

Lección 4

El manejo de la gestante con esta condición debe ser integral, y si esto no es posible en determinado nivel de complejidad, debe garantizarse la remisión oportuna y adecuada hacia el nivel superior.

Lección 5

No se debe intervenir quirúrgicamente una paciente en la fase aguda sin antes estabilizar su condición clínica.

Lección 6

No se debe priorizar la condición fetal sobre la condición materna, aunque el feto ya sea viable. Una gestante asistida adecuadamente, salva su vida y con mayor probabilidad la de su producto.

Lección 7

Teniendo en cuenta la fisiopatogenia del proceso con compromiso potencial de la coagulación con CID, lesión cerebral por la hipertensión, o compromiso fetal por la disfunción plaquetaria, es muy importante no subestimar cualquiera de los potenciales signos y síntomas, aunque predomine alguno de los tres.

PACIENTES QUE TUVIERON COMO MANIFESTACIÓN SÍNDROME HELLP

El síndrome HELLP se diagnosticó en ocho de las 23 pacientes (34,78%), de las cuales cuatro se asociaron con ECV hemorrágico, una con un hematoma subcapsular hepático, otra desarrolló una insuficiencia renal aguda, y en una de las pacientes con síndrome HELLP y ECV hemorrágico con convulsión, se desarrolló además un edema agudo de pulmón.

Los motivos de consulta más comunes en estas pacientes fueron: la cefalea intensa (52,1%), seguido de epigastalgia (34,78%), trastornos visuales como fotopsias o visión borrosa (21,73%), y convulsión (21,73%). Otros motivos de consulta fueron náuseas y vómito, inconciencia y disnea.

CASO 5

Paciente de 22 años de edad, primigestante, con 27 semanas de gestación. Consultó a una unidad de primer nivel refiriendo dolor intenso en el epigastrio. Al ingreso le encontraron cifras normales de PA. Fue manejada con analgésico y antiácidos con mejoría parcial por lo cual fue dada de alta. Dos horas después reingresó con igual sintomatología. En ese momento le suministraron un analgésico más potente pero la paciente no mejoró. Como la observaron un poco ictericia, decidieron hospitalizarla para estudio con diagnóstico de colecistitis. Tres horas después del ingreso presentó convulsión tónico clónica generalizada y cifras de PA de 240/140. Los exámenes mostraron proteinuria de 3 cruces en el citoquímico y compromiso hepático severo, además de trombocitopenia. Fue remitida al tercer nivel en malas condiciones, inconciente y con anisocoria. Allí la TAC de cráneo mostró un hematoma intraparenquimatoso frontal. Falleció ocho horas después.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Subvaloración del cuadro clínico y conducta inadecuada: desconocimiento del dolor en epigastrio como síntoma de alerta y manejo de éste con analgésicos y antiácidos en una embarazada.

Lección 8

Para lograr el diagnóstico oportuno del síndrome HELLP, se debe sospechar siempre, ya que la presentación inicial de la enfermedad puede ser inespecífica y no sugerir preeclampsia.

Lección 9

La hipertensión arterial puede estar ausente en el curso inicial del síndrome HELLP y aproximadamente un 10% de las pacientes nunca tendrán cifras superiores a 140/90.

Lección 10

La presencia de náusea, vomito y/o dolor en epigastrio se constituyen en factores de riesgo para la morbilidad en las pacientes con síndrome HELLP.

MANEJO ADECUADO DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

CASO 6

Paciente con embarazo de 32 semanas, en trabajo de parto avanzado, que consultó a un hospital de primer nivel. Le hallaron una PA de 218/109. La remitieron al nivel dos de asistencia e iniciaron manejo médico con sulfato de magnesio y nifedipina como antihipertensivo, y a pesar de esto convulsionó. En el hospital de segundo nivel atendieron el parto, y de allí la enviaron al tercer nivel donde fue recibida con PA de 155/106. Tres horas después del ingreso tenía hematuria franca, PA de 173/98 y los exámenes revelaron plaquetas de 43.000 y fibrinógeno de 162 mg/dL. Decidieron no transfundirla porque no tenía sangrado vaginal activo. Una hora después la PA ascendió a 204/124 y presentó deterioro de la conciencia y anisocoria. La tomografía demostró una hemorragia intracerebral con desplazamiento de los ventrículos. Se le diagnosticó muerte cerebral.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Subestimación del cuadro clínico y conducta inadecuada: La conducta de no transfundirla fue inadecuada ya que la paciente tenía trombocitopenia,

hipofibrinogenemia y hematuria que es una manifestación clínica del trastorno hemorrágico que la llevó a la complicación del ECV hemorrágico.

Lección 11

No se debe menospreciar los hallazgos de laboratorio. Siempre se debe tener en cuenta que el proceso fisiopatológico está en evolución y los para-clínicos no siempre reflejan el momento evolutivo.

MANEJO INADECUADO DEL SULFATO DE MAGNESIO

Una situación clínica desafortunada se presentó en una paciente que fue remitida al tercer nivel de complejidad con un síndrome HELLP, fue intervenida quirúrgicamente y transfundida. Durante la captación, remisión y posterior hospitalización recibió sulfato de magnesio. No se registró en la historia clínica la vigilancia de los signos de alarma de intoxicación por magnesio. Presentó un paro respiratorio y depresión del sistema nervioso que requirió asistencia en la UCI. La magnesemia estaba en 11.1 mEq/L. En la UCI evolucionó con complicaciones como insuficiencia renal, falla hepática, neumonía por Gram-negativos y finalmente sepsis que la condujo a la muerte 34 días después del parto.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Manejo inadecuado de la historia clínica y adherencia incorrecta al protocolo: las órdenes médicas no fueron lo suficientemente claras y llevaron a una interpretación errónea por parte de enfermería, que repitió el bolo de 5 g cada vez que aplicaba la orden de continuar el sulfato de magnesio. No se siguió el protocolo de administración y la vigilancia del sulfato de magnesio.

Lección 12

Las órdenes para la administración de sulfato deben ser muy claras y en lo posible no utilizar la orden "repetir al terminar", ya que la paciente debe ser evaluada por el médico para definir si se continúa o no su administración.

Lección 13

Durante la administración de sulfato de magnesio se deben evaluar los signos clínicos que sugieren su acumulación, como son la depresión de reflejos osteo-tendinosos, depresión respiratoria y oliguria.

Lección 14

Debe existir un protocolo de administración y vigilancia de los signos de toxicidad que debe ser conocido y seguido por todo el personal que atiende el servicio de maternidad.

CONCLUSIONES

El trastorno hipertensivo asociado al embarazo debe reconocerse lo más tempranamente posible identificando los cambios fisiopatogénicos que lo caracterizan y que se manifiestan en la clínica por signos y síntomas considerados como signos de alarma, los cuales no se deben menospreciar. Cualquier manifestación neurológica diferente a la cefalea se debe considerar como un signo de alerta que merece igualmente el examen físico completo.

En la evaluación óptima de las pacientes con complicaciones graves del SHAE, principalmente la preeclampsia, es importante considerar los aspectos fisiopatogénicos descritos y tratar de interpretarlos desde la clínica a través de la anamnesis, la semiología y la juiciosa evaluación de los cambios bioquímicos y celulares que se reflejan en los exámenes del laboratorio. La primera sospecha de compromiso del SNC debe alertar al médico para la toma de decisiones oportunas y protectoras como son el uso del sulfato de magnesio, la vigilancia y control estricto de la presión arterial, y la decisión de terminar la gestación en el lugar adecuado para la gestante y para el producto de la gestación.

El examen neurológico debe comprender la realización habitual del fondo de ojo como método para discernir la respuesta vascular intracerebral. Cualquier manifestación del sistema nervioso central debe ser evaluada adecuadamente y alertar al equipo de salud.

No se debe subvalorar la coexistencia de problemas clínicos que repercutan en los procesos de adaptación hemodinámica, cardiovascular e inmunológica. De esta forma, cualquier enfermedad o condición clínica asociada con la hipertensión en la

gestante aumenta el riesgo de morbilidad y de mortalidad. Esta situación debe ser evaluada en forma prioritaria por un grupo de especialistas altamente calificados y con recursos hospitalarios adecuados para garantizar la atención integral y protocolizada.

El manejo de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo debe estar supeditado a un protocolo institucional en el que se refiera claramente cuál tipo de condición clínica se puede manejar en el nivel respectivo, cómo realizar el tratamiento médico inicial, la evaluación por el laboratorio, la terminación de la gestación y la remisión oportuna y adecuada.

Los médicos se deben sensibilizar hacia la atención integral de las gestantes, promoviendo y educándolas durante el control prenatal. La enseñanza repetida de los signos de alarma mejora el estado de alerta de la gestante y de la familia hacia la condición clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pridjian G, Puschett JB. Preeclampsia. Part I: Clinical and pathophysiologic considerations. *Obstet Gynecol Surv.* 2002 Sep;57(9):598-618.
2. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Jul;183(1):S1-S22.
3. Norwitz ER, Hsu CD, Repke JT. Acute complications of preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol.* 2002 Jun;45(2):308-29.
4. Friedman S, Lubarsky SL, Lim KH. Mild gestational hypertension and preeclampsia. En: Sibai BM. *Hypertensive disorders in women.* Philadelphia : Saunders; c2001. p. 9-23.
5. Cunningham FG, editor. *Williams obstetrics.* 22nd ed. New York: McGraw-Hill Professional; c2005.
6. Roberts JM. Pregnancy-related hypertension. En: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, editors. *Maternal-fetal medicine.* Philadelphia : Saunders; c2004. p. 859-99.
7. Magann EF, Martin JN Jr. Twelve steps to optimal management of HELLP syndrome. *Clin Obstet Gynecol.* 1999 Sep;42(3):532-50.

8. Ness RB. The consequences for human reproduction of a robust inflammatory response. *Q Rev Biol.* 2004 Dec;79(4):383-93.
9. Roberts JM, Taylor RN, Goldfien A. Clinical and biochemical evidence of endothelial cell dysfunction in the pregnancy syndrome preeclampsia. *Am J Hypertens.* 1991 Aug;4(8):700-8.
10. van Beck E, Peeters LL. Pathogenesis of preeclampsia: a comprehensive model. *Obstet Gynecol Surv.* 1998 Apr;53(4):233-9.
11. Feinberg BB. Preeclampsia: the death of Goliath. *Am J Reprod Immunol.* 2006 Feb;55(2):84-98.
12. Levine RJ, Karumanchi SA. Circulating angiogenic factors in preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol.* 2005 Jun;48(2):372-86.
13. Bosio PM, McKenna PJ, Conroy R, O'Herlihy C. Maternal central hemodynamics in hypertensive disorders of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999 Dec;94(6):978-84.
14. Agudelo JB. Eclampsia: una manifestación de lesión en el sistema nervioso. En: Bedoya MP, Gómez MN, Jusbón CP, Meneses CR, Pachón RJ, Vélez CS, Martínez RJ, editores. XIV curso de actualización en ginecología y obstetricia; 2006; Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 45-66.
15. Aagaard-Tillery KM, Belfort MA. Eclampsia : morbidity, mortality, and management. *Clin Obstet Gynecol.* 2005 Mar;48(1):12-23.
16. Ness RB, Roberts JM. Heterogeneous causes constituting the single syndrome of preeclampsia: A hypothesis and its implications. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Nov;175(5):1365-1370.
17. Odendaal, H. Severe preeclampsia and eclampsia. En: Sibai BM. Hypertensive disorders in women. Philadelphia : Saunders; c2001. p. 41-59.
18. Cunningham FG, Fernández CO, Hernández C. Blindness associated with preeclampsia and eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1995 Apr;172(4 part 1):1291-1298.
19. Cunningham FG, Twickler D. Cerebral edema complicating eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Jan;182(1):94-100.

20. Martin JN Jr, Thigpen BD, Moore RC, Rose CH, Cushman J, May W. Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: a paradigm shift focusing on systolic blood pressure. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb; 105(2):246-54.

21. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 May 15]. Estadísticas vitales ; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368.

Mortalidad materna por fenómenos tromboembólicos en el departamento de Antioquia, años 2004-2005

*Gladis Adriana Vélez Álvarez
Bernardo Agudelo Jaramillo
Liliana Isabel Gallego Vélez*

Hasta el momento se desconoce la verdadera incidencia de los fenómenos tromboembólicos durante la gestación, pero se sabe que ésta aumenta diez veces el riesgo de los fenómenos trombóticos venosos¹. En los países desarrollados es una de las principales causas de muerte, siendo el TEP la primera causa de muerte materna directa en el Reino Unido². Este fenómeno ocurre con igual frecuencia en todos los trimestres, pero su incidencia es mucho mayor en el puerperio.

La Trombosis de los Senos Venosos Cerebrales (TSVC) es un evento grave pero potencialmente tratable y su diagnóstico ha ido mejorando en los países desarrollados. Responde por menos del 1% de todos los eventos cerebro vasculares³. La verdadera incidencia de este tipo de eventos durante el embarazo y puerperio es desconocida. En Europa occidental y Estados Unidos se calcula de 2 a 60 casos por 100.000 partos. En India, por el contrario, se ha estimado una incidencia de 200 a 300 casos por 100.000 partos. En un estudio mexicano el estado puerperal respondió por el 60% del total de casos⁴. En nuestro medio es una condición aún poco conocida. En ninguno de los casos que se presentaron en Antioquia entre los años 2004 y 2005 se pensó en este diagnóstico. Su hallazgo temprano es decisivo, debido a que el inicio de la anticoagulación disminuye el riesgo de muerte y discapacidad.

Por su parte, el Embolismo de Líquido Amniótico (ELA) es otra entidad poco conocida. Su incidencia se ha calculado entre 1 en 8.000 a 1 en 30.000 partos. El diagnóstico rápido es de suma importancia, pues generalmente es fatal, con una mortalidad que va del 60% al 80%, y un porcentaje de secuelas neurológicas en las sobrevivientes del 50%⁵.

En Colombia aparentemente los fenómenos tromboembólicos no son causa importante de muerte materna. La embolia obstétrica que incluye la embolia gaseosa,

de coágulo sanguíneo, séptica y de líquido amniótico ocupó entre los años 2000 a 2003 el puesto 8° a 12° entre las causas de muerte materna. Las complicaciones venosas del parto y puerperio que incluyen la tromboflebitis superficial y profunda y la trombosis venosa cerebral están por debajo del puesto 20° con una o dos muertes al año⁶.

En un estudio sobre las causas de muerte materna en nuestro país, denominado “Mortalidad materna en Colombia una aproximación ecológica”, realizado para el período 1998 a 2001, en el grupo “otras causas de muerte agrupadas”, las muertes a causa de enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar para cada uno de los años: 18% (37 muertes) para 1998, 26% (68 muertes) en 1999, 25% (72 muertes) en el año 2000 y 19% (52 muertes) para el 2001⁷.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este capítulo se analizarán las muertes maternas directas por causa de trombo embolismo pulmonar, trombosis de los senos venosos cerebrales y embolismo de líquido amniótico.

RESULTADOS GENERALES:

En los años 2004 - 2005 fallecieron en el departamento de Antioquia un total de trece pacientes por fenómenos tromboembólicos: cinco pacientes en el año 2004 y ocho en el año 2005, ocupando el cuarto y tercer lugar respectivamente como causa de muerte materna directa⁸. Nueve muertes fueron por trombo embolismo pulmonar, tres por trombosis de los senos venosos cerebrales y una última por un embolismo de líquido amniótico. Once pacientes fallecieron en el posparto, ocho después de parto vaginal y tres después de cesárea. Dos pacientes fallecieron en las primeras 24 horas del posparto, otras dos en los primeros siete días posparto y siete después del séptimo día posparto (entre 12 y 41 días posparto). A una de las pacientes que falleció en el trabajo de parto se le realizó cesárea peri mortem. Después del análisis de los factores determinantes, diez de las muertes fueron clasificadas como evitables. Fueron definidos como inevitables, un caso de TEP, un caso de TSVC y el caso de ELA.

TROMBO EMBOLISMO PULMONAR (TEP)

En el departamento de Antioquia se presentaron nueve casos de TEP: cuatro en el 2004 y cinco en el 2005.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, donde la mayoría de pacientes que fallecen por TEP son mayores de 35 años, en Antioquia siete pacientes tenían entre 19 y 35 años y solamente dos eran mayores de 35. Según el momento del evento, en dos casos se presentó ante parto, en tres después de cesárea y en los demás después de parto vaginal.

PACIENTES FALLECIDAS DESPUÉS DE PARTO VAGINAL

Dos de las pacientes fallecidas después de parto vaginal presentaron cuadro inicial de dolor en el miembro inferior.

CASO 1:

Paciente de 28 años de edad que tuvo un parto pretérmino de 30 semanas en un hospital de tercer nivel. El bebe falleció a consecuencia de múltiples malformaciones. Desde el día siguiente después del parto, la paciente presentó dolor en la pierna derecha, síntoma que se ignoró y fue dada de alta. Durante las dos semanas siguientes la paciente consultó en tres ocasiones por dolor en miembro inferior derecho. El examen físico consignado en la historia clínica fue normal, y fue manejada con analgésicos y antiinflamatorios. No se solicitó ningún estudio diagnóstico. A los quince días posparto presentó cuadro de opresión retroesternal y disnea por lo cual consultó a una unidad de primer nivel. El médico que la valoró inicialmente pensó en el diagnóstico de TEP, por lo cual le solicitó un electrocardiograma. La dejó en observación con oxígeno, inició heparina, y solicitó una radiografía de tórax para el día siguiente. En la noche fue valorada por otro médico que ordenó retirar el oxígeno y consideró que el cuadro era secundario a una depresión posparto. Le dio de alta en la mañana. La paciente consultó 30 horas después a la misma unidad con un cuadro de dificultad respiratoria severa y colapso hemodinámico. Fue trasladada a un segundo nivel y falleció allí 15 minutos después del ingreso.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Subvaloración del cuadro clínico manifestado en: los médicos que valoraron la paciente inicialmente confiaron en el examen clínico para descartar el diagnóstico de trombosis venosa profunda y no solicitaron estudios diagnósticos adicionales. El médico que hizo el diagnóstico de TEP dejó la paciente en observación en un hospital de primer nivel.

-
- Falta de trabajo en equipo: el médico que envía la paciente a casa desestima un diagnóstico de alta gravedad para la paciente sin contar con la opinión de su colega.

Lección 1

La enfermedad tromboembólica constituye un verdadero reto diagnóstico durante el embarazo, ya que los síntomas tanto de la trombosis venosa profunda como del trombo embolismo pulmonar son frecuentes en el embarazo y muchas veces son solo la expresión de los cambios fisiológicos propios del mismo. La valoración clínica nunca debe ser suficiente para descartar el diagnóstico y toda paciente con sospecha clínica debe ser investigada exhaustivamente⁹.

Lección 2

Después de sospechar el diagnóstico de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, debe iniciarse la anticoagulación plena en la forma apropiada y remitir la paciente a una unidad de tercer nivel para confirmar o descartar el mismo y solo allí se definirá si se suspende el tratamiento.

Lección 3

La comunicación entre los miembros del equipo de trabajo es fundamental. Si hay opiniones diferentes se deben discutir y tomar la decisión que implique el menor riesgo para la paciente.

CASO 2:

Paciente de 31 años de edad, quien a los ocho días posparto inició con dolor en el miembro inferior derecho. Tuvo síntomas durante dos días. Consultó y fue referida a una unidad de tercer nivel donde la hospitalizaron con diagnóstico de trombosis venosa profunda. Sin embargo, no iniciaron ningún tratamiento ni realizaron ningún estudio diagnóstico. Treinta horas después de su ingreso la paciente presentó un colapso súbito y falleció.

Lección 4

El tratamiento anticoagulante debe instaurarse tan pronto se sospeche el diagnóstico. Las heparinas de bajo peso molecular se recomiendan como el medicamento de primera elección ya que son tan eficaces como la heparina no

fraccionada, son fáciles de manejar, se ha demostrado su seguridad en el embarazo y tienen un riesgo menor de efectos secundarios como la trombocitopenia y osteoporosis^{9,10}.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ANTES DEL PARTO

En dos pacientes el cuadro se presentó durante el embarazo. Ambas estuvieron sometidas a reposo absoluto: una por amenaza de parto pretérmino y la otra por placenta previa; ninguna de las dos recibió medida alguna de profilaxis antitrombótica.

CASO 3:

Paciente de 40 años de edad, con embarazo de 27 semanas y placenta previa. Estuvo hospitalizada en una unidad de segundo nivel durante tres días. Ante la persistencia del sangrado fue remitida al tercer nivel. Al sexto día de hospitalización la paciente refirió dolor en la pierna izquierda. Le solicitaron dúplex que confirmó trombosis venosa profunda de la vena gemelar de la pierna izquierda. Continuó hospitalizada, se manejó con analgésicos y compresas tibias y cinco días después la paciente presentó un cuadro súbito de disnea y cianosis. Hicieron el diagnóstico de TEP masivo. Intentaron reanimarla y no fue posible. Realizaron cesárea perimorten. El feto pesó 1.080 gramos pero no sobrevivió.

Lección 5

El embarazo es un factor de riesgo para la enfermedad tromboembólica. Deben evaluarse los factores de riesgo para esta enfermedad en todas las mujeres que estén considerando embarazarse, durante todo el embarazo y antes y después del parto para definir cuáles ameritan medidas profilácticas¹. (Ver anexo)

TROMBOSIS DE LOS SENOS VENOSOS CEREBRALES (TSVC)

Durante los años 2004 y 2005 en Antioquia se diagnosticaron tres casos: uno en el primer año y dos en el segundo. Dos casos se presentaron en el puerperio y uno durante el embarazo. Los dos casos que se presentaron en el puerperio tuvieron en común la presentación insidiosa de los síntomas tal como se describe en la literatura. Las tres pacientes eran mujeres jóvenes sin antecedentes personales de enfermedades graves o trombofilias. En dos casos el diagnóstico fue confirmado con las imágenes

diagnósticas; en el tercero no se confirmó, pero el cuadro clínico fue altamente sugestivo y la tomografía mostró una hemorragia intraparenquimatosa multicéntrica, hallazgo frecuentemente asociado con la TSVC. Por lo raro del cuadro clínico y su desconocimiento en nuestro medio, se describen en detalle los tres casos.

CASO 4:

Paciente de 27 años de edad, que seis días después de un parto vaginal normal, atendido con analgesia epidural, inició con cefalea intensa. La paciente tenía antecedentes de migraña por lo que no consultó hasta cinco días después de iniciado el cuadro. Fue manejada inicialmente con analgésicos en forma ambulatoria pero ante la persistencia de la cefalea, fue hospitalizada con el diagnóstico de cefalea pospunción. Fue evaluada por el anestesiólogo quien opinó que el cuadro no correspondía a este diagnóstico y solicitó concepto de neurología. El neurólogo la evaluó, realizó punción lumbar y solicitó una tomografía simple de cráneo. Ambos exámenes fueron normales. La paciente presentó un episodio de agitación sicomotora que fue interpretado como una crisis conversiva, por lo cual fue dada de alta y remitida ambulatoriamente a una clínica psiquiátrica con diagnóstico de depresión posparto. Allí consultó dos días más tarde con deterioro del estado de conciencia y movimientos clónicos del miembro superior izquierdo. Fue enviada nuevamente a evaluación por neurología. Realizaron nueva punción lumbar que mostró un líquido xantocrómico con aumento de las proteínas y los eritrocitos. Al día siguiente le realizaron una resonancia magnética simple y con contraste. Esta mostró trombosis de los senos sigmoideos, principalmente el derecho, longitudinal superior y con signos de recanalización. Recibió tratamiento de soporte y para el edema cerebral. La anticoagulación se inició tres días después del diagnóstico. La paciente falleció al día siguiente. El tiempo desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de diez días y al fallecimiento de catorce.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Esta es la historia clínica, que podríamos llamar característica, de las pacientes con TSVC, con un cuadro de inicio larvado, con la cefalea como el síntoma predominante y signos neurológicos bizarros inicialmente. En este caso no se realizó fondo de ojo en ningún momento de la evaluación inicial. No se consideró el diagnóstico, lo cual llevó a un retraso en la solicitud de la resonancia, y luego de tener el diagnóstico no se inició oportunamente la anticoagulación.

Lección 6

La TSVC debe ser un diagnóstico a considerar en toda mujer en embarazo o puerperio con síntomas neurológicos, y en todos los casos de hemorragia intracerebral inexplicada. Igualmente, debe ser un diagnóstico a considerar en los casos de cefalea de inicio reciente, particularmente cuando se asocia a síntomas o signos neurológicos, convulsiones o papiledema. La cefalea está presente en el 80% a 90% de los casos¹¹.

Lección 7

El tratamiento de la TSVC siempre se basa en el inicio temprano de anticoagulación con heparina intravenosa aún en las pacientes que se presentan con hemorragia cerebral¹¹.

CASO 5:

Paciente de 34 años de edad, que tuvo parto en vértice espontáneo sin complicaciones con analgesia epidural. A los cuatro días inició cuadro de cefalea y náuseas sin vómito. Consultó tres días después. El examen neurológico fue normal, pero no le realizaron fondo de ojo. La manejaron ambulatoriamente con analgésicos. Consultó dos días después por persistencia de la sintomatología. La encontraron con Glasgow de 10/15, y parálisis conjugada de la mirada horizontal y vertical. Le solicitaron tomografía simple TAC de cráneo que mostró una hemorragia intraparenquimatosa multicéntrica. El diagnóstico inicial fue una vasculitis e iniciaron manejo de soporte. Le solicitaron TAC de control dos días después que no mostró cambios significativos. Al día siguiente presentó una convulsión tónico clónica generalizada y quedó con rigidez extensora. Solicitaron TAC urgente que mostró además de la hemorragia ya conocida, una hemorragia subaracnoidea. La paciente falleció tres horas después.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- No se profundizó en el diagnóstico y por lo tanto no se solicitaron otros estudios como la resonancia magnética que hubiera aclarado el diagnóstico.

Lección 8

El diagnóstico de la TVSC es un reto para el clínico debido a que puede simular muchos otros desórdenes neurológicos incluyendo tumores, enfermedades infecciosas, isquémicas y hemorrágicas. La hemorragia intracraneal ocurre en el 35% a 50% de las pacientes con TSVC. En la mayoría de los casos se encuentran múltiples pequeñas hemorragias multicéntricas rodeadas de tejido sano³.

Lección 9

El diagnóstico de la TVSC está basado en las imágenes. El primer estudio que se solicita por lo general en los servicios de urgencias es la TAC, que generalmente es normal en el 25% a 30% de los casos y cuya utilidad consiste en excluir otras enfermedades como tumores y abscesos y en algunos casos muestra signos indirectos de TSVC. El mejor estudio para diagnóstico y seguimiento de la TSVC es la resonancia magnética³.

CASO 6

Materna joven de quince años de edad, con ocho semanas de gestación y un cuadro clínico de tres días de evolución de cefalea y vómito, con pérdida del estado de conciencia en las últimas siete horas. La paciente ingresó a una institución de primer nivel inconciente, en malas condiciones, con respuesta al estímulo doloroso, pupilas isocóricas, normo reactivas, hipotónica. Fue remitida inmediatamente al tercer nivel de atención, donde le encontraron signo de Babinsky bilateral espontáneo, e ingurgitación en el fondo de ojo. Le realizaron una tomografía que mostró edema cerebral y trombosis extensa de los senos venosos rectos y transversos, con hemorragia subaracnoidea. Se inició manejo de soporte en la unidad de cuidados intensivos y anticoagulación pero la paciente falleció seis días después.

PROBLEMAS DEL CASO

En este caso el diagnóstico y manejo fueron oportunos, pero la paciente presentaba desde el ingreso los dos factores más importantes que ensombrecen el pronóstico: la presencia de hemorragia y compromiso del estado general. Existe controversia en cuanto al manejo con agentes trombolíticos, pero todo parece indicar que las pacientes con severo compromiso del estado de conciencia serían las que se beneficiarían de este manejo. En este caso la muerte se calificó como inevitable.

Lección 10

La anticoagulación con heparina es la piedra angular del tratamiento, y existe la evidencia que aún en presencia de hemorragia intracerebral asociada es el tratamiento de elección y es seguro¹¹.

MUERTE POR EMBOLISMO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

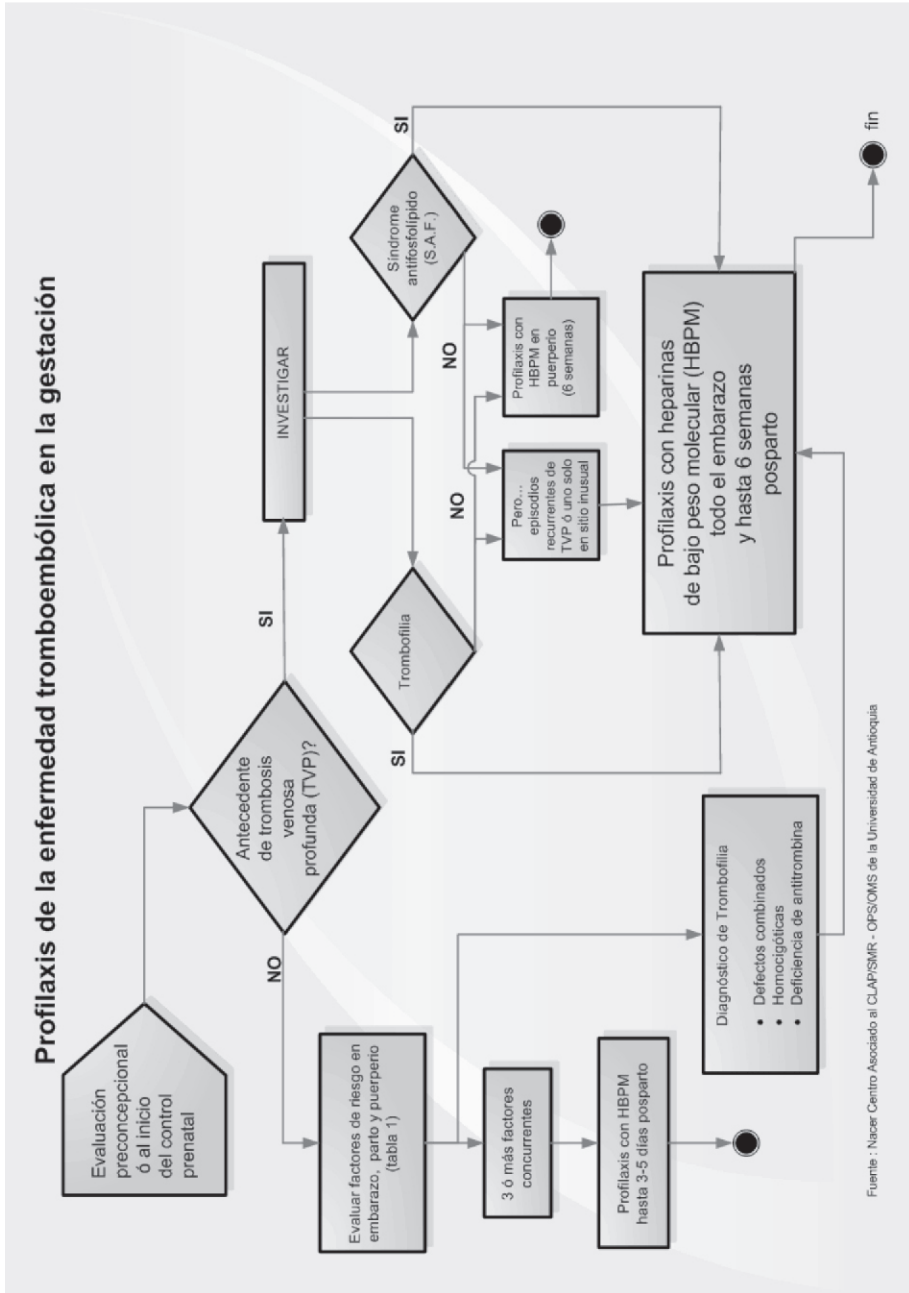
Se presentaron varios casos de muerte súbita, sin embargo, debido a que no se realizó necropsia en ninguno de ellos, solo se calificó como posible de ELA el presente caso, que tuvo el cuadro clínico más sugestivo. Los demás casos se discuten en el capítulo de muertes de causa desconocida.

Se trata de una paciente de 16 años de edad, que tuvo un parto domiciliario atendido por partera, sin complicaciones según la autopsia verbal. Minutos después del parto presentó colapso súbito y falleció. El cuadro clínico usual del ELA es una mujer multípara en trabajo de parto avanzado que súbitamente se colapsa, pero puede ocurrir después de amniocentesis, abrupcio de placenta y trauma, durante parto por cesárea y hasta 30 minutos posparto. Los hallazgos pulmonares son mínimos, el colapso circulatorio se debe a falla del ventrículo izquierdo y es seguido de una coagulación intravascular diseminada. El diagnóstico es clínico pero en lo posible debería ser confirmado con autopsia. Todas las personas que atienden servicios obstétricos deben tener en mente la ocurrencia de este síndrome en una paciente que, antes o durante el trabajo de parto o inmediatamente después, desarrolle una falla ventilatoria, choque y sangrado.

CONCLUSIÓN

Los fenómenos tromboembólicos fueron una causa importante de muerte en nuestro Departamento durante el período estudiado. Existen dificultades para su diagnóstico y manejo debido a la falta de reconocimiento de su importancia y las inherentes a la complejidad de cada una de las entidades. Es necesario empezar a tenerlos presentes para identificarlos oportunamente y poder hacer el tratamiento adecuado. Dada la escasez de evidencia sólida no hay un acuerdo mundial en cuanto a la profilaxis durante la gestación y el puerperio. Sin embargo, la experiencia en el Reino Unido, del estudio de la mortalidad materna a lo largo de más de 50 años, es valiosa en el sentido de mostrar la importancia de implementar guías en este aspecto. El anexo que se presenta pretende ser un aporte en este sentido.

Anexo 1 Profilaxis de la enfermedad tromboembólica de la gestación



Anexo 2 Factores de riesgo para enfermedad tromboembólica en el embarazo y en el puerperio

Factores de riesgo para enfermedad tromboembólica en el embarazo y en el puerperio ^a	
Preexistentes	De aparición reciente o transitorios ^b
Trombofilia congénita o adquirida	Procedimientos quirúrgicos en el embarazo y/o en el puerperio
Edad mayor de 35 años	Hiperemesis
Obesidad (IMC > 30 o peso mayor de 90 Kg)	Deshidratación
Venas varicosas	Infección severa: pielonefritis
Paridad > de 4	Inmovilidad > 4 días
Enfermedad de células falciformes	Preeclampsia
Enfermedades inflamatorias: enfermedades inflamatorias del intestino	Excesiva pérdida sanguínea
Algunas enfermedades cardíacas o renales	Viaje largo
Enfermedades mieloproliferativas	Trabajo de parto prolongado ^c
Paraplejía	Instrumentación de la cavidad uterina ^c
	Inmovilidad después del parto ^c

a. No existen suficientes datos para evaluar el incremento del riesgo de cada uno por separado b. Se deben evaluar permanentemente porque pueden desaparecer. c. Estos son factores de riesgo solo para el posparto.

Adaptación de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery : tabla I. Guideline No. 37. Londres: RCOGT; 2004.

Anexo 3 Profilaxis de la enfermedad tromboembólica en caso de cesárea

Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica en caso de cesárea

Bajo riesgo: *movilización temprana y evitar la deshidratación*

Cesárea electiva: embarazo sin patología y sin otros factores de riesgo

Riesgo moderado: *Considere utilizar heparina o métodos mecánicos*

Edad >35 años
Obesidad (>89 Kg)
Paridad de 4 o mayor
Venas várices gruesas
Infección actual
Preeclampsia
Inmovilización > 4 días previa a la cirugía
Enfermedad mayor asociada
Cesárea de emergencia en trabajo de parto

Riesgo Alto: *Utilice heparina con o sin medios mecánicos*

Una mujer con tres o mas factores de riesgo de los mencionados arriba
Cirugía abdominal o pélvica mayor (por ejemplo: histerectomía posparto)

Adaptado de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery : tabla 3. Guideline No. 37. Londres: RCOGT; 2004.

Anexo 4 Guía para la administración de tromboprofilaxis

- Las heparinas de bajo peso molecular son los agentes de elección para la profilaxis antenatal. Son tan efectivas y más seguras que la heparina no fraccionada.
- La tromboprofilaxis durante el embarazo debe iniciarse tan pronto se defina su necesidad y continuarse o suspenderse de acuerdo a la evaluación del riesgo. La profilaxis en el posparto debe iniciarse tan pronto sea posible, una vez se verifique que no hay hemorragia posparto. Si la paciente recibió anestesia epidural se debe esperar cuatro horas después de retirar el catéter y seis horas si la inserción fue traumática.

Dosis de las heparinas de bajo peso molecular.

Profilaxis	Enoxaparina	Dalteparina
Peso normal	40 mg/día	5000 U/día
Peso <50Kg	20 mg/día	2500U/día
Peso >90Kg	40 mg c/12h	5000 U c/12h
Dosis terapéutica	1mg/Kg c/12 h	90U/Kg c/12h

Adaptado de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery: tabla 2. Guideline No. 37. Londres: RCOGT; 2004.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery. Guideline No. 37. Londres: RCOGT; 2004.
2. DRIFE J. Thrombosis and thromboembolism. En: Gwyneth L. director and editor. Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG; 2004. p. 230-270.
3. Mashur F, Mehraein S, Einhäupl K. Cerebral venous and sinus thrombosis. J Neurol. 2004 Jan;251(1)11-23.
4. Mas JL, Lamy C. Stroke in pregnancy and the puerperium. J Neurol. 1998 May;245(6-7):305-313.
5. Bick RL. Syndromes of disseminated intravascular coagulation in obstetrics, pregnancy, and gynecology :Objective criteria for diagnosis and managemen. Hematol Oncol Clin North Am. 2000 Oct;14(5):999-1044.
6. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 May 15]. Estadísticas vitales ; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368.

-
7. Saboya DM. Mortalidad materna en Colombia una aproximación ecológica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública y Tropical; 2005.
 8. Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia; Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia. Medellín: la Universidad; 2004.
 9. Bates SM, Greer IA, Hirsh J, Ginsberg JS. Use of antithrombotic agents during pregnancy: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004 Sep; 126(3 Suppl):627S-644S.
 10. Greer I, Beverly JH. Low Molecular weight heparin in pregnancy: current issues. *Br J Haematol* 2004 Mar; 128(5):593-601.
 11. Fink JN, McAuley DL. Cerebral venous sinus thrombosis: a diagnostic challenge. *Intern Med J*. 2001 Sep; 31(7):384-390.
 12. Gates S, Brocklehurst P, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *The Cochrane library*, Issue 4, 2005.

Muertes maternas por aborto inducido

*Juan Guillermo Londoño Cardona
Liliana Isabel Gallego Vélez
Diana Cecilia Jaramillo Posada*

La OMS define el aborto como la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana, contada a partir del primer día de la última menstruación normal, cuando el feto es incapaz de sobrevivir fuera del útero o cuando el peso fetal es inferior a 500 g. Se acepta que de las gestaciones diagnosticadas entre el 10% y el 15% terminan en aborto y que sólo el 35% de los huevos fecundados alcanzan una edad gestacional superior a 28 semanas.

La OMS calcula que en el mundo 50 millones de mujeres se someten a prácticas abortivas cada año y de estas el 40% ocurren en deficientes condiciones sanitarias. Estos 20 millones de abortos inseguros que suceden en el mundo producen alrededor 78.000 muertes maternas y cientos de miles de incapacidades en las mujeres, la mayoría de los cuales ocurren en países en vía de desarrollo.

En cuanto a los abortos, es necesario aclarar que existen diferentes clases. Aborto espontáneo: es aquel en el cual no ha mediado maniobra abortiva y en cuyo origen han intervenido problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, psicológicos o médicos de la madre; aborto inducido: es el embarazo terminado deliberadamente por medio de una intervención, que se puede adelantar por parte de personal entrenado y en un entorno adecuado o por fuera del sistema de salud. En el primero, la idoneidad del personal, las técnicas utilizadas y los criterios higiénicos garantizan un procedimiento seguro con baja morbimortalidad. En cuanto al segundo caso, el aborto puede llegar a ser inseguro si el que lo asiste carece de capacitación, utiliza técnicas inadecuadas y no cumple con los criterios higiénicos necesarios. También puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por profesionales de la salud que no siguen condiciones de seguridad para la paciente.

Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, así no todas las mujeres la soliciten o tengan acceso a ella.

En Colombia es muy difícil establecer la verdadera incidencia del aborto debido a las dificultades con el registro: muchos de los abortos que ocurren en el primer mes de gestación no quedan registrados como tales y en otros casos, hemorragias de etiología diferente son clasificadas como abortos. Además, los abortos provocados no quedan incluidos en las estadísticas nacionales, pues hasta mayo de 2006 cualquier aborto inducido era considerado un delito y sólo hasta esa fecha se despenalizó esta práctica para algunos casos especiales¹.

El Ministerio de la Protección Social considera que en Colombia se presentan aproximadamente 350.000 abortos al año y de acuerdo con la estructura de la mortalidad materna en Colombia, el aborto ocupó el cuarto lugar, con 8,7% de las muertes maternas, según el Instituto Nacional de Salud a diciembre de 2001. Igualmente, ocupó el cuarto lugar entre los años 2001 y 2003, según las estadísticas vitales del DANE².

RESULTADOS

Durante los años 2004 y 2005 se presentaron en Antioquia cuatro muertes maternas por aborto inducido: dos en el año 2004 y dos en el 2005. Para el año 2004 estas muertes representaron el 6% de las muertes maternas, y para el año 2005 el 4,5%. Sólo se clasificaron como tales los casos en los cuales en la historia clínica, o en la autopsia verbal, se confirmó la realización de alguna maniobra abortiva. En la tabla 9, 1 se presentan algunas características de los casos.

Tabla 9.1 Característica de la mortalidad materna por aborto. Antioquia 2004 - 2005.

Características \ Caso	1	2	3	4
Edad	31	20	27	38
Edad gestacional en semanas	7	7	Desconocida	8
Número de CPN	0	0	0	0
Paridad	4	0	3	3
Lugar de residencia	Medellín	Envigado	Turbo	Apartadó
Sitio de la muerte	Nivel 3	Nivel 3	Domicilio	Nivel 3
Causa directa	Choque séptico	Choque séptico	Choque Hipovolémico	Choque séptico
Evitabilidad	Si	Si	Si	Si

Es de resaltar que en todos los casos el embarazo no fue planeado. Todas las pacientes residían en el área urbana y estaban afiliadas al SGSSS: dos al contributivo y dos al subsidiado.

CASO 1:

Paciente de 31 años de edad, madre de cuatro hijos, en su quinta gestación, con siete semanas de amenorrea e historia de consumo de misoprostol. Consultó a una institución de segundo nivel por fiebre subjetiva y dolor lumbar de 14 días de evolución. La encontraron deshidratada, con síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia vaginal fétida. Le diagnosticaron choque séptico y CID secundarios a aborto séptico. Fue remitida a una institución de segundo nivel y de allí a un tercer nivel de atención, donde le practicaron un curetaje e iniciaron manejo para choque séptico, anemia y CID. Allí fue trasladada a la UCI, donde le administraron seis unidades de glóbulos rojos y cuatro de plaquetas. La paciente falleció 24 horas después de ingresar al tercer nivel de atención.

En la autopsia verbal, respondida por el esposo de la materna, se confirmaron una serie de factores determinantes de la muerte, que según el análisis realizado, la hacían evitable: bajo nivel socioeconómico y cultural y desconocimiento de los métodos anticonceptivos. Según la información suministrada en la autopsia verbal, la paciente planificaba con métodos, al parecer, poco efectivos: "...después de que estaba conmigo -decía el esposo- tomaba agua y orinaba"^a.

Los factores determinantes en este caso pertenecen a los retrasos 1 y 3:

RETRASO 1

- Actitud negativa hacia la planificación familiar: aunque en la EPS le habían sugerido que se practicara la ligadura de trompas, la paciente alegaba falta de tiempo por sus deberes familiares y la corta edad de su último hijo.

RETRASO 3

- Programas de promoción y prevención inexistentes o muy deficientes: nunca fue objeto de búsqueda activa por parte de la EPS para que ingresara a un programa de planificación familiar. No hubo demanda inducida. Esta paciente, con cuatro hijos vivos pequeños, tenía desconocimiento de los métodos de planificación familiar y no conocía los signos y síntomas de alarma para una gestación en su primer trimestre.

^a Carrillo Pineda, Marcela. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2004.

-
- Fallas estructurales en el sistema de atención: de un segundo nivel se remitió a otro segundo nivel una paciente gravemente enferma y se perdió tiempo en el proceso para llegar a la unidad que pudiera brindarle el tratamiento adecuado.

Lección 1

Las mujeres en edad reproductiva deben tener conocimiento sobre métodos de planificación familiar y fácil acceso a métodos acordes a su condición particular.

Lección 2

Las entidades prestadoras de servicios de salud deben implementar programas que incluyan demanda inducida de métodos, aprovechar el control prenatal y el posparto para hacer educación a las mujeres y a su familia y es obligación de las EPS y ARS vigilar el cumplimiento de estos programas.

Lección 3

Es necesario empoderar a las mujeres y a la comunidad en general, para que conozcan sus derechos y los exijan, conozcan los riesgos del aborto en condiciones inseguras y sin supervisión médica, los signos y síntomas de alarma durante la gestación y la necesidad de consultar oportunamente.

CASO 2:

Paciente de 20 años de edad, residente en el área urbana del Valle de Aburrá. Casada, estudiante universitaria y con el antecedente de un tumor neuroectodérmico que venía siendo tratado con quimioterapia, la cual le suspendieron por el embarazo. La paciente consultó a una institución de segundo nivel por un cuadro de cinco días de evolución de dolor en hipogastrio y fiebre, después de haberse sometido a un procedimiento no institucional para la interrupción de la gestación. La paciente ingresó en un estado de sepsis, se le inició el manejo con antibióticos, soporte hemodinámico y le realizaron un nuevo curetaje. Sin embargo no respondió y falleció 17 días después. Una biopsia de médula que le realizaron confirmó compromiso medular extenso por el tumor.

En la autopsia verbal realizada con el esposo se confirmó la falta de orientación en planificación familiar de esta pareja: “cuando nos dieron el diagnóstico del tumor, nos

informaron que no podíamos tener hijos, nosotros planificábamos con el método del ritmo, teníamos en cuenta unos días antes y otros días después”. Cuando le preguntaron si habían recibido orientación profesional, el esposo respondió: “No. Yo soy estudiado, ella también y no sabíamos que debíamos consultar y no nos informaron de la importancia de buscar asesoría profesional, sólo que no debíamos tener hijos”^b.

Los factores determinantes en este caso pertenecen al retraso 3:

- Faltó una atención integral a la paciente y una real asesoría a la pareja en el tema de la planificación familiar.

Lección 4

Las instituciones de tercer nivel que atienden mujeres con enfermedades complejas deben ofrecer programas que brinden una atención integral a las mujeres en edad reproductiva. Independientemente de la especialidad que la esté evaluado, se le debe ofrecer una real asesoría acerca de la planificación familiar o indicarle dónde puede obtenerla, y no simplemente decirle que por su enfermedad “no se puede embarazar”.

CONCLUSIONES

Hasta mayo de 2006 el aborto inducido en Colombia estaba penalizado en todas sus formas. El temor a ser judicializadas, el temor al rechazo familiar y social, hace que muchas mujeres se practiquen procedimientos en condiciones inseguras o consulten tardíamente como en los casos presentados. Se espera que la despenalización del aborto en situaciones especiales se acompañe de campañas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prevención del embarazo no deseado. La planificación familiar, entendida como el empoderamiento de las parejas en el conocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva, previene muertes maternas innecesarias.

Es necesario que los intermediarios del SGSSS, EPS y ARS, ofrezcan una mirada integral hacia la SSR con perspectiva de género. Si lo que realmente se desea es impactar la problemática del aborto inseguro en nuestro país, es necesario garantizar la demanda inducida para que toda mujer en edad reproductiva esté incluida en programas integrales de anticoncepción, se le garantice el acceso a los métodos de planificación pertinentes a su situación particular y se estructure de una vez por todas un sistema adecuado y oportuno de remisión y contrarremisión.

^b Castaño López, Rosa Amalia Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2005.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-355/06 de 2006 : expedientes D-6122, 6123 y 6124 Demandas de inconstitucionalidad contra los Arts. 122, 123 (parcial), 124, modificados por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, y 32, numeral 7, de la ley 599 de 2000 Código Penal. Bogota: Corte Constitucional, 2005.

2. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 Ago 15]. Estadísticas vitales; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368.

Muerte materna directa por causas infecciosas

*Diana Cecilia Jaramillo Posada
Bernardo Agudelo Jaramillo
Juan Guillermo Londoño Cardona*

A pesar de una sensible disminución en la tasa de mortalidad materna por causas infecciosas, estas aún tienen una alta repercusión en la salud materna y perinatal. El Population Reference Bureau¹ señala a las infecciones como la segunda causa de muerte materna en el mundo luego del sangrado severo. En la India, Chhabra² reportó una reducción significativa en la mortalidad materna por causas infecciosas, en especial en los últimos cinco años, pasando de un 35% a un 10%. Este autor afirmó que esta reducción se debió en parte a las intervenciones quirúrgicas más tempranas y al uso de nuevos medicamentos.

De otro lado, y según datos preliminares del DANE³, en el año 2003 se registraron en Colombia 547 muertes maternas. De éstas, 45 se debieron a abortos, aunque no es claro si la causa básica de la muerte fue infecciosa o no. Al igual que con otras causas de muerte, no queda claro en las estadísticas el peso real de las causas infecciosas por el agrupamiento en categorías inespecíficas como “problemas relacionados con la cavidad amniótica” o “problemas relacionados con el puerperio”.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos de Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, en los años 2004 y 2005 se presentaron en Antioquia 89 casos de muertes maternas directas, y de estas, cuatro tuvieron como causa directa de muerte una infección: dos de ellas se produjeron después de practicado un aborto, en los cuales no se documentó ni en la historia clínica, ni en la autopsia verbal, ninguna maniobra abortiva; una más fue por causa de amnionitis y otra por endometritis. En la siguiente tabla se describen algunos factores relevantes de los casos analizados. Dada la importancia de las muertes maternas por aborto inducido, merecieron un análisis detallado en el capítulo 9.

Tabla 10.1 Características de las muertes maternas directas por infección obstétrica.

Característica	Caso 1	Caso 2	Caso 4	Caso 5
Edad	22	45	38	27
Edad gestacional al momento de la muerte	15	8	31	39
Número de controles prenatales	0	0	5	10
Edad gestacional al inicio del control prenatal	No pertinente	No pertinente	11	10
Gestas previas	3	7	5	1
Sitio de muerte	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 3
Resultado perinatal	No pertinente	No pertinente	Muerto	Vivo
Causa básica	Endometriometritis posaborto	Endometriometritis posaborto	Coriomnionitis	Endometriometritis pos cesárea
Evitabilidad	Si	Si	Si	Si

CAMINO PARA LA SUPERVIVENCIA A LA MUERTE MATERNA

Solamente en uno de los casos se presentaron los retrasos 1 y 2. En los cuatro casos se presentaron retrasos 3, las categorías más frecuentes fueron: la toma de conductas o realización de intervenciones inadecuadas y la valoración inadecuada del caso clínico. Se presentan en detalle dos de los casos para ilustrar ejemplos de los retrasos encontrados.

CASO 1:

Mujer de 45 años de edad, residente en área rural, a dos días de camino de la cabecera municipal. Fue llevada por su esposo en hamaca al centro de salud de la cabecera municipal, refiriendo que llevaba ocho días de sangrado. La encontraron en malas condiciones, con PA de 70/40, sangrado abundante de mal olor, con restos de tejidos en el canal cervical. Se le diagnosticó aborto séptico. Le aplicaron líquidos endovenosos y durante cuatro horas intentaron comunicación con el hospital de primer nivel para remitirla, sin éxito alguno. Finalmente, fue remitida sin autorización al primer nivel de atención más cercano. Ingresó a éste siete horas después de haber consultado. Se encontraba en malas condiciones, con hemoglobina 5.8 g/dl. De allí la remitieron al segundo nivel donde llegó diez horas después del ingreso al centro de salud. Ingresó desorientada, con PA de 80/40, pulso de 120 por minuto y hematuria franca por sonda vesical. Los paraclínicos mostraron una Hemoglobina de 6g/dl, leucocitos de 45.200mm³ con neutrófilos del 90%, creatinina de 2.1 mg/dl, plaquetas

de 98.000 y TP y TPT mayores de 1 minuto. Por las condiciones tan críticas de la paciente, el obstetra y el anestesiólogo decidieron no realizarle ningún procedimiento. Le iniciaron antibióticos y le aplicaron dos unidades de glóbulos rojos dos horas después del ingreso. La paciente falleció diez horas después de ingresar al segundo nivel.

En este caso no fue posible la autopsia verbal porque la paciente residía en una zona muy alejada del casco urbano y con problemas de orden público. Por lo tanto, no se pudo establecer o descartar la presencia del retraso 1, el retraso 2 si fue evidente.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen a los retrasos 2 y 3:

- Sitio de residencia a dos días de camino de la cabecera municipal.
- Dificultades administrativas para la remisión de la paciente.
- Subvaloración del cuadro clínico en ambos niveles, lo que llevó a que la remisión se hiciera al nivel inadecuado, que de entrada debió ser a un tercer nivel, y no a un primer nivel y luego al segundo nivel.
- En el segundo nivel: retraso en el suministro de los hemoderivados y no se pensó siquiera en el manejo de la CID, ni en remitir la paciente, teniendo criterios clínicos y de laboratorio para la remisión al tercer nivel.

Lección 1

La remisión al tercer nivel debe realizarse si la paciente tiene signos de enfermedad crítica como: bradicardia, hipotensión o hipotermia, disnea, oliguria, obnubilación o hipoxemia. Además, sí tiene los siguientes hallazgos de laboratorio: acidosis metabólica, leucopenia o leucocitosis, trombocitopenia, creatinina elevada o proteína reactiva aumentada.

CASO 2:

Paciente de 27 años de edad a quien le realizaron cesárea por podálica. El control posoperatorio a los siete días fue normal. Una semana después consultó por presentar dolor abdominal de varias horas de evolución. Luego de esperar ocho horas para ser evaluada por el obstetra, encontraron que además tenía sangrado vaginal mal oliente e hipersensibilidad uterina. Le realizaron una ecografía donde se encontró que había restos placentarios. Con diagnóstico de endometritis poscesárea decidieron iniciarle tratamiento con antibióticos y realizarle un curetaje. Después de esto, la paciente persistió con mucho dolor abdominal y empezó a presentar hipotensión

marcada con PA de 60/30 y taquicardia. Le encontraron una anemia severa con hemoglobina de 5.1 g/dl. Le administraron 1.000 cc de líquidos y decidieron llevarla a laparotomía donde encontraron un útero átono acompañado de hemoperitoneo. Le realizaron masaje uterino y un nuevo curetaje. La transfusión de la primera unidad de glóbulos rojos se inició cinco horas después de ordenada y después de realizado el procedimiento. Posteriormente presentó una CID. Fue remitida al tercer nivel en muy malas condiciones, donde le realizaron histerectomía y falleció finalmente por una hemorragia intracerebral.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso 3:

- Retraso para la valoración inicial por el obstetra.
- Subvaloración del cuadro clínico: no se reconoció la asociación que se presentó entre el choque séptico y el hipovolémico; la suma de dos choques es una condición mucho más severa y en la historia clínica presentada primó el séptico sobre el hipovolémico.
- Conductas inoportunas o inadecuadas: reposición insuficiente de líquidos para el manejo adecuado del estado de choque, llevando la paciente a cirugía sin estabilizarla y con hemoglobina de 5,1 g/dl.
- Retraso en el inicio de la transfusión.

Lección 2

El objetivo inmediato en caso de choque séptico debe ir dirigido a restablecer el gasto cardíaco. Esto se logra infundiendo volumen suficiente para mantener una adecuada perfusión de los órganos vitales. Si luego de infundir los cristaloideos necesarios para recuperar la presión arterial en un lapso de 20 minutos no se logra una presión arterial media mayor de 60 mm Hg, o una sistólica mayor de 90 mm Hg, debe iniciarse un agente vasopresor como la dopamina⁴.

Lección 3

En caso de sospechar sepsis en la gestante el inicio de los antibióticos debe ser inmediato y no debe esperarse los resultados de los cultivos.

Lección 4

Es necesario lograr la máxima estabilidad de las pacientes antes de llevarlas a

cirugía para obtener un mejor resultado. Esto incluye el reemplazo adecuado de líquidos, la administración previa de hemoderivados en los casos en los que esté indicado y la valoración de todos los sistemas: renal, estado acido-básico, electrolitos, etc.

CONCLUSIONES.

El personal de salud debe estar atento a los diferentes agentes infecciosos que se presentan en la gestante, teniendo en cuenta que los signos y síntomas de las infecciones pueden manifestarse de una manera diferente debido a los cambios fisiológicos del embarazo. La mayoría de los retrasos encontrados en estas muertes son del tipo 3, que implican problemas en la atención, no solo en los recursos, sino también en las actitudes y habilidades por parte del personal de salud. En este sentido se debe tratar de ofrecer la mejor atención posible a estas mujeres, evitando demoras innecesarias, realizando capacitaciones permanentes, análisis y retroalimentaciones en los casos de muerte materna o de una complicación obstétrica importante. Así se pueden detectar los problemas y deficiencias al interior de cada institución, para corregirlos y estar mejor preparados para enfrentar situaciones similares en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Population Reference Bureau [página en internet]. Washington, DC: Population Reference Bureau; c2006 [actualizada 2006 Mar 25; citada 2006 Apr 14]. Disponible en: <http://www.prb.org/template.cfm?Section=PRB>.
2. Chhabra S, Kaipa A, Kakani A. Reduction in maternal mortality due to sepsis. J Obstet Gynaecol. 2005 Feb;25(2):140-2.
3. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 Abr 14]. Estadísticas vitales ; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368.
4. Maupin RT. Obstetric infectious disease emergencies. Clin Obstet Gynecol. 2002 Jun;45(2):393-404.

Otras muertes maternas directas: obstrucción del canal del parto

*Omar Armando Méndez Gallo
Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Liliana Isabel Gallego Vélez*

Las distocias o el trabajo de parto obstruido, también llamado parto difícil, se presenta porque las fuerzas impulsoras del feto son ineficientes, por una anomalía en la estructura del canal del parto, o porque el feto presenta un tamaño excesivo o una presentación defectuosa.

Como causa de muerte materna, el parto obstruido tiene una variabilidad muy grande en las distintas regiones del mundo: no existe en los países desarrollados; causa un 4.1% de las muertes maternas en África; un 9.4% en Asia y un 13.4% en los países de América Latina y el Caribe con un rango entre 0 y 34%¹. En el reporte del Reino Unido de 1952-1954 informaron 23 muertes maternas como complicación de la desproporción o de la posición anormal del feto, 63 muertes después de un trabajo de parto prolongado y 55 después de partos traumáticos. Entre los años 1955-57 informaron 33 casos relacionados con estas causas, la mayoría de las cuales se dieron luego de parto obstruido o manipulaciones intrauterinas. En el último reporte, años 2000-2002, solamente informaron una muerte relacionada con estas causas².

En Colombia en el año 2003, del total de 534 muertes maternas, 32 fueron catalogadas según la CIE-9 en el grupo O30 a O48: atención materna por problemas relacionados con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto. En Antioquia para el mismo año fueron incluidas en esta categoría 2 de 57³. Como con otras causas de muerte, es difícil esclarecer a cuál de las categorías incluidas en el grupo pertenecen los casos.

RESULTADOS

Durante los años 2004 y 2005 se presentaron en Antioquia dos muertes maternas debidas a la obstrucción del canal del parto. Ambos casos ocurrieron como complicación de una situación fetal transversa.

CASO 1

Paciente indígena de 34 años de edad, residente en un área rural dispersa, multípara, con 5 gestaciones previas. Inició trabajo de parto a las tres de la mañana. Fue atendida por el esposo que al detectar una posición anormal en el bebe, intentó mecerlo para que se volteara. La familia salió en busca del “jaibaná”^a, y regresaron 10 horas más tarde. Al regresar evidenciaron el fallecimiento del bebe, y notaron que la paciente se encontraba en malas condiciones, en un estado agónico y falleció 30 minutos más tarde.

CASO 2

Paciente de 32 años, multípara y también de área rural muy distante de la cabecera municipal. Fue llevada por el esposo al hospital después de dos días de camino, por presentar tres días de dolores de parto y la presencia de una extremidad superior del feto en el canal vaginal. Ingresó en muy malas condiciones, con el feto muerto en presentación transversa y signos evidentes de sepsis. Falleció mientras era trasladada al tercer nivel.

FACTORES DETERMINANTES

Los dos casos comparten los mismos factores:

- Las dos pacientes presentadas eran multíparas, grupo en el cual las presentaciones fetales anormales son cuatro veces más frecuentes que en pacientes con menor paridad, y se explica por la relajación de la pared abdominal.
- Se trataba de pacientes residentes en áreas lejanas de la cabecera municipal, en donde los factores de índole geográfica y la ausencia del estado dificultaron la realización del control prenatal y el acceso oportuno a la atención institucional del parto.
- Atención no institucional del parto por personal no calificado: las personas que vigilaron el trabajo de parto no detectaron la gravedad de la situación, lo que demoró la remisión y el tratamiento.

^aMédico tradicional de la comunidad indígena emberá.

Lección 1

Se deben crear hogares de paso o redes sociales de apoyo en las cabeceras municipales, para recibir a las embarazadas que residen en sitios alejados o de difícil acceso.

Lección 2

Identificar y hacer capacitación a las parteras, “jaibanas” y otros practicantes de medicina tradicional de las regiones que puedan tener contacto con las pacientes embarazadas, para que detecten y remitan a tiempo las embarazadas que presenten complicaciones obstétricas.

Lección 3

Mejorar los programas de planificación familiar y garantizar la realización de tubectomías en las pacientes multíparas y con paridad satisfecha, respetando sus creencias culturales, ya que en ellas se demuestra una alta tasa de mortalidad materna y perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr. 1; 367:1066-74.
2. Gwyneth L. director and editor. *Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. London: RCOG; 2004.
3. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 Agosto 15]. Estadísticas vitales ; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368 .

Muertes maternas indirectas por cardiopatías

*Diana Cecilia Jaramillo Posada
Omar Armando Méndez Gallo
Jesús Velásquez Penagos*

Según el último informe de la OMS, en los países desarrollados las muertes maternas indirectas representan un porcentaje importante de las muertes: 14.4%, mientras que en los países de Latinoamérica y el Caribe solo representan el 3.9%¹. Esto es consecuencia lógica de los procesos de vigilancia epidemiológica de la mortalidad que en principio logran impactar la mortalidad materna directa y hacen que la proporción de directas e indirectas se modifique. Por ejemplo, en la actualidad en el Reino Unido el número de muertes indirectas es igual al de directas. En este capítulo se analizan las muertes maternas indirectas ocurridas en el departamento de Antioquia durante los años 2004 y 2005 debidas a cardiopatías.

Las enfermedades cardíacas complican entre un 1% a 3 % de los embarazos² y son responsables en algunos casos de hasta un 10% a 15% de las muertes maternas. Esto puede reflejar el hecho de que cada vez, gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas y en los tratamientos médicos, más mujeres con cardiopatías congénitas llegan a la edad reproductiva³. Por el contrario, las cardiopatías adquiridas, como la valvulopatía reumática, vienen en disminución.

En consonancia con lo anterior, en el Reino Unido hace 50 años la mayoría de las 121 mujeres que murieron por cardiopatía, tenían una valvulopatía reumática, mientras que de las 44 del trienio 2000 a 2002, ninguna la tuvo⁴.

RESULTADOS:

De las 29 muertes maternas indirectas ocurridas durante el período estudiado, ocho mujeres murieron como consecuencia de una enfermedad cardíaca: cuatro por cardiopatías congénitas, dos por cardiomiopatía periparto, una por arritmia cardíaca y una última por cardiopatía reumática. Las cuatro pacientes que fallecieron por

cardiopatías eran jóvenes, entre los 19 y 30 años de edad. En dos casos el embarazo fue planeado, en uno no y en el otro caso no se logró obtener esta información. En dos de los casos el diagnóstico no se conocía. Las pacientes manifestaron al ingreso del control prenatal un antecedente de asma que no se investigó adecuadamente y luego desarrollaron disnea progresiva que fue interpretada como un hallazgo normal por el embarazo. Ambas murieron súbitamente en embarazo, con un cuadro de dificultad respiratoria.

En otro caso, la paciente sabía desde años atrás que tenía un problema cardíaco serio pero nunca había podido realizarse una ecocardiografía por dificultades económicas. Tenía información acerca del riesgo que significaba un embarazo pero primó su deseo de tener un hijo. Se transcriben apartes de la autopsia verbal:

“A ella le habían dicho que tenía un problema muy grave en el corazón y que le tenían que hacer un examen, que sólo lo podían hacer en Medellín, pero era muy caro y mi hijo estaba recogiendo la platica para hacérselo. Ella estaba tomando unas pastillas, pero ella decía que la ponían muy mal, la cansaban mucho y se agitaba más (...) Ella no planificaba, pues decía que ya tenía 30 años y su madre se iba a envejecer y ella sin tener hijos, no se iba a quedar (...) Desde que la hospitalizaron la vez anterior, ella decía que se sentía mal, no podía con la vida, sentía que el corazón le latía por todas partes, ella hasta dejó de tomarse la medicación y nosotros sabíamos que ese examen que le tenían que hacer era por algo grave, porque un médico nos dijo que era muy importante para ver cómo seguir tratando su embarazo”^a.

En el último caso la paciente tenía 24 años y el antecedente de una comunicación interventricular e hipertensión pulmonar severa corregida dos años atrás. Se le indujo y atendió el parto a las 35 semanas por deterioro en su estado funcional. Dos días después se dio de alta sin complicaciones. Luego de dos días de estar en su casa presentó disnea súbita, se diagnosticó tromboembolismo pulmonar con hipertensión pulmonar. Presentó falla ventilatoria que ameritó su ingreso a una UCI cardiovascular donde se encontró dilatación severa de cavidades derechas con una severísima hipertensión pulmonar. Allí presentó asistolia que no respondió a las maniobras de reanimación. En este caso y de acuerdo con la entrevista realizada a los familiares de la paciente, ella había indagado si podía tener hijos:

^aLalinde Ángel, María Isabel. ENTREVISTA domiciliaria, departamento de Antioquia, 2004.

“...Después de esa cirugía tan complicada que le hicieron, un médico le dijo que ya podía tener veinte hijos si quería. Ellos nunca planificaron porque nadie se lo insinuó. Ella quería tener un hijo, era su mayor anhelo, pero casi no queda en embarazo”^b.

FACTORES DETERMINANTES EN ESTOS CASOS:

Retraso 1: dificultad para la realización de exámenes por problemas económicos.

Retraso 3: subvaloración del cuadro clínico:

- No se indagaron adecuadamente los antecedentes y los síntomas referidos por las pacientes en el embarazo.
- En las pacientes con diagnóstico conocido no se brindó una adecuada asesoría preconcepcional.

Lección 1

Las mujeres con cardiopatía conocida deben tener una consejería preconcepcional donde se le explique todos los riesgos de un embarazo ya que algunas cardiopatías conllevan un riesgo muy alto de muerte materna. Por esta razón se debe evitar el embarazo y hasta donde sea posible, aconsejar una anticoncepción permanente en casos de: cardiomiopatía, hipertensión pulmonar primaria, síndrome de Eisenmenger y síndrome de Marfan.

Lección 2

Se debe ordenar una ecocardiografía en caso de auscultar un soplo cardíaco y uno de los siguientes signos o síntomas: arritmia cardíaca asociada, soplo diastólico, soplo con thrill o frémito o un grado de III/VI o mayor.

Lección 3

El control prenatal de estas mujeres debe ser realizado por un equipo médico que incluya obstetra y cardiólogo. Además, la terminación de la gestación se debe realizar en una institución de tercer nivel.

^bIdem.

MORTALIDAD MATERNA POR CARDIOPATÍA PERIPARTO

Durante los años 2004-2005 se presentaron dos muertes por cardiopatía periparto. A diferencia de lo reportado en la literatura, fueron mujeres muy jóvenes, de 17 y 18 años. En los dos casos los síntomas se manifestaron en el puerperio: en el primer caso 30 minutos después de un parto vaginal inducido por una preeclampsia, y en el segundo, al cuarto día después de una cesárea por podálica. Los síntomas fueron: disnea, polipnea y dolor torácico y al examen físico se encontró taquicardia, hipoxia y hallazgos sugestivos de edema pulmonar. En ambos casos los estudios radiológicos mostraron una cardiomegalia. En los dos casos hubo dificultades para el acceso a la UCI por falta de camas, donde finalmente fallecieron.

PUNTOS CLAVE EN CARDIOMIOPATÍA PERIPARTO

- Se debe sospechar cuando aparece taquicardia, taquipnea, disnea o edema pulmonar. Es una causa frecuente de insuficiencia cardiaca congestiva y edema agudo de pulmón. Al examen físico se encuentran taquicardia, arritmias y signos de edema pulmonar⁵.
- En la radiografía se observa cardiomegalia y congestión pulmonar.
- En la ecocardiografía se encuentra dilatación cardiaca, con disminución de los movimientos de la pared del ventrículo y de la fracción de eyección y del gasto cardiaco, con aumento de la presión en cuña de la arteria pulmonar.
- Generalmente se presenta en el último mes de embarazo hasta los seis meses posparto.

MUERTE MATERNA POR ARRITMIA CARDIACA

El embarazo se puede considerar un estado pro-arrítmico mediado por los cambios hormonales, hemodinámicos y autonómicos del embarazo. Sin embargo, la mayor parte de estas arritmias son benignas y no conllevan un riesgo importante para la madre ni para el bebé. Pero si la mujer tiene una arritmia previa a la gestación, esta se puede exacerbar en frecuencia e intensidad, de allí que requiera una evaluación prenatal por un especialista que le defina si requiere o no medicamentos antiarrítmicos y cuáles son seguros en el embarazo.

Durante los años 2004-2005 se presentó una muerte materna secundaria a una arritmia ventricular. Esta materna tenía 38 años de edad y realizó sus controles prenatales con un médico particular quien le había atendido dos partos previos. En los

controles no se encontraron descritos los antecedentes personales ni la auscultación cardiaca. Al parecer, tres años antes la paciente se había realizado un monitoreo holter pero no se conoció la indicación de este. En el momento del último parto la paciente consultó en 7 cm de dilatación y se ordenó una epidural analgésica. No se consignó la auscultación cardiaca pero tuvo un parto normal y sin complicaciones. Trece días después la mujer fue llevada a la clínica inconciente. Se hicieron maniobras de reanimación y se trasladó a una UCI donde finalmente falleció por una arritmia ventricular.

FACTORES DETERMINANTES EN ESTE CASO

En este caso la familia no aceptó la autopsia verbal y aunque esta muerte se calificó como inevitable, se encontraron elementos que indicaron fallas en la calidad de la atención, como la falta de actualización de los antecedentes personales en la historia clínica y la descripción completa del examen físico.

Lección 4

El ingreso al control prenatal debe incluir una anamnesis completa para detectar desde el principio de la gestación los posibles factores de riesgo que se presentaran durante la misma.

Lección 5

El examen físico de la gestante siempre debe acompañarse de la auscultación cardiaca y pulmonar, y si existen dudas en los hallazgos encontrados, se debe solicitar un examen complementario como la ecocardiografía, el electrocardiograma o el monitoreo holter, que ayuden a aclararlos.

MUERTE MATERNA POR CARDIOPATÍA REUMÁTICA

En el año 2005 se presentó una muerte por una valvulopatía reumática. Era una mujer de 34 años de edad con el antecedente de una estenosis mitral corregida a los 11 años de edad. La paciente consultó en la semana 17 de gestación y llevó una ecocardiografía que informó hipertensión pulmonar y un área valvular mitral de 0,9 cm; durante esa consulta se encontró un soplo sistólico grado III. Se solicitó una evaluación por cirugía cardiovascular la cual se realizó en otra institución, sin que quedara consignada ninguna información en la historia clínica. Cinco semanas nóstico

después consultó al servicio de urgencias de una institución de tercer nivel por odinofagia, tos y malestar general. Allí fue valorada por un intensivista quien la encontró con disnea, taquipnea y con saturación menor del 90%. Le auscultó estertores pulmonares y diagnosticó edema agudo de pulmón secundario a estenosis mitral. Se inició tratamiento y se solicitó una remisión a otra institución para que se le realizara un cateterismo. Por la inminencia de una falla ventilatoria la materna tuvo que ser intubada y tres horas después de la autorización de la remisión, esta se llevó a cabo. Ingresó a una UCI y se diagnosticó fibrilación auricular asociada. La ecocardiografía mostró un crecimiento biauricular severo y estenosis mitral con dilatación de la válvula tricúspide. Se le pasó un catéter de presión venosa central y como complicación se presentó un neumotórax. Dos días después se documentó la muerte del feto, por lo que se decidió la terminación del embarazo por vía vaginal. Ese mismo día se realizó una valvuloplastia con éxito a pesar de lo cual la paciente falleció al día siguiente.

En la entrevista domiciliar se encontró que la paciente era consciente de su enfermedad pero subvaloró los riesgos de la misma y del embarazo; no tomó la medicación que se le había ordenado ni tampoco definió un método de planificación pues ya llevaba 16 años con una pareja y nunca se había embarazado.

FACTORES DETERMINANTES

- Existió subvaloración de la enfermedad por parte de la paciente pues no solo no cumplió con la profilaxis antibiótica sino que tampoco asumió un método de planificación.
- No se realizó un manejo coordinado entre los especialistas de alto riesgo y cirujano cardiovascular.
- Se presentó un retraso en la remisión de la paciente hacia la UCI de otra institución por un requisito administrativo.

PUNTOS CLAVE

- La estenosis mitral es la lesión valvular adquirida más común que se presenta en el embarazo y los cambios fisiológicos derivados de la gestación como son la taquicardia y la hipervolemia pueden agravar la obstrucción valvular.
- La fibrilación auricular se puede presentar como consecuencia del daño estructural de la aurícula y esto precipitar de una falla cardiaca.

- Se debe realizar una ecocardiografía previa a la concepción y una evaluación por cardiología y obstetricia para definir si la paciente puede tolerar los cambios asociados a la gestación o si debe ser intervenida antes de aconsejar un embarazo.

CONCLUSIONES

La enfermedad cardíaca es una de las condiciones médicas que más pone en peligro la vida de la materna y del producto; por lo tanto siempre requiere una consejería preconcepcional en la que se expliquen los riesgos del embarazo y del parto, tanto para la madre como para el feto.

Para disminuir estas complicaciones se requiere que la mujer se encuentre en un estado funcional clase I y que reciba medicamentos que no afecten la salud del feto. Por estas razones siempre debe ser manejada en un centro de tercer nivel y por un equipo interdisciplinario que evaluará:

1. Tipo de lesión y secuelas.
2. Estado funcional.
3. Definición del riesgo.
4. Medicación y teratogenicidad.
5. Consejería genética.
6. Necesidad de profilaxis para endocarditis.
7. Vía y momento del parto.

En la mayoría de los casos, si se cumplen las recomendaciones y se garantizan las medidas pertinentes, las mujeres podrán llevar con éxito el embarazo sin complicaciones asociadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PE. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr; 367:1066-74.
2. Arafeh JM, McMurtry BS. Cardiac disease in pregnancy. *Crit Care Nurs Q*. 2006 Jan/Mar; 29(1):32-52.
3. Lupton M, Oteng-Ntim E, Ayida G, Steer PJ. Cardiac disease in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002 Apr; 14(2):137-143.

-
4. Swiet de M, Nelson-Piercy C. Cardiac disease. En: Lewis G. editor. *Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. London : RCOG; 2004. p. 270-285.
 5. Siu SC, Colman JM. Heart disease and pregnancy. *Heart*. 2001 Jun; 85(6):710-5.

Muertes maternas indirectas: Enfermedades del Sistema Nervioso Central

*Bernardo Agudelo Jaramillo
Gladis Adriana Vélez Alvarez
Juan Guillermo Londoño Cardona*

Las enfermedades que afectan al sistema nervioso central son graves por su naturaleza y porque determinan discapacidad funcional o la muerte. Pueden ser clasificadas como de origen vascular, tumoral, infeccioso, metabólico, traumático o estructural. Las enfermedades cerebrovasculares predominan después de la sexta década de vida, asociadas generalmente con una enfermedad subyacente de tipo cardiovascular, metabólica o degenerativa. Son poco frecuentes en la población en edad reproductiva, pero pueden aparecer por condiciones de índole genética, heredofamiliar, traumática o adquirida^{2,3}. El proceso puede presentarse de dos formas: isquémico, que puede conducir a infarto cerebral, y es secundario a trombosis o a embolismo arterial desde el corazón; o hemorrágico, por barotrauma hipertensivo, alteración vascular estructural, o en la fase de reperfusión vascular cerebral luego de una isquemia. En las gestantes el sistema vascular cerebral es más susceptible a las lesiones porque confluyen diferentes procesos funcionales, como la respuesta inflamatoria activada, el aumento de la respuesta del lecho endotelial, la hiperreactividad del sistema simpático, el estado de hipercoagulabilidad y los cambios hemodinámicos, como el aumento del volumen circulante, la modificación de la respuesta vaso presora y el aumento del gasto cardíaco con redistribución de los flujos¹.

En la gestación el riesgo de accidente cerebro vascular isquémico oclusivo o embólico aumenta 13 veces con respecto a la mujer que no está embarazada, y en el puerperio aumenta de manera significativa⁴. Son factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular: la edad superior a 35 años, población Afro-Norteamericana [OR de 1.5 (IC 95%, 1.2-1.9)], situaciones médicas asociadas como la migraña [(OR 16.9 (IC 95%, 9.7-29.5)], la trombofilia OR 16.0 [(95% IC, 9.4-27.2)], el lupus eritematoso sistémico [OR 15.2 (IC 95%, 7.4-31.2)], enfermedad cardíaca [OR 13.2 (IC 95%,

10.2-17.0)], la enfermedad de células falciformes [OR 9.1 (IC 95%, 3.7-22.2)], la hipertensión [OR 6.1 (IC 95%, 4.5-8.1)], y la trombocitopenia [OR 6.0 (IC 95%, 1.5-24.1)]. Y entre las complicaciones del embarazo están: la hemorragia posparto [OR 1.8 (IC 95%, 1.2-2.8)], la preeclampsia y la hipertensión gestacional [OR 4.4 (IC 95%, 3.6-5.4)], la transfusión [OR 10.3 (IC 95%, 7.1-15.1)] y la infección posparto [OR 25.0 (IC 95%, 18.3-34)]⁵. El antecedente de preeclampsia-eclampsia aumenta cuatro veces el riesgo de encefalopatía cerebrovascular, posteriormente a la gestación⁶.

La incidencia de enfermedad isquémica asociada con el embarazo o el puerperio varía de 5 a 210 por 100.000 partos, con un promedio de 1 infarto cerebral en 3.000 embarazos⁷. Puede ser causada por enfermedades directamente asociadas con la gestación o por situaciones clínicas no relacionadas. Las primeras son: el síndrome preeclampsia-eclampsia, el coriocarcinoma y el embolismo de líquido amniótico. Otras causas de enfermedades isquémicas en pacientes jóvenes, como angiopatías cerebrales y trastornos cardioembólicos hematológicos, se han reportado en el embarazo, pero en estos casos se desconoce si el embarazo es sólo coincidente o si se tiene algún papel causal.

La incidencia de hemorragia subaracnoidea en el embarazo y puerperio varía de 2 a 70 por 100.000 partos, con un promedio de 20. La hemorragia subaracnoidea no traumática puede responder por el 5% al 10% de todas las muertes maternas⁷. Las principales causas son: la ruptura de aneurismas y de malformaciones arteriovenosas. No se ha comprobado que el riesgo de ruptura de un aneurisma sea mayor durante el trabajo de parto.

La incidencia de la hemorragia intracerebral en el embarazo es de 4.6 por 100.000 partos³. En el último reporte del Reino Unido, del trienio 2000-2002, se reportaron 21 muertes maternas por hemorragia intracraneal: 17 por hemorragia subaracnoidea y 4 por hemorragia intracerebral. No parece existir una tendencia a que el sangrado por aneurismas se presente con mayor frecuencia durante el trabajo de parto, pero el puerperio sí está asociado con un aumento del riesgo de la hemorragia intracerebral⁸. Las principales causas de hemorragia intraparenquimatosa son: la eclampsia y la ruptura de malformaciones vasculares. No se ha comprobado que la incidencia de la ruptura de las malformaciones sea mayor en el embarazo⁷.

Las diferentes enfermedades de la microcirculación cerebral pueden explicar hasta el 20% - 30% de todos los accidentes cerebrovasculares, y pueden a su vez empeorar el curso de enfermedades degenerativas del cerebro. Pueden causar insidiosamente lesión degenerativa microangiopática de la sustancia blanca, y característicamente está asociada con factores de riesgo que empeoran el curso de la enfermedad, como son hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome de resistencia a la insulina, y estados de hipercoagulabilidad, y migraña clásica. Entre estas enfermedades microvasculares está el CADASIL, que muestra tendencia de presentación familiar, aparición después de la cuarta década y fuerte asociación con crisis migrañosas clásicas severas, con aura bien definida. Tiende a causar demencia y cambios del sensorio y del comportamiento. Está asociada con una mutación del gene Notch-3, que codifica una proteína de membrana que interviene en el desarrollo vascular embrionario. El diagnóstico se hace por genética molecular, y clínicamente por medio de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con demostración patognomónica para el CADASIL de lesión degenerativa de la sustancia blanca en el polo temporal. La inmunohistoquímica de biopsia de cualquier tejido puede identificar la proteína mutada de Notch-3 con 100% de especificidad y 96% de sensibilidad^{9,10}.

La TSVC es una entidad rara asociada claramente con el puerperio y en la que se han implicado factores como el daño endotelial de los senos venosos que ocurre durante el parto, el estado de hipercoagulabilidad propio del embarazo y la estasis del flujo sanguíneo intracerebral. Hay algunas enfermedades causales como la deficiencia de antitrombina III y de las proteínas C y S y la enfermedad de células falciformes. Cuando, como en los casos ocurridos en Antioquia, no se documenta una enfermedad de base que explique la TSVC, la muerte debido a esta causa se considera como una muerte materna directa.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este capítulo se analizarán las muertes maternas indirectas por causa de enfermedades del sistema nervioso central ocurridas en el departamento de Antioquia entre los años 2004 y 2005. Se presentan los casos de eventos cerebrovasculares no relacionados con el SHAE ni la TSVC, ya que éstas se analizan en la sección de muertes maternas directas. Se analiza un caso en el cual se asignó por la clínica una causa infecciosa.

RESULTADOS

En Antioquia se presentaron en el año 2005 cuatro muertes por causa de encefalopatía de origen vascular, y una encefalopatía infecciosa. La edad de estas

pacientes varió entre 21 y 40 años, y todas tenían dos o más embarazos previos. A estos embarazos sobrevivieron tres bebés, de los cuales dos fueron de 34 semanas y uno de término. El motivo de consulta de tres gestantes fue el trastorno de la conciencia, en cuatro de ellas se presentó cefalea y en un caso hubo fiebre asociada a otros síntomas, como vómito, mareo y cefalea. En cuatro casos se asoció una forma clínica del SHAE.

Por ser situaciones tan particulares e interesantes, se describen las características relevantes de cada uno de los casos:

CASO I:

Paciente de 30 años de edad, en su tercera gestación, con el antecedente de dos cesáreas previas, un embarazo de 33+6 en el momento de la muerte. Consultó inicialmente en un hospital de segundo nivel de atención, por presentar vómito, cefalea, mareo y fiebre. Tenía como antecedente de importancia hipertensión crónica. Al ingreso le encontraron una PA de 173/91 por lo cual se ingresó con diagnóstico de un posible SHAE. No se registró la temperatura durante la hospitalización y no estudiaron el origen de la fiebre. Al quinto día fue dada de alta con tratamiento antihipertensivo, prácticamente en iguales condiciones que al momento del ingreso. En la autopsia verbal realizada al esposo de la gestante después de la muerte, éste relató que ella tenía "dolor de cabeza, que le dolía mucho la cabeza y tenía mucha fiebre"³. En los días previos a la segunda consulta mostró cambios del sensorio con dificultad para reconocer a las personas, por lo que fue llevada nuevamente al hospital de su localidad. Fue evaluada por el obstetra, quien la encontró con trastorno de la conciencia sin respuesta al interrogatorio. Se registró temperatura de 39.5°C. Consideró que se trataba de una preeclampsia severa con un síndrome HELLP. Los exámenes demostraron hemoglobina de 10.3g/dl, hematocrito de 30.9%, plaquetas de 81.000 y creatinina de 1.4 mgr/dL. La remitieron a una institución de tercer nivel. Allí también consideraron el trastorno hipertensivo como el problema principal. Los exámenes demostraron trombocitopenia, 74.000/uL, fibrinógeno de 975 mg/dL. Decidieron realizarle cesárea por ser precesareada, solicitaron TAC previo al procedimiento que mostró edema cerebral y un infarto cerebral bilateral. Se informó al neurocirujano quien opinó que su presencia no era necesaria ya que estos hallazgos eran típicos de una preeclampsia. Se realizó la cesárea. Doce horas después de ingresar al tercer nivel fue evaluada por neurología quien dictaminó muerte cerebral. La paciente fue donante de órganos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

En el análisis de este caso se conceptuó que, por la forma como evolucionó la paciente y por el tipo de fiebre que presentó, es muy probable que se hubiese tratado de una encefalitis bacteriana, posiblemente por *Listeria monocytogenes*. Esta patología es frecuente en el tercer trimestre del embarazo por la condición inmune de la gestación y compromete la conducta y el estado de la conciencia. Si bien este diagnóstico no se confirmó, se plantea esta posibilidad diagnóstica en forma retrospectiva.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso de tipo 3:

- Hubo una valoración inadecuada de la situación clínica en todos los niveles de atención, con desconocimiento del síndrome febril en la embarazada que amerita estudio completo, máxime cuando se compromete el sistema nervioso central.
- Se focalizó el problema alrededor del SHAE y del síndrome HELLP.
- Evaluación fragmentada por parte de los médicos: no hubo un real compromiso de los especialistas de neurología. No se consideraron los diagnósticos diferenciales y no hubo una evaluación adecuada de los exámenes paraclínicos pertinentes, como hemoleucograma, sedimentación, cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo.

Lección I

Aunque el SHAE es un problema común como causa de enfermedad del sistema nervioso central, cuando existe compromiso del sistema nervioso, el estudio no debe limitarse al SHAE, siempre deben considerarse todas las posibilidades diagnósticas, teniendo en cuenta todos los síntomas y signos de la paciente y los hallazgos al examen físico.

CASO 2:

Paciente de 21 años de edad, en su tercera gestación de 20 semanas. Consultó a un hospital de primer nivel por cefalea y pérdida de la conciencia, sin convulsión. Al examen la encontraron con PA de 90/60, pulso de 110 por minuto y temperatura de 37° C. Fue intubada y remitida a un hospital de segundo nivel y de allí se remitió al tercero, donde ingresó finalmente inconciente, con pupilas mióticas no reactivas, sin reflejos, ni respuesta motora. La tomografía mostró hemorragias de la fosa posterior y subaracnoidea, cuadro compatible con una malformación arteriovenosa. Falleció dos días después.

³Lalinde Ángel, María Isabel. ENTREVISTA realizada en la región Suroeste departamento de Antioquia el día 9 de mayo de 2005 caso MM-075, archivo del Centro Asociado al Centro Asociado al CLAP.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

En el análisis se consideró que esta muerte era inevitable. El manejo médico que se brindó fue meramente de soporte para la situación crítica premortem.

CASO 3:

Paciente de 40 años de edad, en su cuarta gestación, sin antecedentes importantes. Tuvo parto con epidural, con PA normal y sin complicaciones en un hospital de tercer nivel. A los siete días tuvo control en su EPS, donde le encontraron PA de 140/100 y relató cefalea. Se instruyó acerca de los signos de alarma. Regresó a los cinco y siete días para programación de anticoncepción, con iguales cifras de presión arterial. Se instruyó para registro seriado de la presión, pero nunca se supo si lo realizó. En el día 20 del posparto presentó cambios de la conciencia, incapacidad para valerse por sí misma y desviación de la comisura labial. Los diagnósticos de ingreso fueron posible intoxicación y enfermedad cerebrovascular. Encontraron PA de 127/70, pulso de 80 por minuto, no realizaron índice de Glasgow, las pupilas estaban midriáticas y el reflejo de la córnea ausente. Los exámenes solicitados demostraron un hemoleucograma e ionograma normal. No se solicitaron estudios para la posible intoxicación. La TAC simple de cráneo fue normal. El neurocirujano inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular y medidas antiedema cerebral. Fue solicitada una resonancia que demostró un infarto talámico bilateral, infarto cerebeloso derecho e infarto mesencefálico bilateral. Se descartó la presencia de síndrome antifosfolípido y enfermedad autoinmune. La paciente se deterioró y falleció cuatro días después del ingreso.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Llama la atención la hemoglobina de 14 g/dL con hematocrito de 43% que pudo producir cambios hemorreológicos en la pequeña circulación cerebral facilitando la trombosis del área basal (tálamo y mesencéfalo). Por la historia clínica se sospecha que desarrolló una hipertensión gestacional que fue subestimada e inadecuadamente estudiada. Sin embargo es muy difícil establecer si ésta contribuyó con la complicación isquémica final.

El infarto bi-talámico y mesencefálico pertenece a la región de perforantes basales que característicamente se trombosan con facilidad en condiciones de hipercoagulabilidad o de baja circulación, por estados diferentes a las trombofilias tradicionales. No hubo evidencia clínica diferente que soportara este diagnóstico ni se realizó necropsia.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso tipo 3:

- Se encontraron deficiencias en la evaluación integral del estado clínico de la paciente, olvidando estudiar el factor toxicológico propuesto en el ingreso y comprometer otras disciplinas en la evaluación integral de una paciente posparto grave como al gineco-obstetra, al internista y al neurólogo clínico.
- No se realizó necropsia.

Lección 2

Siempre que exista compromiso neurológico de cualquier índole, desde una cefalea hasta una manifestación neurológica focal o sistémica, se debe descartar cualquier problema potencial en el sistema nervioso central. El examen neurológico integral se complementa con la evaluación del fondo de ojo, que permite evaluar siempre la vasculatura del sistema nervioso central.

Lección 3

Cuando el diagnóstico no sea claro por la clínica, ni por las ayudas diagnósticas, se debe insistir en la elaboración del estudio anatomopatológico por medio de necropsia académica.

CASO 4:

Paciente de 34 años de edad, multigestante, con un hijo. Tenía antecedente de CADASIL, diagnosticada dos años antes. Inició el control prenatal en alto riesgo en una unidad de primer nivel, pero con servicio de gineco-obstetricia en la semana 8. Intentaron estudiar los riesgos con búsqueda de síndrome antifosfolípido, trombofilia familiar u otra condición de hipercoagulabilidad. Le ordenaron terapia con heparina fraccionada, que la paciente no inició. La paciente tenía el diagnóstico y el seguimiento clínico por parte de un grupo especializado, pero nunca se solicitó la historia clínica ni el concepto de los especialistas. En la semana 31 le encontraron una PA de 140/90, por lo cual fue hospitalizada. Al día siguiente la PA fue de 150/120, por lo cual la remitieron a un hospital de tercer nivel. Allí ingresó con PA de 134/104, reflejos osteotendinosos exaltados, con diagnóstico de preeclampsia y síndrome antifosfolípido. Se inició sulfato de magnesio y ácido acetilsalicílico. Fue evaluada por neurología quien resaltó el diagnóstico de CADASIL e inicio heparina fraccionada. Los estudios de autoanticuerpos fueron negativos. Luego se le aumentó la dosis de heparina pensando en la trombofilia. A los 16 días de hospitalización la paciente

presentó PA de 150/100, hemiparesia derecha, desviación de la comisura labial, contracción en flexión del miembro superior derecho. Se solicitó TAC que mostró hemorragia en ganglios de la base, con efecto de masa en hemisferio izquierdo e inundación de los ventrículos. Con diagnóstico de eclampsia y accidente cerebrovascular se inició sulfato de magnesio y nifedipina. La paciente se deterioró rápidamente y falleció a los tres días.

Los factores determinantes detectados en este caso pertenecen al retraso de tipo 3:

- Los médicos que atendieron la paciente en el control prenatal no demostraron preocupación por consultar en la literatura, ni con los grupos de especialistas, acerca de la enfermedad de la paciente y su manejo adecuado. La historia familiar era evidente y los antecedentes personales de enfermedad también.
- Se subestimó la enfermedad de la paciente asumiendo su manejo en el nivel inadecuado.
- El uso de la heparina en esta enfermedad no está indicado porque no es una condición protrombótica; por el contrario, la heparina puede facilitar las hemorragias.

Lección 4

La atención de la consulta de riesgo debe garantizarse por un equipo reducido de especialistas que se comprometan con las situaciones particulares y tengan la rutina del estudio, búsqueda de asesoría y seguimientos de los casos.

Lección 5

Todas las pacientes con condiciones médicas que requieran tratamiento por otras especialidades deberán contar con un plan integral de manejo acordado entre todas las especialidades implicadas. Para un manejo adecuado debe obtenerse toda la información de la historia clínica en forma completa y detallada, y por supuesto, mientras más rara sea la condición clínica, más información se necesita.

CASO 5:

Paciente de 38 años edad, múltipara, con gestación de 31 semanas. Fue llevada por los familiares a un hospital de primer nivel por presentar vómito pertinaz de un día de evolución. Ingresó en malas condiciones, PA de 90/50, pulso de 50 por minuto, con dificultad respiratoria con frecuencia de 35 por minuto. Los exámenes solicitados

mostraron hemoglobina de 14.3 g/dL, hematocrito de 44%, creatinina de 4.5 mg/dL. Fue remitida a un hospital de segundo nivel y falleció durante el traslado. La autopsia demostró hemorragia intracraneal del surco temporal izquierdo.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

En esta paciente el diagnóstico de hemorragia intracraneal no quedó bien aclarado. Pudo tratarse de una malformación vascular, de una trombosis de seno venoso, o de trauma. La historia clínica fue muy pobre y de pésima calidad.

No se realizó un examen físico adecuado, faltó información neurológica importante, no se realizó el fondo de ojo.

En esta paciente llama la atención el elevado hematocrito y la hemoglobina, así como la creatinina elevada, que bien pueden reflejar una condición de hemoconcentración, con deshidratación, lesión prerenal, con cambios hemorreológicos y facilitar la trombosis del sistema nervioso.

CONCLUSIONES

En la mujer gestante cualquier manifestación neurológica que se presente, ya sea durante la gestación o en relación con el momento del parto o el puerperio, merece una evaluación interdisciplinaria y organizada de un equipo médico capacitado y en instituciones de alta complejidad, con los cuales se pueda ofrecer a la mujer la oportunidad de recibir la terapia oportuna y adecuada. Siempre debe realizarse la evaluación completa de la historia clínica y los antecedentes. Si se trata de una enfermedad rara, siempre debe documentarse el tema y buscar asesoría en grupos especializados.

Aunque los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son comúnmente la causa de base de la convulsión y otros signos neurológicos, se debe realizar el ejercicio clínico del diagnóstico diferencial, sobretodo cuando la evolución muestra manifestaciones extrañas y se acompaña de manifestaciones sospechosas de lesión más severa como pérdida de la conciencia, ictus convulsivo o signos de focalización. La evaluación de la hemoconcentración por medio del hematocrito y la hemoglobina debería ser una rutina clínica sensible para potenciales problemas de la microcirculación por aumento de la resistencia a la circulación sanguínea, que se suma a los cambios procoagulantes de la gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Easton, JD, Hauser, SL, Martin, JB. Cerebrovascular diseases. En: Harrison, TR. Principles of internal medicine. 14th ed. New York. McGrawHill; 1998. p. 2325-2348.
2. Ness RB, Markovic N, Bass D, Harger G, Roberts JM, Family history of hypertension, heart disease, and stroke among women who develop hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003. Dec; 102(6):1366-71.
3. Sharshar T, Lamy C, Mas JL. Incidence and causes of strokes associated with pregnancy and puerperium: A study in public hospitals of Ile de France. Stroke in Pregnancy Study Group. *Stroke* 1995 Jun; 26(6):930-6.
4. Aminoff M. Neurologic disorders. En: Creasy RK, Resnik R. Maternal-fetal medicine : principles and practice. 5 ed. Philadelphia : Saunders; 2004. p 1165-1191.
5. James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol.* 2005 Sep; 106(3):509-516.
6. Wilson BJ, Watson MS, Prescott GJ, Sunderland S, Campbell DM, Hannaford P, Smith WC. Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study. *BMJ.* 2003 Apr 19; 326(7394):845.
7. Mas JL, Lamy C. Stroke in pregnancy and the puerperium. *J Neurol.* 1998 May; 245(6-7):305-313.
8. Kittner SJ, Stern BJ, Feaser BR, Hebel R, Nagey DA, Buchholz DW, Earley CJ, Johnson CJ, Macko RF, Sloan MA, Wityk RJ, Wozniak MA. Pregnancy and the risk of stroke. *N Engl J Med* 1996 Sep; 335:768-774.
9. Gladstone JP, Dodick DW. Migraine and cerebral white matter lesions: when to suspect cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL). *Neurologist.* 2005 Jan; 11(1):19-29.
10. Ringelstein EB, Nabavi DG. Cerebral small vessel diseases: cerebral microangiopathies. *Curr Opin Neurol.* 2005 Apr; 18(2):179-88.

Muertes maternas indirectas: causas infecciosas

*Jesús Velásquez Penagos
John Jairo Zuleta Tobón
Liliana Isabel Gallego Vélez*

La sepsis es la principal causa de muerte en las unidades de cuidado intensivo UCI de los Estados Unidos y se espera un aumento considerable en los próximos años debido al envejecimiento de la población y a que cada vez más ésta se somete a un mayor número de procedimientos invasivos. A pesar de que la sepsis materna se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte materna en el mundo, su ocurrencia es un evento poco frecuente pero con una alta letalidad¹. En los países desarrollados las sepsis y las infecciones representan apenas el 2,1% de las muertes maternas, mientras que en los países de Latinoamérica y el Caribe representa un 7,7%, en Asia 11,6% y en África 9,7%². Como puede observarse, en los países en vía de desarrollo el impacto de las enfermedades infecciosas es mucho mayor. Por ejemplo, en la UCI del King Edward Memorial Hospital de Mumbai, India, las principales causas de ingreso por enfermedades infecciosas en pacientes obstétricas son en su orden: malaria, neumonía adquirida en la comunidad, hepatitis viral, encefalitis e infección del tracto urinario³.

RESULTADOS

En este capítulo se presentan cinco casos de muertes maternas indirectas por causas infecciosas originadas en sitios diferentes al tracto genital: dos muertes debidas a neumonía, una debida a pielonefritis, otra a infección por VIH y una por malaria.

MUERTE POR MALARIA

CASO 1:

Paciente de 20 años de edad, con un hijo vivo y un embarazo de 36 semanas de gestación. Consultó en tres oportunidades a un hospital de segundo nivel por actividad uterina. Fue manejada con nifedipina ambulatoriamente en dos ocasiones. En la tercera consulta fue hospitalizada y manejada con sulfato de magnesio por un día.

Antes de darle de alta presentó temperatura de 39°C y 40°C, pero de todas formas se le dio de alta y se interpretó que la fiebre era secundaria a un cuadro gripal. La paciente continuó con malestar general y fiebre por lo que consultó esta vez al hospital de primer nivel, donde por sugerencia de la misma paciente se le practicó una gota gruesa que fue positiva para *Plasmodium vivax*. Por esta razón la remitieron nuevamente al segundo nivel. Allí iniciaron sulfato de magnesio, sulfadoxina y pirimetamina. Al día siguiente, en la ronda de ginecoobstetricia, se registró que la paciente tenía fiebre de 1-2 semanas de evolución, ictericia, tos productiva y la notaron con taquicardia y dificultad respiratoria. Tres horas después fue evaluada por el internista, quien además encontró tiraje respiratorio y roncus pulmonares. Se realizó el diagnóstico adicional de neumonía; ordenaron oxígeno por cánula, cloroquina, ranitidina, ceftriaxona, doxiciclina y remisión al tercer nivel de asistencia. Allí ingresó diez horas después con dificultad respiratoria severa, taquicárdica, saturación de oxígeno de 71% y 39°C de temperatura. Fue evaluada por los especialistas en medicina interna quienes propusieron los siguientes diagnósticos: sepsis de origen pulmonar, hemorragia pulmonar asociada a colagenosis, leptospirosis y tromboembolismo pulmonar. Se le inició tratamiento en la unidad de cuidados especiales (UCE) con: ampicilina-sulbactam, claritromicina, enoxaparina, ranitidina y cloroquina. La paciente empeoró y requirió UCI para soporte ventilatorio. Allí presentó parto vaginal espontáneo de feto muerto. El laboratorio inicial del tercer nivel mostró trombocitopenia (plaquetas: 27000/mm³), hemoglobina de 7,6 g/dl, gota gruesa con *Plasmodium vivax* y la radiografía de tórax mostró infiltrados basales bilaterales y derrame pleural derecho. Tres días después del ingreso a la UCI, y con deterioro hemodinámico evidente, se solicitó la evaluación por el grupo de enfermedades infecciosas, quienes conceptuaron que se trataba de un estado de choque avanzado con anuria, síndrome de dificultad respiratorio agudo secundario a una malaria complicada de la forma mixta (*P. Vivax* + *P. Falciparum*) y que requería quinina. Se realizó el cambio de antibióticos pero la paciente falleció al día siguiente.

El estudio anatomopatológico mostró una hemorragia pulmonar aguda severa secundaria a malaria mixta, necrosis tubular, hepatitis aguda malárica (informe del Instituto Nacional de Salud). Además, una sepsis con trombos sépticos en diferentes órganos secundarios a una neumonía. En el laboratorio de malaria de la Universidad de Antioquia se confirmó el diagnóstico de malaria mixta.

A continuación se presentan algunos apartes extraídos de la autopsia verbal que reflejan los motivos de consulta y el saber de la paciente y su familia:

“... ella se quejaba así de dolorcitos, que lentos, pero que lo que la acomplejaba más era la fiebre (...) era una fiebrera impresionante, pero impresionante. Veá, esa cara era roja y las vistas le fueron cambiando de una. Entonces yo le pregunté al médico que por qué esas fiebres y que por qué tenía las vistas así y me dijo que eso era de las fiebres que tenía, pero que no, que eso era normal, que eso era normal (...) ella le decía al médico que le hicieran un examen a ver si ella tenía paludismo, que como ella había vivido pa` allá, pa` abajo Tierra Alta Córdoba, y allá no le hicieron ese examen, entonces Dayro fue el que se lo descubrió acá se refiere al médico del primer nivel-entonces ella me dijo el viernes: mamá, yo me siento muy mal, al paso que voy me van a dejar morir y me van a dejar morir mi bebé, y preciso, así fue (...) sólo eso, nada más tengo que decirle”^a.

Los factores determinantes en este caso fueron retraso 3:

- Subvalorar los síntomas y el motivo de consulta de la paciente: ella consultó varias veces por fiebre y le sugirió al médico del segundo nivel el diagnóstico de malaria, sugerencia que este ignoró.
- Subvaloración del cuadro clínico: dar de alta a una gestante con temperatura de 39°C y 40°C y considerar que se trataba de cuadro gripal.
- Valoración inadecuada de la paciente: un enfoque clínico inicial deficiente debido a un interrogatorio insuficiente y un análisis equivocado de los síntomas.
- Desconocimiento de la epidemiología de la malaria.
- Manejo inadecuado de los antibióticos y antimaláricos (uso reiterado de cloroquina, uso de sulfadoxina-pirimetamina, uso de doxiciclina y primaquina) en embarazo.
- No utilización de quinina intravenosa en un caso de malaria complicada.

Lección I

Sigue siendo principio fundamental del acto médico el escuchar atentamente al paciente y a la familia. No debe menospreciarse la información que nos suministran.

^aLalinde Ángel, María Isabel. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2005.

Lección 2

Las mujeres con poca o nula inmunidad preexistente contra la malaria están en alto riesgo de desarrollar malaria cerebral, edema pulmonar, anemia hemolítica severa y morir⁸. En el mundo, anualmente 50 millones de mujeres en embarazo se exponen a la infección malárica, siendo la infección parasitaria más frecuente. No debe olvidarse su importancia como diagnóstico diferencial en nuestro medio.

Lección 3

En todos los casos de paludismo se deben tener presentes los criterios de severidad, más aún en una gestante, porque ante la presencia de alguno de ellos se hace imperiosa la necesidad de utilizar quinina intravenosa.

MUERTES POR NEUMONÍA

CASO 2:

Paciente indigente, de 20 años de edad y 6 semanas de gestación, con antecedentes de drogadicción que consultó a un hospital de tercer nivel por dificultad respiratoria de una semana de evolución. Fue evaluada por el internista quien la encontró con dificultad respiratoria severa y taquicardia marcada, murmullo vesicular disminuido y roncus difusos. Los paraclínicos mostraron leucocitosis de 54.000 y una prueba de embarazo positiva. Se le realizó diagnóstico de neumonía, pero la paciente firmó alta voluntaria antes de que se le iniciara tratamiento. Una semana después consultó a la misma institución por sangrado vaginal y dolor abdominal intenso, al parecer bajo efectos de bazuco. Fue evaluada inicialmente por el obstetra y la encontró con abdomen en tabla, taquicárdica y con dificultad respiratoria severa. Le realizaron ecografía que no evidenció gestación intrauterina, pero sí líquido libre en cavidad, por lo cual fue llevada a cirugía con sospecha de embarazo ectópico roto. Sólo se encontró líquido ascítico y adherencias perihepáticas. Requirió UCI, donde se le diagnosticó choque séptico secundario a neumonía y aborto completo. La paciente falleció 48 horas después.

CASO 3:

Paciente primigestante de 43 años de edad. Consultó en la semana 30 de gestación por fiebre y dolor de cabeza. Al examen físico la encontraron con taquicardia marcada

y febril. Los paraclínicos iniciales mostraron 8.000 leucocitos con 90% de neutrófilos. Fue dada de alta con acetaminofén. 12 horas después consultó de nuevo por continuar febril y además con dificultad respiratoria. Le encontraron roncus en ambos campos pulmonares. El obstetra la evaluó seis horas después y la encontró además cianótica. Los exámenes de ese día evidenciaron: coagulopatía y leucopenia. Se remitió a un hospital de tercer nivel con diagnóstico de sepsis de origen pulmonar. Ingresó a la UCI 12 horas después y falleció dos días más tarde con falla orgánica múltiple. La radiografía de tórax, en el tercer nivel de asistencia, mostró opacificación completa del campo pulmonar izquierdo y derrame pleural derecho.

Los factores determinantes en este caso fueron retraso 3:

- La autopsia verbal, respondida por el esposo, reveló que la paciente consultó oportunamente, pero fue devuelta en dos ocasiones para su casa.
- Esta muerte se consideró como evitable porque hubo retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento agresivo que ameritaba.

LECCIONES DE LOS TRES CASOS ANTERIORES.

Lección 4

Los cambios fisiológicos en el embarazo son responsables de que las gestantes toleren menos un cuadro de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y sean susceptibles a mayores complicaciones (incluyendo la necesidad de ventilación mecánica). Los cambios en el sistema inmune, como la disminución de la inmunidad mediada por células, favorecen la severidad de los episodios de NAC en el embarazo^{4,5}.

Lección 5

El manejo contemporáneo de la neumonía en el embarazo incluye la hospitalización para el inicio temprano de antibióticos, mantenimiento de la función respiratoria y evaluación fetal. La Asociación Americana del Tórax recomienda para la enfermedad leve a moderada iniciar un macrólido, adicionando un beta lactámico cuando cumple criterios de severidad⁴.

Lección 6

El tiempo de administración de la primera dosis de antibiótico es un punto trascendental, puesto que la mortalidad se aumenta considerablemente cuando éste se administra después de ocho horas de identificado el cuadro⁶.

MUERTE POR VIH

Paciente de 27 años de edad, con tres hijos vivos. Ingresó al control prenatal en la semana 27 de gestación, refiriendo malestar general, fiebre, tos de un mes de evolución y con 48 Kg. de peso. Al mes siguiente consultó por urgencias con prueba presuntiva de VIH positiva. En dicha consulta refirió que su primer compañero sexual había muerto de SIDA hacía un mes. Cuando se le realizó diagnóstico a éste, no se realizó investigación de contactos. Fue remitida a un tercer nivel porque se encontró caquética y febril. Allí le encontraron además hipoventilación pulmonar basal. La prueba confirmatoria de VIH fue positiva. La radiografía de tórax sugirió infección por *Pneumocystis carinii*. La ecografía abdominal mostró ganglios retroperitoneales y lesiones hipoecoicas en hígado. La fibrobroncoscopia mostró traqueobronquitis y úlcera granulomatosa en laringe. Un resultado de la baciloscopia fue positivo para bacilos ácido alcohol resistentes. La paciente permaneció siempre febril, con dificultad respiratoria progresiva. Se inició tratamiento antirretroviral y anti tuberculosis pero falleció al tercer día de hospitalización.

Según la autopsia verbal, respondida por la madre: "...ella tenía una vida muy desordenada, primero tuvo dos hijos de un compañero y ese se murió de lo mismo. Ella se consiguió otro y ése se fue y la dejó, dejándole una hija y luego se puso a vivir con el papá del hijo que estaba esperando, ella no se cuidaba"^b.

Los factores determinantes de esta muerte materna fueron retrasos 1 y 3.

- Retraso 1
Falta de autocuidado y desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva.
- Retraso 3
No se realizó estudio de contactos a partir del primer compañero sexual.

^bRuíz M. Amanda Margarita. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2005.005.

Lección 7

A todas las gestantes se les debe ofrecer tamización para el virus de inmunodeficiencia humana de manera temprana en el embarazo^{8,9}.

Lección 8

Las mujeres con diagnóstico de VIH en el embarazo deben ser manejadas por un equipo interdisciplinario, más aún aquellas con dificultades sociales incluyendo problemas de desplazamiento⁹.

Lección 9

Todas las pacientes con VIH en embarazo deben ser informadas de las intervenciones para disminuir la transmisión vertical del virus: terapia antirretroviral, parto por cesárea, evitar lactancia; de acuerdo a la evaluación del estado inmune y de la infección⁹.

Lección 10

Se debe realizar evaluación periódica de la carga viral y de recuento de linfocitos CD 4 para ofrecer profilaxis contra gérmenes oportunistas. Además debe evaluarse la toxicidad de los medicamentos¹⁰.

MUERTE POR PIELONEFRITIS.

Primigestante de 17 años de edad, con 22 semanas de gestación. Según la autopsia verbal el embarazo era deseado pero no realizó control prenatal. Consultó al primer nivel de atención por 15 días de dolor abdominal, malestar general, fiebre y escalofrío. La encontraron pálida, con PA 90/40, taquicardia y fetocardia positiva. Los exámenes iniciales mostraron: hemoglobina: 6.6 g/dl, leucocitos 14.000 mm³. Citoquímico de orina: leucocitos 70 y bacterias + + +. Se le realizó diagnóstico de infección urinaria, anemia y amenaza de parto prematuro. Le iniciaron tratamiento con ampicilina y sulfato de magnesio. No realizaron reemplazo de líquidos. Doce horas más tarde se encontraba con PA 70/20, pulso de 124, frecuencia respiratoria de 16. La remitieron al segundo nivel. Allí llegó 18 horas después del ingreso al primer nivel, con PA 100/70, pulso de 116, frecuencia respiratoria de 44, con actividad uterina

espontánea y fetocardia de 156. Se le diagnosticó síndrome anémico severo, sepsis de origen urinario, amenaza de parto pretérmino. Cuatro horas después se inició la transfusión. La ecografía reportó hepatomegalia y hallazgos renales compatibles con pielonefritis e hidronefrosis. Una hora más tarde decidieron remitirla al tercer nivel. Allí ingresó en muy malas condiciones, recibió soporte inotrópico, ventilatorio, cubrimiento antibiótico. Presentó aborto espontáneo y disfunción multiorgánica. Falleció 14 horas después.

Según la autopsia verbal: "... ella no asistió a controles prenatales porque le daba flojera, no quería moverse de la casa, se mantenía acostada..."^c.

Los factores determinantes en este caso fueron los tres retrasos:

- Retraso 1

Se evidenció negligencia de la paciente en hacer los controles prenatales.

- Retraso 2

Hubo una demora en el traslado del primer al segundo nivel por cierre de la carretera.

- Retraso 3

Subvaloración del cuadro clínico en el primer y segundo nivel, pues la remisión debió ser directamente al tercer nivel y más oportuna.

No se identificó el estado de sepsis en la paciente y no se actuó en consecuencia.

No hubo manejo inicial del estado de choque séptico: se dilató la resucitación con líquidos endovenosos y el cubrimiento antibiótico adecuado para la situación.

Lección 11

La bacteriuria asintomática complica por lo menos un 10% de las gestaciones. Si esta no se trata, una cuarta parte de las pacientes desarrollarán pielonefritis aguda y de éstas hasta la mitad presentarán choque séptico, el cual tiene una alta letalidad¹¹.

^cCarrillo Pineda, Marcela. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2004.

Lección 12

En un 20% de las pacientes con pielonefritis se evidencia alteración multisistémica, las más frecuentes son de tipo renal, hematológico y respiratoria, siendo esta última la complicación más severa¹¹.

Lección 13

La hidratación agresiva con cristaloides en las primeras horas es parte fundamental del tratamiento, entre otras razones, porque disminuye la probabilidad de complicaciones renales de un 20% a un 5%¹¹.

CONCLUSIONES

Como se evidencia en la presentación de estos casos, existe en todos ellos retrasos, reflejados en la subvaloración de los cuadros clínicos y sus potenciales complicaciones. Se ignora el perfil epidemiológico de las pacientes y existen vacíos que impiden que la atención inicial de las pacientes con cuadros infecciosos severos sea óptima. Se debe recordar que son parte fundamental del tratamiento de la sepsis y el choque séptico su identificación temprana, la resucitación inicial adecuada con cristaloides, el cubrimiento antibiótico para garantizar un control de foco cuando éste no es de acceso quirúrgico, y tal vez lo más importante, no abandonar a las pacientes, esto se traduce en una monitorización y vigilancia estrechas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández-Pérez ER, Salman S, Pendem S, Farmer JC. Sepsis during pregnancy. *Crit Care Med*. 2005;33(10):S286-S293.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr. 1; 367:1066-74.
3. Soubra SH, Guntupalli KK. Critical illness in pregnancy: an overview. *Crit Care Med*. 2005 Oct; 33(10):S248-S255.
4. Goodnight, WH, Soper DE. Pneumonia in pregnancy. *Crit Care Med*. 2005 Oct; 33(10):S390-S397.
5. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial

therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001 Jun; 163(7):1730-1754.

6. Ramsdell J, Narsavage GL, Fink JB; American College of Chest Physicians' Home Care Network Working Group. Management of community-acquired pneumonia in the home. *Chest.* 2005 May; 127(5):1752-63.

7. van Geertruyden JP, Thomas F, Erhart A, D'Alessandro U. The contribution of malaria in pregnancy to perinatal mortality. *Am J Trop Med Hyg.* 2004 Aug;71(2 Suppl):35-40.

8. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 DE 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio; 2000.

9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of HIV in pregnancy. London: RCOG; 2004.

10. Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Washington D.C.: Public Health Service Task Force; 2005.

11. Sheffield JS, Cunningham FG. Urinary tract infection in women. *Obstet Gynecol.* 2005 Nov; 106(5 Pt 1):1085-92.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med.* 2004 Mar; 32(3):858-873.

Otras muertes maternas indirectas

*Omar Armando Méndez Gallo
Diana Cecilia Jaramillo Posada*

En éste capítulo se analizan las muertes maternas indirectas debidas a complicaciones de enfermedades del tracto digestivo, lupus eritematoso sistémico y cáncer.

I. MUERTES POR COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES: APENDICITIS PERFORADA, VÓLVULOS Y SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL.

Durante los años 2004 - 2005 se presentaron en Antioquia tres muertes maternas relacionadas con enfermedades del tracto gastrointestinal.

CASO I: APENDICITIS PERFORADA

Paciente de 27 años de edad, trigestante, con 34 semanas de gestación. Consultó a una unidad local por cuadro de dolor abdominal que fue interpretado como actividad uterina. Fue dejada en observación hasta el día siguiente y por disminución del dolor se dio de alta. Regresó en la madrugada por presentar nuevamente dolor. No encontraron cambios en el cuello y la citaron para revisión a las 8 de la mañana. La paciente regresó 19 horas después, continuaba con dolor abdominal tipo cólico. Ordenaron hospitalización y le iniciaron terbutalina para uteroinhibirla. Al día siguiente la remitieron a otra institución para realizarle una ecografía que confirmó un embarazo de 34 semanas. La paciente continuó con dolor agudo, vómito porraceo, decaída y con oliguria. La manejaron con analgésicos durante cuarenta y ocho horas después del ingreso y ante la no mejoría, la remitieron al tercer nivel donde hicieron el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico secundario a una apendicitis perforada, sepsis abdominal y feto muerto. En la cirugía encontraron una apendicitis perforada con peritonitis generalizada. Ingresó a la UCI, tuvo parto de feto muerto al día siguiente y falleció cinco días después.

Los factores determinantes en este caso fueron:

- Valoración inadecuada de la paciente: se insistió en el manejo como una amenaza de parto prematuro, sin considerar otras causas de dolor abdominal.
- Remisión tardía: se observó un deterioro progresivo del estado general que no fue valorado adecuadamente.

Lección I

Se debe realizar siempre un adecuado interrogatorio y examen físico en la paciente embarazada con dolor abdominal. La apendicitis es la entidad quirúrgica más frecuente en este grupo de pacientes y por lo tanto siempre se debe pensar en este diagnóstico en todo cuadro de dolor abdominal vago, anorexia y en menor proporción vómito. Los cambios fisiológicos y anatómicos durante el embarazo hacen su diagnóstico complejo y difícil. El error diagnóstico puede llegar hasta el 40%.

CASO 2: VÓLVULOS INTESTINAL

Paciente de 19 años de edad, con dos gestaciones previas y una gestación de 38 semanas. Consultó a un hospital de primer nivel por presentar dolor abdominal interpretado como tipo contracción y vómito persistente. Fue manejada con líquidos y metoclopramida y dada de alta. Seis horas más tarde regresó por igual sintomatología e intolerancia a la vía oral. La encontraron con disnea, deshidratada, hipotensa. La remitieron al tercer nivel, donde le realizaron ecografía en la que encontraron el feto muerto con abundante líquido en la cavidad abdominal. Con el diagnóstico de ruptura uterina fue llevada a laparotomía, encontraron un vólvulos del íleo con compromiso vascular de ciego, colon transverso, mitad del descendente y todo el intestino delgado, con necrosis intestinal masiva. Presentó un choque séptico con falla multisistémica y falleció tres días después.

Factores determinantes:

Este caso ejemplifica la rápida evolución de la sepsis abdominal y su comportamiento tan agresivo en la paciente embarazada. En sólo seis horas el deterioro de la paciente fue evidente y causó la muerte del feto.

Lección 2

El factor predisponente más frecuente para la obstrucción intestinal en el embarazo son las adherencias, generalmente relacionadas con intervenciones quirúrgicas previas. El vólvulo puede ser responsable del 25% de las obstrucciones en el embarazo. Los síntomas son: el dolor abdominal, vómito y estreñimiento. En la radiografía se ve un asa intestinal severamente dilatada. El retraso en iniciar la cirugía es catastrófico.

CASO 3: SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL.

Paciente de 18 años de edad, primigestante, con un embarazo de 18 semanas de gestación que inició control prenatal un día antes de la muerte. Consultó a un hospital de primer nivel por un mes de evolución de astenia, adinamia, pérdida de peso y tos asociada a vómitos de contenido alimentario y dolor abdominal. El mes anterior había permanecido en área rural del Chocó. La encontraron pálida, PA 60/40, desnutrición I-II. Le ordenaron 500ml de solución salina, paraclínicos y fue dada de alta. Once horas después reingresó por persistencia del dolor abdominal y vómito. Le ordenaron paraclínicos ambulatorios para descartar tuberculosis (TBC). Al día siguiente reingresó, la hospitalizaron con dolor secundario a enfermedad ácido péptica, le iniciaron ampicilina por citoquímico de orina alterado. Cuatro horas después presentó PA de 80/50, pulso de 84. Posteriormente se tornó agresiva y hablando incoherencias, intentaron remitirla pero falleció antes del traslado.

La baciloscopia de esputo mostró *strongyloides* abundantes. Este resultado fue analizado postmortem. La hemoglobina inicial fue de 11.8 g/dl y 12 horas después fue de 7.4 g/dl. La paciente pesaba 34 Kg.

En la autopsia verbal se encontró evidencia de una posible equimosis abdominal ignorada por el personal médico. La madre de la paciente afirmó: "...Tenía una sombra negra aquí en todo el estómago (...) cuando ella vino no tenía esa sombra, se le presentó ya en la hora de morir"^a.

Factores determinantes

- La paciente no realizó control prenatal.
- Hubo deficiencias en el interrogatorio: nunca se exploró el antecedente epidemiológico importante de haber estado en área rural del Chocó.

^aMesa Echeverry, Clara Lía. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2005.

-
- La decisión de remitirla fue tardía.
 - Se subvaloró el cuadro clínico de la paciente: la pérdida de peso, la hipotensión, el descenso en los valores de hemoglobina y el examen físico. Falta de trabajo en equipo para la valoración de una paciente críticamente enferma.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

No es un caso fácil y se presta para una discusión muy amplia. La causa básica de muerte asignada fue una sépsis de origen abdominal. Sin embargo, hay varios argumentos que permiten sustentar que la enfermedad de base pudo ser un síndrome de hiperinfección por strongyloides. Por el embarazo y la desnutrición severa era una paciente con una situación deficiente de inmunocompetencia. El tiempo de evolución, los signos y síntomas y finalmente los hallazgos en el esputo, también están a favor del síndrome. Al respecto vale la pena decir lo siguiente: Strongyloides estercolaris es un nemátodo que tiene la capacidad de completar su ciclo vital mediante formas asexuadas, esto le da la posibilidad de permanecer en el huésped indefinidamente. En condiciones de inmunocompromiso al ciclo de "autoinfectividad" se amplifica y ocasiona el síndrome de hiperinfección, el cual se caracteriza por un aumento de larvas filariformes en heces y esputo, y sus manifestaciones clínicas son el producto de la migración de éstas: hemorragia de tracto digestivo y dificultad respiratoria. A menudo este síndrome se acompaña de sepsis y meningitis por organismos entéricos¹. Existen varios factores de riesgo para la hiperinfección y diseminación de este nemátodo: trastornos que alteren la motilidad intestinal, desnutrición, alcoholismo, neoplasias, terapia inmunosupresora, trasplante de riñón, infección por virus HTLV-I².

En cuanto a los hallazgos clínicos, la asociación de diarrea, dolor abdominal, infiltrados pulmonares o lesiones en piel con presencia de eosinofilia periférica sugieren fuertemente la posibilidad de infección por strongyloides. Un bajo recuento de eosinófilos en pacientes con enfermedad severa es marcador de mal pronóstico. Esta paciente tenía cero eosinófilos². El fármaco de elección en casos severos con compromiso multisistémico es la ivermectina².

CONCLUSIONES

En las tres pacientes se presentaron dificultades para el diagnóstico. En las consultas iniciales en el primer nivel no se buscó la enfermedad de base, sino que se hizo un

manejo meramente sintomático y fueron dadas de alta, lo que ocasionó retardo en la remisión al tercer nivel y el desarrollo de una catástrofe abdominal de la cual no se pudieron recuperar. En los casos 1 y 3 la muerte fue calificada como evitable ya que hubo retrasos claros en el diagnóstico y manejo. En el caso 2 la muerte se calificó como no evitable por el deterioro materno tan súbito y lo catastrófico del evento.

El embarazo hace a la mujer más susceptible a las infecciones bacterianas en general y por lo tanto las muertes por sepsis de origen intestinal se caracterizan por tener una rápida evolución, de ahí la importancia de sospecharlas y tenerlas siempre en mente en los diagnósticos diferenciales.

Las pacientes admitidas con complicaciones médicas o quirúrgicas se deben evaluar en conjunto con otros especialistas a pesar de la experiencia del grupo obstétrico. Si no se dispone del recurso en la misma institución, deben remitirse para dicha evaluación y más aún si son casos difíciles como los presentados³.

2 MUERTES MATERNAS POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO LES

El LES es una enfermedad autoinmune que afecta en forma predominante a las mujeres en su edad reproductiva. De allí la importancia de una asesoría preconcepcional indicando el momento justo para llevar un embarazo con los mínimos riesgos posibles.

Aunque aún es controvertido si el embarazo puede afectar el lupus, en general no afecta su pronóstico a largo plazo, pero si puede exacerbarse durante el mismo. La muerte materna como consecuencia de estas exacerbaciones ha disminuido con el tiempo, llegando a ser menor del 1% en la última década⁴.

RESULTADOS

Entre los años 2004 y 2005 se presentaron en Antioquia dos muertes maternas indirectas en las que la causa básica fue el LES. En los dos casos las mujeres eran primigestantes, vivían en Medellín y tenían menos de 28 años y ambas fallecieron durante el segundo trimestre de la gestación. En un caso la materna no realizó control prenatal, mientras que en el otro alcanzó a realizar cinco de ellos. En las dos la causa directa de la muerte fue el choque séptico y las dos muertes se consideraron como evitables.

A continuación se presenta el resumen de uno de los casos para ilustrar algunos de los retrasos detectados.

CASO 4:

Mujer de 27 años de edad, con antecedente de lupus eritematoso sistémico, con una proteinuria significativa y tomando esteroides. Consultó por disnea a la semana 23 de gestación. Estaba hipertensa y con taquicardia. Se hospitalizó y fue evaluada por un equipo interdisciplinario que le diagnosticó insuficiencia cardiaca congestiva, nefropatía lúpica y cardiopatía posiblemente de origen lúpico. El manejo fue errático y mostró falta de consenso entre las diferentes especialidades que intervinieron en el manejo con decisiones contradictorias. Se le administraron esteroides venosos y agentes citotóxicos que no pusieran en riesgo al feto, anteponiendo el bienestar fetal sobre el materno. Posteriormente presentó signos de disfunción miocárdica por lo que se decidió inducir el parto. Luego de dar a luz a un bebe extremadamente prematuro, la paciente se deterioró y falleció como causa de un choque séptico.

Factores determinantes

- Inadecuada asesoría preconcepcional: no se solicitaron los exámenes pertinentes para conocer la condición médica de la paciente, en una paciente con compromiso renal.
- Faltó un adecuado trabajo en equipo en el tercer nivel.
- Supeditaron el manejo materno al bienestar fetal: se inició una terapia alternativa que no era la mejor, para disminuir los riesgos de teratogénesis, en un feto de 26 semanas.

Lección 1

Aquellas mujeres que padecen LES y que están interesadas en buscar un embarazo, deben asistir a una consulta preconcepcional con el reumatólogo, el nefrólogo y el obstetra antes de tomar la decisión de embarazarse.

Lección 2

Se puede recomendar la concepción si la paciente no tiene los siguientes hallazgos en los últimos seis meses: anomalías en el sedimento urinario, proteinuria mayor de 1g y niveles de complemento bajos.

Lección 3

En caso de requerir una inmunosupresión intensa la Azatiopirina y la Ciclosporina A se pueden usar.

Lección 4

No se ha demostrado teratogenicidad con los corticoides ni la hidroxicloroquina.

Lección 5

La ciclofosfamida se debe evitar por su efecto teratogénico, sin embargo, nunca debe supeditarse el bienestar materno al fetal y si la paciente la requiere, se le debe administrar.

3. MUERTES MATERNAS INDIRECTAS POR CÁNCER

La incidencia de cáncer en el embarazo es alrededor de 1 en 6.000 nacidos vivos, esto es la mitad de la incidencia de la población no embarazada en el mismo rango de edad⁵. Sin embargo, en algunos tipos de cáncer el embarazo puede acelerar su progresión. De acuerdo con el Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists se recomienda que el embarazo se difiera por lo menos dos años luego del tratamiento de un cáncer de mama, cinco años si se encuentra en un estadio III y no embarazarse si es un estadio IV⁵.

RESULTADOS

Durante los años 2004 y 2005 dos mujeres fallecieron como consecuencia del cáncer: uno de ellos de mama y el otro de cérvix. Ambas mujeres eran multigestantes, una tenía 23 años de edad y la otra 35. Realizaron tres controles prenatales. Las dos fallecieron cuando estaban en la semana 26 de gestación. Las dos fallecieron por falla orgánica múltiple y sus muertes fueron consideradas evitables.

CASO 5:

Paciente con cáncer de mama con 36 años de edad, que consultó durante un año por tener un nódulo en uno de sus senos, para lo cual le formularon analgésicos en forma recurrente. Por persistencia de la masa decidieron hacerle una biopsia la cual mostró malignidad. Iniciaron el tratamiento adecuado y suspendieron la anticoncepción

hormonal por considerarla de riesgo para su enfermedad de base. Después de esto la paciente se embarazó y tuvo su parto sin complicaciones. Posteriormente, y estando en seguimiento por oncología, se palpó un nódulo en la mama contra lateral. Le programaron biopsia y previo al procedimiento la mujer se enteró de un segundo embarazo. Se retrasó el tratamiento esperando pasar el primer trimestre de la gestación y luego de esto la paciente presentó una falla orgánica múltiple que la llevó a la muerte.

A continuación se transcriben apartes de la autopsia verbal realizada al esposo:

- "... O sea que cuando ella consultó por la bolita, ¿no le hicieron exámenes, ni le ordenaron mamografía?
- No, sólo le suspendieron las pastillas pa' planificar porque le estaban haciendo daño...
- ¿Y con qué la pusieron a planificar?
- No, pues con nada...
- Ella ¿Siempre planificó fue con pastillas?
- Si, hasta que la doctora se las suspendió porque eso era lo que le estaba produciendo la bolita.
- Y después de que tuvo la niña ¿por qué no la operaron para no tener más niños?
- Que porque primero era el cáncer".^b

Factores determinantes

Este caso nos muestra fundamentalmente la falla en los programas de planificación familiar, en especial para una mujer con diagnóstico de cáncer de mama y que no deseaba más embarazos como se documentó en la autopsia verbal de esta historia.

Lección 6

Siempre se debe asegurar un método de anticoncepción en las mujeres con vida sexual activa aún cuando tengan una neoplasia y más aún si están recibiendo quimioterapia o radioterapia.

Lección 7

El cáncer de cervix es la neoplasia que se diagnostica en forma más frecuente en el

^bLalinde, María Isabel. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2005.

embarazo, lo que enfatiza la necesidad de hacer búsqueda activa de las lesiones precursoras mediante la citología antes y durante la gestación.

Lección 8

Las pacientes con enfermedades malignas se les debe desaconsejar el embarazo a menos que se encuentren en etapa de remisión. Sin embargo ellas deben saber que algunas de estas neoplasias pueden ser agravadas por la gestación.

Lección 9

Si a una materna se le diagnostica cáncer durante su embarazo debe ser referida de una manera rápida a un centro de atención oncológico y obstétrico para que allí se defina el manejo de su embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Keiser PB, Nutman TB. Strongyloides stercoralis in the immunocompromised population. Clin Microbiol Rev. 2004 Jan; 17(1):208-217. Concha R, Harrington W, Rogers AI. Intestinal strongyloidiasis: recognition, management, and determinants of outcome. J Clin Gastroenterol. 2005 Mar; 39(3):203-211.
2. de Swiet M. Other indirect deaths. En: Gwyneth L. director and editor. Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG; 2004. p. 93-113.
3. Mok CC, Wong RW. Pregnancy in systemic lupus erythematosus. Postgrad Med J. 2001 Mar; 77(905):157-65.
4. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health [página web en internet]. Londres: CEMACH.; [citada 2006 May 1]. Disponible en: <http://www.cemach.org.uk>.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pregnancy and breast cancer. Guideline No. 12. Londres: RCOG; 2004.

Mortalidad materna de causa desconocida

*Omar Armando Méndez Gallo
Jesús Velásquez Penagos
John Jairo Zuleta Tobón*

Se definió muerte materna, de causa desconocida, la que ocurrió durante el embarazo y hasta los cuarenta y dos días del puerperio y no se le pudo asignar la causa básica de muerte después de realizar el análisis pertinente y descartar causas accidentales o incidentales como el suicidio. En algunos casos se contó con la historia clínica completa, pero en otros casos sólo se tuvo conocimiento del nombre de la paciente y alguna información brindada por la familia o el personal de salud, pero que fue insuficiente para llegar al diagnóstico.

En la revisión sistemática de las causas de mortalidad materna publicada por la OMS en abril del 2006, el porcentaje de muertes no clasificadas o de causa desconocida, en los países desarrollados, fue de 4,8% en promedio. En África fue del 5,45 %, en Asia 6,1% y en América Latina y en Caribe de 11,7%¹.

Según el DANE, en Colombia las pacientes clasificadas como muerte obstétrica de causa no especificada en el año 2000 fueron 21 de 790 muertes (2,6%) y en el año 2003 17 de 553 (3%) muertes maternas informadas².

RESULTADOS

En el año 2004 cinco muertes se clasificaron como de causa desconocida y en el año 2005 solo una, lo que corresponde a un 6% del total de las muertes de los dos años. A continuación se presenta el resumen de las cuatro historias que tenemos disponibles. En dos casos solo se obtuvo información del nombre de la paciente fallecida.

CASO 1:

Paciente de 38 años de edad, en su tercer embarazo y con 40 semanas de gestación, residente en área rural. La paciente fue llevada muerta al hospital local por los familiares quienes relataron que había tenido un parto vaginal a las 5:30 a.m., atendido por la madre, pero no describieron sangrado anormal. Falleció dos horas después del parto. Al examen externo del cadáver el médico relata no haber encontrado signos de anemia. No le realizaron necropsia. La paciente no planificaba y no realizó control prenatal. Tampoco quiso acudir al hospital para la atención del parto a pesar de la insistencia de su esposo y del antecedente de retención placentaria en una de las gestaciones previas que requirió remisión a un nivel superior para su atención. En este caso el diagnóstico más probable es un embolismo de líquido amniótico, sin embargo, debido a que no se logró documentar en la entrevista un cuadro clínico compatible, ni se realizó necropsia, se clasificó como desconocida.

CASO 2:

Paciente de 18 años de edad, con una gestación previa y un embarazo de 33+6 semanas. Residente en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y vivía con su abuela ante la ausencia de los padres. La paciente se acostó normal y la encontraron muerta al día siguiente. Le realizaron necropsia y encontraron una miocarditis subaguda, pero no le realizaron estudio microscópico ni de tóxicos. Con la familia se pudo evidenciar que la paciente presentó varias crisis de ansiedad y depresión menor durante el embarazo. Había estado hospitalizada para aclarar una posible ruptura de membranas, pero firmó alta voluntaria y abandonó el hospital asumiendo los posibles riesgos derivados de su patología. Es la última nota que aparece en la historia clínica. En este caso no se puede descartar completamente la posibilidad de un suicidio. Sin embargo, ante la falta de evidencia en este sentido, en la autopsia verbal se clasificó como una muerte materna indirecta de causa desconocida y su evitabilidad se consideró no evaluable.

CASO 3:

Primigestante de 15 años de edad. Cursaba con una gestación de 36 semanas. Consultó por presentar actividad uterina. La manejaron como una amenaza de parto pretérmino. En los exámenes solicitados le encontraron bilirrubina total de 9,95 mg/dl. Fue remitida al tercer nivel para estudio. Allí le realizaron cesárea por

sufrimiento fetal. Presentó deterioro clínico con insuficiencia renal. Los exámenes de laboratorio sugerían un posible síndrome hemolítico urémico o un hígado graso del embarazo. A los dos días de la cesárea presentaba una Hb de 6,1 g/dl., plaquetas de 54.000. Se transfundió con tres unidades de glóbulos rojos y una de plaquetas. No se recuperó de su falla hepatorenal y falleció. No se realizó necropsia. Se realizaron varios diagnósticos: hígado graso agudo del embarazo, sepsis con choque séptico y hepatitis tóxica, ya que en la autopsia verbal se documentó que la paciente era drogadicta y se desconocía el tipo de sustancias que ingería usualmente. La causa directa asignada fue falla hepática y la causa básica se dejó como desconocida.

CASO 4:

Paciente de 40 años de edad con hipertensión crónica. Estuvo controlada durante todo el embarazo y no se documentó el desarrollo de preeclampsia sobreagregada. Consultó a las 39 semanas de gestación en trabajo de parto. La evaluaron y la enviaron a la casa. Dos horas más tarde consultó por tener tres contracciones en 10 minutos. La encontraron en dos centímetros de dilatación y la dejaron deambulando por el servicio. Dos horas más tarde presentó pérdida súbita del conocimiento con cianosis generalizada y paro cardíaco. Le hicieron cesárea posmortem. Ambos fallecieron a pesar de las maniobras de reanimación. El médico tratante hizo el diagnóstico de infarto agudo del miocardio, pero en el análisis se consideraron otras posibilidades como el embolismo de líquido amniótico. Con los datos disponibles y sin necropsia se consideró que no era posible asignar una causa básica de muerte.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Arbitrariamente se ha estimado que en los informes de muertes maternas solamente 5% o menos de las muertes deben aparecer como de causa desconocida³. En Antioquia, para los años de estudio presentados el porcentaje fue del 6%.

En las cuatro historias presentadas se evidenció la necesidad de hacer necropsia a algunas de las pacientes fallecidas, porque como se ha mostrado en algunas circunstancias, a pesar de contar con la historia clínica y la autopsia verbal, no es posible asignar una causa probable de muerte y por tanto tampoco es posible definir su evitabilidad. En una de las pacientes en la que se realizó la necropsia, ésta fue incompleta y faltó el estudio microscópico.

La confirmación de la causa de muerte materna determinada por la autopsia es muy importante, sin embargo, en los diferentes estudios solo se realiza en el 10% de ellas³. Actualmente se describe el síndrome de muerte súbita del adulto (SADS) como la muerte de una persona mayor en la cual no se puede encontrar la causa a pesar de haberse realizado la necropsia. Se especula si el embarazo y un componente genético pueden tener relación con el SADS⁴.

El SADS se considera arbitrariamente adquirido y no genético, pero de todas maneras se debe descartar un componente genético familiar. En Inglaterra ocurren cerca de 200 muertes súbitas inexplicadas por año en pacientes jóvenes en edad reproductiva y una de ellas ocurrió en una paciente embarazada⁵. En un estudio Australiano, a una tercera parte de las muertes súbitas en mujeres menores de 35 años no se encontró explicación en la autopsia y se presume que fueron debidas a desordenes primarios del ritmo cardiaco⁶. Se recomienda hacer encuestas a la familia para buscar antecedentes de enfermedad cardiaca, o enfermedad familiar previa si es posible, guiada por un cardiólogo y hacer una autopsia muy cuidadosa.

CONCLUSIONES

A pesar de la búsqueda activa de la información y la realización de autopsias verbales, en algunos casos no se logrará obtener datos suficientes para definir las causas de muerte. Incluso en algunos casos, como se ha mostrado, pacientes que reciben atención médica y hospitalaria durante todo el proceso, que las conduce a la muerte, tendrán enfermedades de muy difícil diagnóstico. En estas circunstancias, y en todos aquellos casos de muerte súbita, se recomienda realizar necropsia para intentar aclarar las causas de muerte, aunque como ya se expresó, no siempre será posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr. 1; 367:1066-74.
2. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [página web en internet]. Bogotá D.C.: DANE; [actualizado 2006 May 5; citada 2006 May 15]. Estadísticas vitales ; [cerca de 4 pantallas]. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368.
3. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr. 1; 367:1066-74.

5. Behr E, Wood DA, Wright M, Syrris P, Sheppard MN, Casey A, Davies MJ, McKenna W; Sudden Arrhythmic Death Syndrome Steering Group. Cardiological assessment of first-degree relatives in sudden arrhythmic death syndrome. *Lancet*. 2003 Nov 1; 362(9394):1457-9.
6. Doolan A, Langlois N, Semsarian C. Causes of sudden cardiac death in young Australians. *Med J Aust*. 2004 Feb 2; 180(3):110-2.

Muertes por suicidio

*Jesús Velásquez Penagos
Joaquín Guillermo Gómez Dávila*

En Colombia, para el año 2003 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 4,4 por 100.000 habitantes, con un total de 124 casos para este año, según informó el Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses y el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (2004)¹. Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Posada y colaboradores el 40% de la población antioqueña padece de alguna enfermedad mental².

En los datos de medicina legal el suicidio es más frecuente en el género masculino, en una relación de 3 a 1, y la mayor tasa de suicidio se encuentra en el grupo de 18 - 24 años. En los hombres el método más frecuente es arma de fuego y en las mujeres, en orden de frecuencia están: uso de tóxicos, arma de fuego y ahorcamiento.

En el estudio realizado por Palacio y colaboradores en la ciudad de Medellín, los principales factores de riesgo asociados al suicidio fueron³:

- Eventos adversos en la vida sucedidos en los seis meses previos: 11,81 (Rr^a 4,29 - 32,52)
- Antecedentes de suicidio en la familia: 10,82 (RR 2,23 - 52,47)
- Episodio depresivo mayor: 4,58 (RR 1,53 - 13,67)
- Expresión del deseo de morir: 3,54 (RR 1,25 - 10,06)

Según la definición de la OMS y la clasificación internacional de enfermedades, los suicidios en el embarazo no son considerados casos de muerte materna. Sin embargo, algunos países como Canadá y Reino Unido lo incluyen dentro de su proceso de vigilancia epidemiológica ya que son causa importante de muerte materna. Los grupos de investigación que en el mundo analizan las muertes violentas en el embarazo, incluido el suicidio, adoptan una definición y un concepto más amplio, aceptados por los CDC y la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos y es el de "muertes relacionadas con el embarazo" en el que "la muerte se mide como el resultado de complicaciones propias del embarazo, o de una cadena de eventos

iniciada por el embarazo o por condiciones médicas no relacionadas con el embarazo, o por causas no relacionadas con el embarazo cuyo desenlace se da durante la gestación o durante el primer año después de terminar ésta”^{4,5}.

Se ha atribuido al embarazo un factor protector frente al suicidio, aún con historia previa de enfermedad mental⁶, pero la experiencia de estos países, donde éste es la segunda causa de muertes indirectas, ha mostrado que la frecuencia de suicidio en el embarazo no es muy diferente de la población femenina general⁷. Por otra parte, se calcula que hasta un 10% de las nuevas embarazadas padecerán algún grado de trastorno depresivo y de éstas hasta un 50% sufrirá enfermedad severa⁸.

La justificación de que el período de riesgo para la relación de enfermedad mental severa y embarazo suicidio y embarazo se debería extender hasta un año posparto, estriba en las siguientes razones: el riesgo de una mujer de desarrollar un episodio sicótico en el año siguiente al parto es 14 veces mayor, y en los primeros 30 días posparto de 35, cuando se compara con la población general⁹ y se calcula que el 2% de las mujeres posparto visitarán al psiquiatra en el año siguiente¹⁰.

La DSSA y Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia están convencidos que las muertes por suicidio en el embarazo deberían ser parte del proceso normal de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, debe tenerse en cuenta las dificultades que esto implicaría y que como país en vía de desarrollo, la prioridad en este momento debe ser la vigilancia e intervención de las muertes maternas directas. Por lo tanto, el análisis de estas muertes no se incluyeron en las estadísticas generales. Los casos que presentamos a continuación quizás no sean la totalidad de los que se presentaron en el Departamento, ya que estos eventos no son de notificación obligatoria por lo expuesto previamente. Su captación se hizo por medio de certificados de defunción en los que el embarazo aparecía como circunstancia relacionada. Esperamos que a partir de este año se pueda generar información real en cuanto a las estadísticas, ya que la DSSA inició un proceso de vigilancia epidemiológica de todos los casos de suicidio, quedando así incluidos los que se presentan en el embarazo.

RESULTADOS

Durante los años 2004-2005 se tuvo conocimiento de seis muertes maternas atribuidas a suicidio, sin embargo, se excluyeron dos de ellas porque al revisar la historia clínica las circunstancias de muerte fueron poco claras. En los cuatro casos restantes, que presentamos a continuación, se realizó autopsia verbal y en todos ellos quien respondió la entrevista fue la madre de la víctima.

En la tabla 17.1 se presentan las principales variables de cada caso y luego se detallan las circunstancias más relevantes de cada uno de ellos.

Tabla 17.1 Muertes maternas por suicidio en Antioquia años 2004 - 2005

	Edad	EG	E	CPN	HV	EC	Método	Procedencia
1	17	10	11	0	1	Soltera	Intoxicación con cianuro	San Vicente (Urbana)
2	26	25	5	5	1	Casada	Intoxicación por sustancia no definida	Sonsón (Rural)
3	20	13	4	1	1	Casada	Desconocido	San Vicente (rural)
4	17	16	10	0	1	Unión libre	Intoxicación por Flúoracetato de sodio (mataratas guayaquil)	Medellín (Urbana)

EG: edad gestacional; E: escolaridad; CPN: control prenatal; HV: hijos vivos EC: estado civil

CASO 1:

Joven de 17 años de edad, con un hijo de dos años. Había tenido dos compañeros afectivos. Consultó al hospital de su pueblo refiriendo que había ingerido una sustancia en polvo disuelto en gaseosa y que desde entonces presentaba dolor abdominal. El día anterior había recibido el resultado positivo de la prueba de embarazo. Estaba con su compañero y se mostraba ansiosa y agitada. Intentaron pasarle sonda nasogástrica y dejarla en observación pero la paciente no aceptó y firmó alta voluntaria bajo su responsabilidad y tutela de su novio. Cuatro días después fue encontrada inconciente en su casa. Fue llevada al hospital donde falleció. La necropsia confirmó la ingestión de cianuro. A pesar de que conocía su estado de embarazo se negó a consultar y fue indiferente a las indicaciones de la familia. Según un pariente médico, la paciente tenía personalidad depresiva. La familia era consciente de la personalidad difícil: "...era muy descabezadita, uno le decía una cosa y ella hacía otra

(...) con ella todo era muy difícil y uno no sabía ni cuándo estaba mal ni cuándo estaba bien, porque ella aquí en la casa era muy calladita, pero cuando se le subía el apellido quería acabar con todo”^b.

Varias veces le sugirieron consultar con un psicólogo, pero la paciente nunca accedió. Su padre es alcohólico y la autopsia verbal evidenció serias discrepancias con la figura paterna y permanentes reproches por parte de la familia por el embarazo. No planificaba a pesar de las sugerencias de sus familiares: “...por todos los medios se le insistía que planificará, pero por un oído le entraba y por el otro le salía”¹. La paciente había tenido otro intento suicida en el embarazo anterior. Tuvo fácil acceso para conseguir el cianuro.

Los factores determinantes de esta muerte fueron:

- Ignorar los antecedentes de la paciente como factores de riesgo para suicidio.
- No manejar el intento de suicidio como la emergencia que realmente es.
- Dar de alta a una paciente menor de edad sin informarle a sus padres la situación.

CASO 2:

Paciente de 26 años de edad, con un hijo de 3 años y un solo compañero afectivo. El embarazo fue planeado e inició tempranamente los controles prenatales. Según la autopsia verbal, los familiares tenían la percepción de que era una mujer sana y fuerte. El evento desencadenante fue la infidelidad de su esposo. Por esta razón ingirió Tamarón[®] que es un órgano fosforado de toxicidad I^c. Falleció en el domicilio.

CASO 3:

Paciente de 20 años de edad, con un solo compañero afectivo, un hijo de cuatro años, un embarazo planeado y una actitud positiva frente a este, sin antecedentes patológicos. Fue hallada muerta en el domicilio. En la necropsia no se evidenciaron signos de agresión externa y el único hallazgo importante fue una “tusa”^d en vagina.

^bPalacio Hernández, Francia. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2005.

¹la clasificación toxicológica es recomendada por la OMS según la peligrosidad del tóxico, entendiéndose esta como la capacidad de producir daño agudo a la salud. Se basa en la dosis letal media aguda, por vía oral o dérmica de las ratas.

^dCorazón de la mazorca. Sustantivo femenino usado en Colombia, Cuba, Puerto Rico y Venezuela.

Sin embargo, no se estableció el uso rutinario de prácticas de este tipo. La investigación pasó a ser de tipo legal. Se tomaron muestras para estudio anatomopatológico para poder establecer con certeza la causa de la muerte, pero no se descartó la posibilidad del suicidio. Por ser esta ya una investigación de tipo legal, no se ha logrado tener acceso a los resultados finales de la investigación.

CASO 4:

Paciente de 17 años de edad, con un hijo de tres años y antecedentes de tres compañeros afectivos. Su embarazo no fue planeado pero aceptado, y su entorno familiar era favorable. Sus familiares tenían la percepción que era una persona con una actitud positiva frente a la vida, como se evidencia en las siguientes palabras expresadas por su madre: "...ella siempre animaba a todos y en el colegio decía: un paso atrás ni para tomar impulso"^e. Todo parece indicar que el evento desencadenante fue haberse enterado que el bebé que estaba esperando no era de su compañero actual. La noticia le fue revelada el mismo día de su muerte, cuando en compañía de su novio se le realizó una ecografía, y la edad gestacional no coincidía con el tiempo en que había tenido relaciones con su compañero. El embarazo fue producto de una relación "única" con un amigo, luego de la cual inició uso de anticonceptivos orales, pero ya estaba en embarazo. Sin embargo, no hubo reproches por parte de su novio y éste manifestó su intención de seguir apoyándola. En palabras de la paciente, su justificación para el envenenamiento fue: "si este hijo no es de (xxxx). yo no quiero este bebé"^e. La paciente fue llevada oportunamente a los servicios de salud, pero falleció 13 horas después debido a una disfunción ventricular, a pesar del buen manejo médico que se hizo del caso.

RECOMENDACIONES:

1. Durante el control prenatal debe indagarse sobre factores de riesgo establecidos: ideación suicida, expresión de deseo de muerte, intento previo de suicidio, suicidios en familiares de primer grado.
2. También debe indagarse si existe violencia por parte del compañero afectivo, ya que en ciertos estudios se ha encontrado que éste es el principal factor de riesgo para el suicidio y homicidio durante la gestación¹³.

^eLalinde Ángel, María Isabel. Entrevista domiciliaria, departamento de Antioquia, 2006.

-
3. Ante el hallazgo de alguno de estos factores de riesgo marcadores de enfermedad mental seria, se debe realizar un manejo integral de la paciente y en conjunto con otras especialidades: psiquiatría, psicología, terapia de familia, ginecoobstetricia.
 4. La comunicación entre las especialidades debe ser permanente y consignarse de forma clara los planes de manejo.
 5. En los planes de estudio del recurso humano en salud debe incluirse el enfoque y manejo de la gestante con estigmas de enfermedad mental.
 6. Se deben crear servicios de salud especializados en la atención integral de la gestante con enfermedad mental, incluso habilitados para acoger a los recién nacidos de éstas, puesto que un número importante de pacientes presentarán complicaciones sólo en el posparto.
 7. Se debe regular la consecución de tóxicos y venenos, que si bien son usados a nivel industrial, farmacológico o para control de plagas, son también de empleo reconocido por las víctimas de suicidio.
 8. Para la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas asociadas al suicidio se debe considerar un período de por lo menos 1 año después del parto por las razones argumentadas previamente.

CONCLUSIONES

Aunque sólo son cuatro casos, y por lo tanto es difícil generalizar, hay varias circunstancias comunes: el método de suicidio, tener un hijo, edades gestacionales tempranas (lejos del término) y las circunstancias que rodean las relaciones afectivas.

En cuanto al método de suicidio, es muy diferente al empleado por las mujeres en El Reino Unido y Canadá, donde el 86% se ejecutan de forma violenta (ahorcamiento, saltar, accidente de tránsito)^{8,9}. Con excepción de la paciente del caso 3, las demás recibieron atención médica. En los casos 1 y 4 la letalidad de los tóxicos elegidos marcaba el rumbo inexorable hacia la muerte. La paciente del caso 4 tuvo un manejo adecuado y oportuno en UCI. La paciente del caso 2 fue trasladada a los servicios de salud con un paro cardiorrespiratorio y hubo una demora de por lo menos 30 minutos para llegar. La paciente del caso 3 fue trasladada al día siguiente debido a la distancia y a que el acceso a la cabecera municipal era muy difícil (se trasladó muerta).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2003: datos para la vida. Bogotá; INML; 2004.
2. Posada VJ, Aguilar GS, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004; 33(3):241-62.
3. Palacio AC, García J, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, Lopez M, Posada C. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy. En: Robert Wood Johnson Medical School. *Critical Research Issues in Latino Mental Health*; 2005 Nov 7; New Jersey: Department of Psychiatry.
4. Healthier mothers and babies. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999 Oct 1; 48(38):849-57.
5. Atrash HK, Rowley D, Hogue CJ. Maternal and perinatal mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1992 Feb; 4(1):61-71.
6. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997 Mar; 170:205-28.
7. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull*. 2003; 67:219-29.
8. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of post partum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8:37-54.
9. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987 May; 150:662-73.
10. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993 Jul; 163:27-31.
11. Health Canada. Special report on maternal mortality and severe morbidity in Canada enhanced surveillance: the path to prevention. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2004.

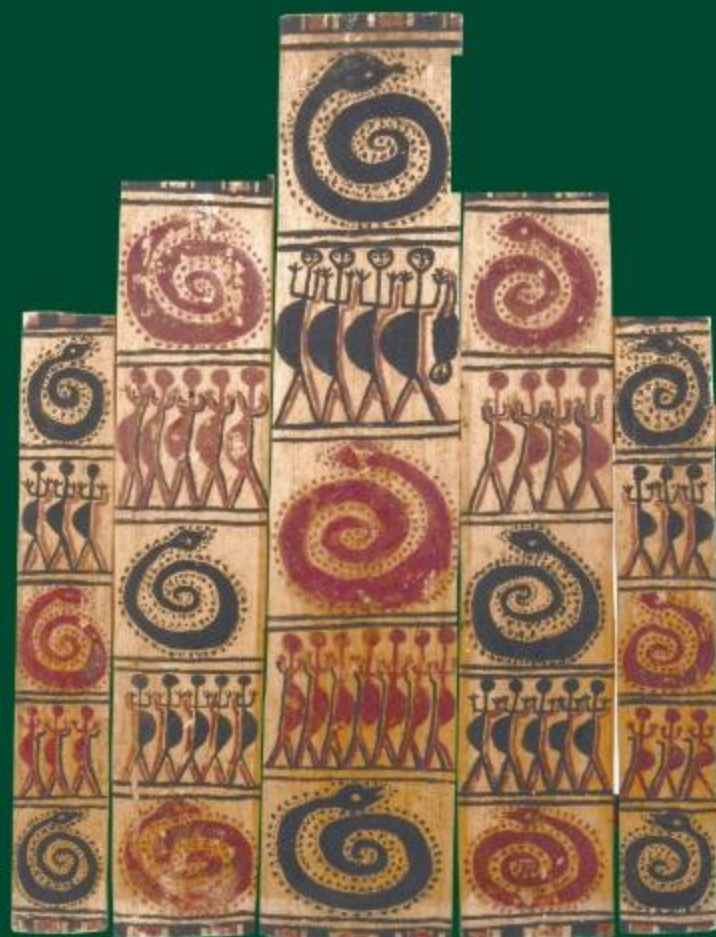
12. Gwyneth L. director and editor. *Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. London: RCOG; 2004. p. 93-113.

13. Shadigian EM, Bauer ST. Pregnancy-Associated death: a qualitative systematic review of homicide and suicide. *Obstet Gynecol Surv*. 2005; 60(3):-183-90.

Este libro se termino de imprimir
en los talleres gráficos de Multigraficas Ltda.
en el mes de mayo de 2007
E-mail.: multigraficas@multigraficasltda.com

Las tablas de curación emberá son utilizadas por los jaibanás –médicos tradicionales– durante el canto del jai –ritual de curación– para invocar diversos espíritus. Estas poseen un gran valor simbólico puesto que las figuras dibujadas en ellas representan a los jais –espíritus– cuya ayuda es necesaria para que el jaibaná pueda curar al enfermo, mediante la conexión entre el mundo natural y el sobrenatural

Paula Andrea Hinestroza
Antropóloga
Universidad de Antioquia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

ANTIOQUIA NUEVA. un hogar para la vida