

Mas allá de las cifras

Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura



Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004
Traducción al español, 2009

Título Traducido:

Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer

Descripción de la fuente:

Publicación de la OMS publicada en el 2004, traducida del inglés al español por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR-OPS/OMS).

Mortalidad Materna / Complicaciones del Embarazo / Causa de Muerte / Calidad de la Atención de Salud / Recolección de Datos

ISBN 978-92-75-32980-1

© Organización Mundial de la Salud, 2004

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden obtener de Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Todas las solicitudes de autorización para reproducir o traducir publicaciones de la OMS — ya sea para la venta o para distribución no comercial — deben dirigirse a Publicaciones, a la dirección arriba mencionada (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material contenido en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión en absoluto de parte de la Organización Mundial de la Salud en lo pertinente a la situación jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o área, o de sus autoridades, o en lo concerniente a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas de los mapas representan aproximadamente las líneas de las fronteras para las que pueda no haber pleno acuerdo aún.

La mención de compañías específicas o de productos de ciertos fabricantes no implica un aval ni una recomendación por parte de la Organización Mundial de la Salud, ni señal de preferencia comparado con otros de naturaleza similar que no se mencionan. A excepción de errores y omisiones, los nombres comerciales de los productos se distinguen mediante el uso de mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación esté completa y sea correcta y no se hace responsable de ningún daño en el que se incurra como resultado de su uso.

Tabla de Contenidos

Prefacio	1
¿De qué trata la presente guía?	1
¿A quiénes va dirigida la guía?	2
¿Cómo está estructurada la guía?	3
¿Cómo utilizar esta guía?	3
1. Introducción	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Propósitos del documento	6
1.3 Por qué mueren las madres: un nuevo enfoque	7
1.4 La importancia de “contar la historia”	7
1.5 Hay que aprender antes de actuar	8
1.6 Instrucciones para el uso de esta guía	9
2. Los Enfoques	10
2.1 Introducción	10
2.2 Decida el enfoque a aplicar	10
2.3 Ventajas y desventajas de los diversos enfoques	13
2.4 Principios para la adaptación	14
3. Aspectos Prácticos en la ejecución de enfoques	19
3.1 Introducción	19
3.2 Requerimientos generales de información	20
3.3 Ciclo de Vigilancia	21
3.4 Decidir qué enfoque utilizar	21
Encuestas en la comunidad	22
Encuestas en los establecimientos sanitarios	22
Enfoques regionales/nacionales	23
3.5 Definiciones de muerte materna	23
3.6 Identificación de las muertes maternas	26
Registros civil	26
Historias de los pacientes	29
Identificación en la comunidad	29
Sistemas de vigilancia de enfermedades	30

3.7	Planificación y ejecución del enfoque	30
	Principios básicos de la recolección de datos	31
	Selección y capacitación de recopiladores, entrevistadores y evaluadores	31
3.8	Análisis de los resultados	33
	Análisis cuantitativo	33
	Análisis cualitativo	34
3.9	Convirtiendo los hallazgos en hechos	35
	¿Qué tipo de recomendaciones hay que hacer?	35
3.10	Difusión de los hallazgos y recomendaciones	36
	A quién se le comunicarán los resultados?	37
	Métodos que se pueden emplear	38
3.11	Evaluación	38
3.12	Asegurando la confidencialidad y el marco ético y legal	39
	Consideraciones legales	40
	Consideraciones éticas	41
3.13	Fuentes de mayor información	42

4. Autopsias Verbales: Aprendiendo de las muertes ocurridas en la comunidad **43**

4.1	¿Qué es la autopsia verbal en casos de muerte materna?	43
4.2	Propósito de las autopsias verbales	45
4.3	Ventajas y desventajas de las autopsias verbales	46
4.4	Realización paso a paso de las autopsias verbales	48
4.5	Variantes de la autopsia verbal	54

5. Revisión de las muertes maternas en servicios: aprendizaje de las muertes ocurridas en establecimientos sanitarios **57**

5.1	¿En que consiste una revisión de las muertes maternas por servicios de salud?	57
	Niveles posibles de una revisión	58
5.2	Historia de las revisiones de muerte materna	60
5.3	Ventajas y desventajas de una revisión de muertes maternas por establecimiento sanitario	61
5.4	Proceso paso a paso para emprender una revisión de las muertes maternas	63

6. Investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas **77**

6.1	Lecciones extraídas en los primeros cincuenta años de investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en el Reino Unido	78
6.2	¿Qué es una investigación confidencial de las muertes maternas?	82
	Características de una investigación confidencial sobre las muertes maternas	82

6.3	Ventajas y desventajas de emprender una investigación confidencial sobre las muertes maternas	84
6.4	Principios clave	86
	La importancia del sentimiento de propiedad nacional y local	86
	Escalas de tiempo	86
	Identificación de las muertes maternas: las ventajas de que los trabajadores de la salud notifiquen	87
	Uso de los certificados de defunción	88
6.5	Traducción de los hallazgos en acción	88
6.6	Proceso paso a paso para instalar una investigación confidencial	89

7. Estudio de la Morbilidad Severa: Aprendiendo de las sobrevivientes de complicaciones con riesgos de muerte **103**

7.1	Explicación de la terminología utilizada en este capítulo	105
	El embarazo como un continuo entre la buena y la mala salud	105
	Definición de “near miss”	106
	¿Qué es un estudio de casos “near miss”?	107
7.2	Ventajas y desventajas de los estudios de near -miss o de morbilidad severa	107
7.3	Principios clave	110
	Los estudios deben desarrollarse y conducirse en el contexto local de atención de salud	110
	Todos los participantes en el estudio deben comprender, aceptar y adoptar las definiciones específicas para el contexto	111
7.4	Proceso paso a paso a emprender un estudio near miss	111
7.5	Variantes de la investigación de morbilidad severa	116

8. Auditoría clínica - aprendiendo de las revisiones de casos sistemáticos valorados según criterios explícitos **125**

8.1	El ciclo clínico de la auditoría	126
8.2	Principios clave	127
	Selección de los temas	127
	Criterios explícitos	127
	Objetivos	128
	Escala de tiempo	128
	Dónde se puede aplicar	129
	Representatividad de los hallazgos	129
8.3	Propósito de la auditoría clínica	129
	La viabilidad de conducir la auditoría clínica en países en vías de desarrollo	130
8.4	Ventajas y desventajas de la auditoría clínica	131
8.5	Proceso paso a paso para auditorías clínicas en establecimientos sanitarios	131
8.6	Otras fuentes de información	137

Agradecimientos

El impulso para elaborar este documento surgió durante una serie de reuniones inter regionales sobre la reducción de la mortalidad materna organizadas por la Oficina Central de la OMS y sus Oficinas Regionales durante 1998 y 1999. En esas reuniones, los participantes enfatizaron que no alcanzaba con medir los niveles de mortalidad materna, y reclamaron métodos y enfoques que ayudaran a elucidar las causas subyacentes de las muertes maternas e identificar qué se podría hacer para evitarlas. Más allá de las cifras es una respuesta a esos reclamos.

Mucha gente talentosa y comprometida ha contribuido con Más allá de las cifras. Algunas de ellas están mencionadas en los capítulos en los que hicieron sus aportes específicos: Cynthia Berg, Colin Bullough, Jean-François Etard, Veronique Filippi, Wendy Graham, Gwyneth Lewis, Carine Ronsmans y Gijs Walraven.

Además, la OMS agradece a los siguientes colaboradores por compartir sus experiencias, reflejándolas en este documento, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Ruy Laurenti, Candy Longmire, Eddie Mhlanga y Glen Mola.

El personal de la OMS que contribuyó en la elaboración de este documento incluyó a Carla AbouZahr, Luc de Benris, Richard Guidotti, Paul Van Look y Jelka Zupan.

También, queremos expresar un agradecimiento especial a Gwyneth Lewis, quien se encargó de la difícil tarea de consolidación y edición final de la versión original en inglés.

Finalmente agradecemos al Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) la traducción y edición del documento en español.

Prólogo

El embarazo es un estado de salud normal, un estado saludable por el que la mayoría de las mujeres aspira pasar en algún momento de sus vidas. Sin embargo, este proceso normal de afirmación de la vida puede entrañar graves riesgos de muerte y discapacidad. La afirmación de que a nivel mundial fallecen más de medio millón de mujeres jóvenes como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto ha sido repetida con tanta frecuencia que ya no provoca conmoción. No obstante ello, la mayoría de estas muertes podría ser evitada si se adoptaran medidas preventivas y si se dispusiera de cuidados adecuados. Por cada mujer que muere, muchas más padecen graves afecciones que pueden afectarlas el resto de sus vidas.

La comunidad internacional dedicada a la salud y el desarrollo ha manifestado repetidamente la necesidad de hacer algo para enfrentar este problema, y los gobiernos se han comprometido formalmente a hacerlo, fundamentalmente en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) así como sus respectivas conferencias de seguimiento a los cinco años, y más recientemente en la Declaración del Milenio en el año 2000. La mejora de la salud materna está protegida en las Metas de Desarrollo del Milenio como uno de los prerrequisitos esenciales para el desarrollo y la reducción de la pobreza.

La mortalidad materna constituye un indicador de la situación de la mujer, su acceso a los servicios de salud, y el grado de adecuación del sistema de atención sanitaria en respuesta a sus necesidades. Sin embargo, es difícil de medir, particularmente donde el registro civil de muertes y de causas de muertes es débil. Se han desarrollado diferentes enfoques para medir la mortalidad materna en dichas circunstancias pero son de uso limitado para un control breve y regular.

Además, la información que necesitan los países para abordar la mortalidad materna va más allá de simplemente medir el nivel del problema. Los que diseñan las políticas se preguntan “¿Por qué ocurren las muertes maternas, y qué se puede hacer para evitarlas?” Los que dirigen programas preguntan “¿Dónde aparecen los problemas y qué se puede hacer para rectificarlos?” Es tan importante responder estas preguntas como saber el nivel preciso de mortalidad materna. Más allá de las cifras propone diferentes maneras de hallar respuestas a ese tipo de preguntas y ofrece herramientas de diagnóstico que arrojen luz sobre lo que se tiene que hacer para evitar muertes maternas. Esperamos que todos los que trabajan en el área de salud maternal encuentren este documento de utilidad.

Joy Phumaphi
Ex-Asistente del Director General
Salud Familiar y de la Comunidad

Prefacio

*“¿Cuáles son los rostros detrás de las cifras?
¿Cuáles eran sus historias? ¿Sus sueños?
Dejaron atrás hijos y familias.*

También dejaron pistas que sugieren por qué sus vidas terminaron precozmente”¹

Mensajes clave de esta guía

- ✓ La prevención de las muertes maternas es posible aún en países pobres, pero es preciso disponer de información correcta que sustente los programas.
- ✓ No alcanza con conocer las tasas de mortalidad materna; debemos entender los factores subyacentes que contribuyen a dichas muertes.
- ✓ Cada muerte o complicación que amenace la vida encierra una historia que puede sugerir formas prácticas de abordar la problemática.
- ✓ Es fundamental que nos comprometernos a actuar de acuerdo a los hallazgos de este análisis, para alcanzar el éxito que nos proponemos.

¿De qué trata la presente guía?

Cada año, alrededor de 8 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo, y de ellas fallecen más de medio millón. En la región Subsahariana, el riesgo acumulado de muerte materna en el transcurso de la vida puede llegar a una de cada 16 mujeres, mientras que en las naciones industrializadas, la incidencia es de 1 cada 3.800.

La mayoría de estas muertes son evitables, aún contando con recursos limitados, pero para ello se necesita disponer de la información adecuada que permita pasar a los hechos. Conocer las cifras de la mortalidad materna no es suficiente – necesitamos información que nos permita identificar qué hay que hacer para prevenir estas muertes innecesarias.

“Más allá de las estadísticas” muestra cómo se puede generar esta información. Los enfoques descritos van más allá del conteo de muertes; se trata de comprender por qué ocurrieron y cómo pueden prevenirse. Por ejemplo, ¿las mujeres fallecen por alguna de las siguientes razones?:

- ¿No saben que necesitan cuidados médicos o no saben identificar las señales de peligro durante el embarazo?
ó

¹ Berg C et al. (Eds.). *Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2001.

- ¿No hay servicios de salud o los que hay son inaccesibles por razones tales como lejanía, costos o barreras socioculturales?
ó
- ¿La atención recibida es inadecuada o inclusive perjudicial?

La experiencia acumulada en el uso de estos enfoques en todo el mundo nos demuestra que se puede aplicar exitosamente en todos los niveles, desde una simple dependencia sanitaria hasta niveles nacionales.

Un principio fundamental de estos enfoques recae en la importancia de contar con un entorno confidencial, por lo general anónimo y seguro, que permita describir y analizar los factores que inciden en los resultados adversos de la mortalidad materna. La confidencialidad facilita la franqueza de la información, lo que permite obtener una secuencia más precisa de los hechos.

A los participantes (trabajadores de la salud y de la comunidad, así como familiares) se les debe asegurar que nuestro único objetivo es aprender de las tragedias pasadas y salvar vidas en el futuro – no buscar culpables. El estudio pretende solamente identificar las fallas del sistema de salud. Nunca se deberán utilizar las revisiones para iniciar litigios, sanciones administrativas o buscar culpables.

Estos enfoques pueden utilizarse para estudiar una serie de aspectos de la atención en salud como estructuras, resultados o procesos. En “Más allá de las cifras”, describimos el análisis de dos resultados específicos de salud (muertes maternas y complicaciones que amenazan la vida (*near miss*) y un tipo de proceso (atención clínica). Los estudios pueden realizarse a nivel de la comunidad, dependencias sanitarias, distrito o país. No todos los casos se prestan al estudio de los tres tipos de enfoques arriba señalados. Por ejemplo, el análisis de la práctica clínica sólo es factible a nivel de una dependencia sanitaria. Es improbable que se pueda estudiar las complicaciones severas a nivel comunitario debido a lo complejo de aplicar una definición estandarizada y no ambigua de “*near miss*”. No obstante, se puede hacer una revisión de las muertes maternas a cualquier nivel.

¿A quiénes va dirigida la guía?

“Más allá de las cifras” está dirigida a profesionales, planificadores y administradores de salud que trabajan en el área de salud materno-infantil, que se esfuerzan por mejorar la calidad de los servicios brindados. Deben poseer una posición tal que les permita adoptar las medidas correctivas de conformidad con los análisis y deben estar dispuestos a hacerlo, y aprovechar la información recopilada para contribuir a mejorar los resultados sanitarios maternos, lo cual se puede alcanzar si se faculta a los profesionales de salud a evaluar desde una perspectiva crítica sus prácticas actuales, y cambiarlas si es necesario. Dado que la acción es el objetivo primario de los estudios, es importante que las personas que ostentan el poder para llevar a cabo los cambios recomendados, participen activamente en el proceso.

¿Cómo está estructurada la guía?

La presente guía contiene cinco enfoques que generarán información sobre los resultados o sobre la salud materna.

Los Capítulos 1 y 2 presentan material de introducción, así como una breve descripción de cada enfoque, sus ventajas y desventajas.

El Capítulo 3 describe los principios para la aplicación y los aspectos prácticos que se pueden aplicar a todos estos enfoques.

Los Capítulos 4, 5 y 6 se enfocan en lo que se puede aprender a partir de las muertes maternas en diversos entornos, usando un análisis de los casos en base a los datos que aporte la comunidad (autopsia verbal), estudio de las dependencias de salud e investigaciones confidenciales.

El Capítulo 7 examina la posibilidad de estudiar la morbilidad materna severa y los casos “*near miss*” en vez de las muertes maternas.

El Capítulo 8 describe una auditoría clínica enfocada hacia la valoración del contenido y calidad de atención en condiciones clínicas específicas, medidas contra criterios o normas explícitas, más que analizar los resultados en términos de mortalidad materna.

¿Cómo utilizar esta guía?

Antes de decidir cuál sería el enfoque más idóneo para un entorno específico y de acuerdo a los recursos disponibles, se invita a los usuarios de esta guía a leer todo el volumen y prestar cuidadosa atención a la manera en que se abordaron las temáticas de los capítulos 2 y 3.

En el sitio web del CLAP/SMR, <http://www.clap.ops-oms.org> podrá encontrar datos de muestra y formularios de análisis que pueden servir de base para una adaptación local.

Cuadro Sinóptico de los Enfoques descritos en esta Guía

Nombre	Definición operativa	Condiciones esenciales
Análisis con base comunitaria de las muertes maternas (autopsias verbales)	Método que sirve para encontrar las causas médicas de las muertes y discernir los factores personales, familiares o colectivos que pudieron incidir en la muerte de mujeres fallecidas fuera de las dependencias médicas.	Requiere la cooperación de los familiares de la fallecida y la sensibilidad necesaria para hablar de las circunstancias en que ocurrió la fatalidad.
Estudio de las muertes maternas con base en las dependencias médicas	Investigación cualitativa, en profundidad de las causas y circunstancias de las muertes maternas. Los fallecimientos se identifican primero a nivel de la institución médica, pero también identifican la combinación de factores dentro de las dependencias de salud y en la comunidad que contribuyeron a la muerte, discerniendo los factores que pudieron ser evitables.	Requiere la cooperación de las personas que cuidaron de la mujer fallecida, así como su voluntad de relatar con exactitud el manejo del caso.
Investigaciones confidenciales sobre la muerte materna	Investigación sistemática, multidisciplinaria y anónima de todas las muertes o de una muestra representativa de las muertes maternas ocurridas en un área, región (estado) o país. Identifica las cantidades, las causas y los factores asociados evitables o remediables.	Requiere la existencia de una infraestructura funcional de estadísticas (registro de las personas naturales, análisis estadístico de nacimientos y defunciones, recursos humanos, registradores, etc.) o profesionales asignados en cada instalación médica para comunicar las muertes maternas cada determinado período de tiempo.
Encuesta de morbilidad severa (<i>near miss</i>)	Identificación y valoración de los casos en los que la mujer sobrevive a las complicaciones obstétricas. No existe una definición universal para estos casos, pero es importante que la definición utilizada en cualquier encuesta sea apropiada a las circunstancias locales para mejorar la atención materna a nivel local.	Requiere un buen sistema de registros médicos, una cultura administrativa donde se puedan discutir los casos de riesgo de muerte, sin miedo a la culpa, así como del compromiso de la administración y personal para actuar conforme los hallazgos.
Auditoría clínica	Proceso de mejora cualitativa que procura mejorar la atención de los pacientes y de los resultados a través del análisis sistemático de la estructura, los procesos y resultados de atención contra los criterios explícitos y la aplicación subsiguiente de los cambios propuestos. Según convenga, los cambios se dan a nivel individual, de equipo o de servicio y el monitoreo sirve para confirmar si hay mejoras en el servicio de salud brindado.	Debe ser posible identificar casos relevantes en los registros de las dependencias de salud y recuperar las notas del caso. El personal de salud debe sentirse bien de discutir abiertamente el manejo del caso y todos deben estar dispuestos a aplicar los protocolos de atención revisados

1 Introducción

Mensajes Clave

- ✓ La prevención de las muertes maternas es posible, aún en países pobres, pero es preciso contar con la información correcta que sustente los programas.
- ✓ No alcanza con conocer los niveles de mortalidad materna; debemos entender los factores subyacentes que contribuyen a dichas muertes.
- ✓ Cada muerte o complicación que amenace la vida encierra una historia y puede sugerir formas prácticas para abordar la problemática.
- ✓ Es fundamental que nos comprometernos a actuar de acuerdo a los hallazgos de este análisis, para alcanzar el éxito que nos proponemos.

1.1 Antecedentes

Las cifras impactantes de las muertes relacionadas con el embarazo constituyen un problema mundial y son tan conocidas que se pueden recitar de memoria, como un mantra, sin detenerse a pensar qué se puede hacer al respecto, aún a pequeña escala, para enfrentar lo que parece ser un problema tan abrumador. La problemática parece ser muy difícil en vista de las metas y objetivos que se han propuesto las naciones para reducir la mortalidad materna.¹

En términos sencillos, las estadísticas muestran que alrededor de 8 millones de mujeres sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo y que más de medio millón fallece.² En los países en vías de desarrollo como la región subsahariana, el riesgo acumulado de muerte materna puede llegar hasta una de cada 16 mujeres, mientras que en las naciones industrializadas la relación es 1 en 3.800. Cada muerte o complicación a largo plazo representa una tragedia para la mujer en sí, su compañero, sus hijos y familia. Aún más terrible, la mayoría de esas muertes son evitables; se conocen las causas y más de 80% de los fallecimientos se pueden evitar o prevenir a través de acciones de comprobada economía y eficacia, aún en los países más pobres del mundo. Por ejemplo, los sondeos realizados en Egipto³ y en otras partes del mundo demuestran que la calidad de la atención prestada a las pacientes es fundamental en los resultados, y que cambios sencillos en la práctica médica pueden salvar muchas vidas.

Las estadísticas son sombrías, pero constituyen sólo una cara de la moneda. En particular, no dicen nada sobre *los rostros que están detrás de las cifras*, las historias individuales de sufrimiento y angustia y las verdaderas razones que provocaron la muerte de esas mujeres. Más que nada, no arrojan ninguna luz sobre por qué continúan muriendo las mujeres en un mundo en el que el conocimiento y los recursos para prevenir dichas fatalidades están disponibles y accesibles. Si bien es cierto que es importante darle seguimiento a los niveles de mortalidad materna a nivel global, regional y nacional con fines de identificación y determinación de incidencia, las cifras aisladas que muestran los niveles de

mortalidad materna no nos ayudan a identificar lo que podemos hacer para prevenir o evitar esos decesos.

Hoy en día, con una mejor comprensión sobre las dificultades que implica la medición de la mortalidad materna, existe un creciente interés por dirigir una gran parte de los recursos limitados a responder la pregunta de por qué persiste el problema y qué se puede hacer para evitar las muertes maternas y los casos de morbilidad severa. La respuesta a esas preguntas es vital para los planificadores de programas y proveedores de atención sanitaria. Se han diseñado diversas estrategias y herramientas para descifrar por qué fallecen las madres. En el presente documento se describen los principales enfoques existentes, así como una guía práctica para generar información que vaya más allá de las cifras, hasta alcanzar las causas subyacentes y evitables de las muertes maternas.

1.2 Propósitos

El propósito que nos proponemos en el presente documento es ayudar a generar información que sea útil a los profesionales de la salud, planificadores y administradores, a fin de salvar las vidas de madres en peligro mediante el mejoramiento de la atención brindada. Los enfoques descritos para recopilar la información van más allá del simple conteo de casos fatales; buscan entender por qué ocurrieron y cómo pueden evitarse o prevenirse. Los enfoques se pueden adaptar a cualquier país y entorno, si las personas están comprometidas con una maternidad segura. Actuar de acuerdo a los resultados de estos estudios representa una oportunidad para toda persona relacionada con la planificación y prestación de servicios de salud para mujeres embarazadas y que recién han dado a luz, a fin de hacer una diferencia real y perdurable en sus vidas, familias y comunidades.

A la larga, los hallazgos de los enfoques contenidos en la presente guía serán utilizados por aquellos en posición de actuar, basándose en los mismos, para hacer cambios que mejoren la prestación de los servicios de salud. No obstante, las revisiones también pueden ser utilizadas por aquellos que abogan por una maternidad segura, individuos o instituciones comprometidos a reducir la morbimortalidad materna. La experiencia nos enseña que a pesar de que la aplicación inicial a pequeña escala de los enfoques la emprenden personas comprometidas con la causa, dichos enfoques pueden elevarse a una escala mayor, aún a nivel nacional.

Las Comisiones de Mortalidad Materna y Maternidad Segura, así como otros actores como organismos internacionales, ONG, grupos comunitarios y grupos que inciden en la salud pueden también aprovechar la información generada por los enfoques aplicados. Los resultados de estos estudios pueden ejercer un poderoso rol de defensa de una posición, e incluso pueden recurrir a ellos los políticos y personajes influyentes, para crear conciencia pública y movilizar recursos.

Las investigaciones de muertes maternas fueron desarrolladas en especial para países con altos índices de mortalidad materna.

Sin embargo, la investigación de dichas muertes cobra importancia en entornos donde la mortalidad materna es baja. Las evidencias muestran que en esos entornos, muchos decesos son el resultado de atención inferior a las normas, por lo que son prevenibles.

1.3 Por qué mueren las madres: un nuevo enfoque

La guía apunta a descubrir con exactitud qué provoca las muertes de las madres. Por ejemplo:

¿No saben que necesitan cuidados médicos o no saben identificar las señales de peligro durante el embarazo?

o

¿Los servicios son inexistentes o inaccesibles por razones como distancias largas, costos o barreras socioculturales?

o

¿La atención recibida es inadecuada o en realidad, hasta perjudicial?

Es más importante responder estas preguntas y tomar acciones positivas en función de los resultados, que determinar con exactitud la magnitud de la mortalidad materna. Los enfoques de la presente guía les permitirán a los profesionales y autoridades de la salud actuar según las respuestas a estas y otras preguntas importantes de por qué mueren las mujeres durante el embarazo y el parto.

1.4 La importancia de “contar la historia”

La mayoría de los enfoques de esta guía son estudios de observación que toman en cuenta el elemento médico y demás factores que llevan a la muerte de las mujeres. Arrojan datos de casos individuales que en su conjunto nos permiten observar tendencias o factores comunes, para los que es posible emprender medidas correctivas. Esos factores o tendencias nos *cuentan las historias* de cómo murieron las mujeres.

La participación en estudios similares a los de esta guía, ya sea describiendo la contribución a la atención de una paciente en particular, extrayendo información de las notas del caso, o valorando los casos anónimamente, es de por sí una intervención sanitaria. La experiencia nos muestra que el uso de estos enfoques puede ejercer mucha influencia en las personas participantes. Con frecuencia, quienes participan en el análisis se sienten motivados a perfeccionar sus prácticas o servicios prestados, aún antes de la publicación formal de los resultados. Estos trabajadores de la salud, que han visto por sí mismos los beneficios de estudios relativamente simples, incluyendo la adopción de cambios de las prácticas locales, se convierten en aliados de los cambios. Por tanto, motivan y contagian de entusiasmo a otros para emprender tareas similares y difundir mejores prácticas basadas en evidencia.

Quienes participan en los análisis nunca olvidan que cada muerte materna constituye una tragedia personal y familiar. Tampoco olvidan que la persona fallecida es una historia única que debe contarse. Rastrear su paso por la comunidad y sistema de salud y describir las acciones que pudieron haber prevenido su muerte ejerce un gran efecto personal.

En el Reino Unido, décadas atrás, específicamente en 1954 se reconoció que la participación en estudios similares (en este caso, una investigación confidencial sobre las muertes maternas) ejercía un “poderoso efecto secundario” en “cada persona involucrada en las investigaciones”, sin importar cuán experimentada era la persona o si su trabajo era en un hospital escuela, en un hospital local, en la comunidad o en casa del paciente, beneficiándose de su efecto educativo”.⁴

La participación en estos estudios también forja el altruismo natural de las personas o equipos de profesionales de la salud, quienes están preparados a dedicar gratuitamente su tiempo y esfuerzo para aprender lecciones y salvar las vidas de las madres. Estas experiencias personales llevan a un aprendizaje auto reflexivo, que es una herramienta para realizar cambios, igual o más valiosa que las estadísticas anónimas.

Sin embargo, una de las razones de mayor peso para realizar dichos análisis o estudios, según lo que relatan médicos y parteras de diversos países, es el impacto profundo y duradero que ejerce la muerte de una paciente conocida en la práctica médica e institucional. La mayoría dirá que la evaluación minuciosa de la atención prestada a una mujer en particular, cuya cara aún ven y cuya familia doliente aún recuerdan, cambió sus prácticas clínicas y por ende, les ayudó a salvar muchas vidas.

Un principio fundamental de todos los enfoques es la importancia de contar con un ambiente confidencial, anónimo y no amenazante para describir y analizar los factores que condujeron a las muertes de las madres. Al asegurarse la confidencialidad se promueve la apertura de la narración de los hechos, lo que brindará una perspectiva más amplia de la secuencia precisa de lo ocurrido. A los participantes, inclusive los trabajadores comunitarios de la salud y familiares se les debe asegurar que el propósito único del estudio es salvar vidas y no buscar culpables. Por lo tanto, un requisito esencial es que debe mantenerse el carácter confidencial y anónimo del mismo. Los análisis buscan sólo identificar las fallas del sistema de salud, no dar lugar a pleitos, sanciones administrativas o señalar culpables.

1.5 Hay que aprender antes de actuar

Las lecciones aprendidas y las acciones emprendidas a partir de los resultados representan el propósito general del uso de los enfoques. No tiene sentido comprometer recursos valiosos para recopilar información que irá a llenarse de polvo en un estante. La información recopilada debe utilizarse para mejorar los resultados sanitarios maternos y facultar a los profesionales de la salud a examinar sus prácticas actuales o las prácticas de la institución donde trabajan. Porque la acción es la meta primaria de los análisis, es importante que aquellos con capacidad de ejecutar los cambios recomendados participen activamente en el proceso. Por lo tanto, debe acordarse desde un principio que la información obtenida servirá de base a las acciones que se llevarán a cabo.

Los resultados de estos estudios determinarán qué factores evitables o correctivos de carácter clínico, institucional o comunitario estuvieron presentes en la atención brindada a las madres.

Las lecciones derivadas les permitirán a los médicos y planificadores de salud aprender de los errores del pasado. Arrojarán pruebas sobre la existencia de problemas y señalarán las áreas que requieren de recomendaciones para el sector salud y acción comunitaria, así como guías clínicas.

Los resultados pueden constituirse en una línea de base que sirva para comparar y monitorear el éxito de las prácticas reformadas. Por lo tanto, deberá existir un método objetivo integrado al sistema que monitoree de qué manera se aplican las recomendaciones formuladas. Lo anterior redunda en dos beneficios: por un lado es un estímulo a las acciones en el sector salud, y por otro le recordará al equipo de trabajo del estudio que sus recomendaciones descansarán en evidencia sólida.

Todos los enfoques descritos en el presente documento servirán para formular recomendaciones que serán traducidas en cambios. Cabe señalar que las recomendaciones, en especial en países pobres, deberán ser simples, económicas, efectivas y de amplia disseminación. También deberán estar basadas en evidencias. La mayoría de las recomendaciones clínicas que emergerán serán muy similares a las directrices basadas en la evidencia del Manejo Integrado del Embarazo y el Parto (MCEP)^a y deberán adaptarse a las condiciones locales, introduciéndolas con prontitud sin necesidad de empezar a desarrollar directrices desde cero.

1.6 Instrucciones para el uso de esta guía

Esta guía tiene dos partes principales. En la primera parte se presenta una breve descripción de los métodos que se puede utilizar (Capítulo 2), seguido de un análisis detallado de los asuntos prácticos vinculados a la aplicación de estos métodos (Capítulo 3). En la segunda parte se discute cada método junto con sus ventajas y desventajas particulares, en capítulos separados.

Referencias

¹ Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement on reduction of maternal mortality. Geneva, World Health Organization, 1999.

² WHO/UNICEF/UNFPA, Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2004.

³ Kassas M et al., The national maternal mortality study of Egypt 1992-1993, International Journal of Gynecology and Obstetrics 1995; 50 (Sup. 2):S101-S108.

⁴ Walker AL et al., Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales, 1952-1954. London, HMSO, 1957 (Reports on public health and medical subjects No. 97).

^a MCEP es un amplio conjunto de normas, estándares y herramientas que pueden ser adoptadas y aplicadas a niveles distritales y nacionales para apoyar los esfuerzos para reducir la morbimortalidad materna y perinatal. Podrá encontrarlo en el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación.(RHR por su sigla en inglés). Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Consulte el sitio Web <http://www.who.int/reproductive-health> para más información

2 Los enfoques

Mensajes Clave

- ✓ Los enfoques acá descritos pueden servir para estudiar las muertes maternas, los casos de morbilidad severa y las prácticas clínicas.
- ✓ El objetivo de todos los enfoques es reducir la morbimortalidad materna y neonatal mediante el mejoramiento de la atención brindada.
- ✓ Los enfoques pueden utilizarse en la comunidad, en la institución, a nivel regional o nacional.
- ✓ Los diversos enfoques son adecuados a un sin número de circunstancias o niveles de ejecución, así como para evaluar los resultados.

2.1 Introducción

Los enfoques descritos en el presente documento pueden utilizarse para analizar un sinnúmero de aspectos de salud como estructuras, resultados o procesos. Aquí, describiremos el uso de los enfoques para dos resultados sanitarios específicamente (muertes maternas y mujeres que sobrevivieron a complicaciones cercanas a la muerte - near miss) y un tipo de proceso (atención clínica). No obstante, es importante tener en cuenta que las auditorías y revisión de casos también sirven para estudiar otros resultados (como atención perinatal y partos asistidos), otros procesos (grado de satisfacción del paciente) o estructuras (disponibilidad de instalaciones o equipos). Sea cual sea el tema analizado, los principios generales no varían.

En el presente capítulo se dan las definiciones de cada metodología y se presentan las consideraciones relevantes para identificar los casos sujetos a análisis. Se describen algunas de las diferencias clave entre los enfoques y prerrequisitos primordiales necesarios antes de considerar un enfoque particular. Finalmente, encontrará usted un resumen de cada enfoque junto con las principales ventajas y desventajas. Esta información le ayudará a escoger la técnica más apropiada para adoptarla en una situación específica. El Capítulo 3 trata los aspectos prácticos que deben considerarse cuando se planifica y ejecuta la metodología.

2.2 Decida el enfoque a aplicar

Al momento de decidirse por uno de los enfoques descritos en el presente documento, hay dos aspectos a considerar: qué nivel es el que más se presta al análisis y qué tipo de casos se estudiarán. En cuanto al nivel, hay en esencia 5 opciones – el estudio se puede realizar a nivel de comunidad, establecimientos de salud, distrital, regional o nacional.

En cuanto a los casos a estudiar, hay que decidir si se trata de resultados o procesos. No todos los lugares resultan adecuados para analizar todos los tipos de casos.

Por ejemplo, el análisis de la práctica clínica es posible, en países pobres, a nivel de las dependencias médicas, pero no a nivel de comunidad. Por otro lado, los resultados y los procesos se prestan a análisis a nivel de las dependencias médicas. No es posible estudiar las complicaciones severas a nivel comunitario debido a la complejidad de aplicar una definición estándar y definida de “cuasi – fatales”. En el cuadro 2.1 aparece un resumen de las diversas posibilidades.

Cuadro 2.1— Diversos enfoques con diferentes niveles y distintos tópicos

Nivel	Resultado Muerte Materna	Complicaciones	Práctica
Comunidad	Autopsia Verbal (Análisis de muerte con base comunitaria)	No	No
Establecimiento Sanitario	Análisis de las muertes basado en dependencias sanitarias	Revisión de casos near-miss	Auditoría Clínica a Local
Nacional/ regional/ distrito	Investigación confidencial de muertes maternas	Investigación Confidencial de casos near-miss	Auditoría Clínica Nacional

Se asume por lo general que el mejor resultado a analizar es la muerte materna. Si bien es cierto que es el resultado adverso más dramático, desde un punto de vista estadístico no es necesariamente el más adecuado. Una consideración importante tiene que ver con el número de eventos que deben estudiarse, lo cual es función de la prevalencia de mortalidad materna y del número de nacimientos en ese entorno, sea a nivel de una dependencia médica o de la comunidad. La tabla 2.1 muestra la cantidad de decesos de madres que pueden esperarse a diversos niveles de mortalidad materna y nacimientos.

Tabla 2.1 Cantidad esperada de muertes maternas anuales

Nacimientos anuales en dependencias médicas o comunidad	Muertes maternas esperadas anualmente para una razón de mortalidad materna (RMM) por cada 100.000 nacidos vivos) y nacimientos anuales.			
	RMM 200	RMM 400	RMM 600	RMM 800
260	0.5	1.0	1.6	2.1
520	1.0	2.1	3.1	4.2
1300	2.6	5.2	7.8	10.4
2600	5.2	10.4	15.6	20.8
5200	10.4	20.8	31.2	41.6

Antes de decidir si se van a utilizar las muertes maternas como un resultado válido para el análisis, es importante tomar en cuenta cuántas muertes pueden ocurrir en un determinado entorno. Una cifra muy grande ocasionará un proceso inmanejable y pesado que requiere demasiado tiempo y recursos, aunque es posible enfocar el análisis únicamente hacia las causas primarias de las muertes maternas. Por otro lado, una cantidad muy pequeña de decesos limitarían la aplicabilidad de los resultados. Si bien es cierto que se aprende de cada caso mortal estudiado, será más útil poder estudiar una serie de fallecimientos que permitan un estudio más analítico de las causas, y de los factores determinantes y prevenibles. En una dependencia sanitaria, es razonable analizar entre 10 – 20 muertes en un período dado. A nivel de distrito, es posible estudiar una cantidad mayor de fallecimientos tomados de una selección representativa de dependencias médicas. A nivel nacional, las cifras de muertes a analizar pueden ser aún mayores.

Sin embargo, en los lugares donde existen altos niveles de mortalidad materna y nacimientos, existiendo en la misma medida grandes cifras de muertes maternas que se prestan al análisis, se aconseja tomar una muestra representativa para un estudio más exhaustivo que estudiar todos los casos por igual. La selección de los casos puede darse a nivel de establecimiento médico o de distrito, aunque hay que tener cuidado que la muestra seleccionada sea en verdad representativa del universo. En entornos donde existen pocas muertes maternas, quizás sea necesario acumular varios años para poder formular algunas conclusiones generales. En estas circunstancias, es más útil aplicar resultados alternos de estudio como las “urgencias de salud con riesgo de muerte” o infantes.

2.3 Ventajas y desventajas de los diversos enfoques

La presente guía muestra cinco enfoques que generan información a partir de los resultados de muertes maternas o servicios de salud materna. Aparecen en orden ascendente en relación con el nivel en que el análisis tiene lugar, comenzando con el nivel de comunidad y de dependencia sanitaria, seguido por el nivel regional y nacional. Existen tres enfoques que se concentran en el estudio de las muertes maternas: autopsia verbal (análisis de casos acaecidos en la comunidad), análisis de las muertes acaecidas en las dependencias médicas, y finalmente, las investigaciones confidenciales (Capítulos 4, 5 y 6). En el Capítulo 7 se examina la posibilidad de analizar, más que las muertes maternas, los casos de mujeres que sobrevivieron a complicaciones obstétricas graves (morbilidad severa). De hecho, los casos de morbilidad severa pueden tomarse como el resultado de interés en el análisis de casos acaecidos en las dependencias médicas, como una investigación confidencial o como el objeto de una auditoría clínica. En el Capítulo 8 se narra el proceso de auditoría clínica que se enfoca en el estudio del contenido y calidad de la atención brindada a las mujeres, comparando condiciones clínicas específicas con criterios o estándares explícitos, en vez de estudiar los resultados en relación con las muertes maternas. A partir de la tabla 2.2 hasta la 2.5 aparecen las definiciones operativas de cada enfoque presentado en los capítulos 4 al 8, así como las ventajas y desventajas de cada uno. En el Capítulo 3 se señalan los principios subyacentes para la aplicación y aspectos prácticos clave generalmente aplicables a todos los enfoques.

2.4 Principios de adaptación

En cada capítulo donde se abordan los enfoques aparece una descripción paso a paso de cómo ejecutar o adaptar las técnicas específicas de los mismos. Este proceso pormenorizado no se puede aplicar de forma directa en todos los países o dependencias, por lo que los lectores deberán adaptar la metodología de acuerdo con sus propios recursos y necesidades. Las variaciones de las modificaciones de los enfoques para adaptarlos a circunstancias específicas se abordan en todos los capítulos, mientras que los principios generales aparecen en el Capítulo 3. El sitio web del clap contiene cuestionarios y demás herramientas que ya han sido desarrolladas y utilizadas en un sinnúmero de entornos y en una amplia gama de enfoques, por lo que pueden ser adaptadas y utilizadas por aquellos que quieran emprender estos estudios.

Tabla 2.2 Definición, ventajas y desventajas de los Estudios de Muertes Maternas Ocurridas en la Comunidad (autopsias verbales), tal como se presentan en el Capítulo 4.

Análisis de las muertes maternas acaecidas en la comunidad (autopsia verbal)	
<p>Definición operativa: Método que sirve para descubrir las causas médicas del fallecimiento e identificación de los factores personales, familiares o comunitarios que pudieron haber incidido en la muerte de mujeres acaecidas fuera de una instalación médica. La autopsia verbal identifica las muertes que ocurrieron en la comunidad y consiste en entrevistar a las personas familiarizadas con los eventos que condujeron al deceso. Estas personas pueden ser familiares, vecinos y parteras tradicionales.</p> <p>También sirve para identificar los factores que incidieron en las muertes que se dan dentro de una instalación médica.</p> <p>Prerrequisitos: El análisis requiere la cooperación de la familia de la difunta, así como la sensibilidad para discutir las circunstancias que rodearon el deceso.</p>	
Ventajas	Desventajas
<p>En entornos donde la mayoría de las mujeres mueren en casa, la autopsia verbal constituye un medio para descubrir las causas médicas de la muerte.</p> <p>Permite explorar los factores médicos y no médicos en un análisis de eventos que condujeron al fallecimiento de la madre, por lo que arroja una perspectiva más completa de los factores que incidieron en dicha muerte.</p> <p>La autopsia verbal brinda una oportunidad única para incluir la opinión de los familiares y comunidad sobre el acceso y calidad de los servicios de salud, como esfuerzo para mejorar dichos servicios.</p>	<p>Las causas médicas obtenidas a partir de la autopsia no son perfectas, por lo que diversos asesores pueden llegar a diversas causas.</p> <p>La asignación de factores prevenibles continuará por mucho tiempo siendo un tema de juicio subjetivo que depende de un sinnúmero de elementos.</p> <p>El sub registro constituye un problema para las muertes durante las etapas tempranas de los embarazos o por causas indirectas.</p> <p>Mientras tanto, las causas indirectas de muertes maternas pueden estar sobre registradas.</p>

Tabla 2.3

Definición, ventajas y desventajas de los Estudios de Muertes Maternas Ocurridas en las Dependencias Médicas, tal como se presentan en el Capítulo 5.

Análisis de las muertes maternas ocurridas en establecimientos sanitarios

Definición operativa: Investigación exhaustiva cualitativa de las causas y circunstancias que rodearon el deceso de las madres, acaecidas en las dependencias sanitarias. Al principio, las muertes se identifican a nivel de la instalación sanitaria, pero en la medida de lo posible, se hace un análisis de la identificación de la combinación de factores dados en las dependencias y en la comunidad que contribuyeron al deceso de la madre, la cual era evitable.

Prerrequisitos: El análisis requiere la cooperación de quienes cuidaron de la madre fallecida, así como de su voluntad de contar objetivamente cómo se dieron los hechos.

Ventajas	Desventajas
<p>La idea de analizar las muertes maternas ocurridas en las dependencias médicas no es nueva; más bien quizás ya sea una práctica de rutina. Por tanto, es posible que la obtención de la aprobación y el apoyo a la investigación en un lugar dado no representen ningún problema.</p> <p>El proceso de estudio permite contar con una perspectiva más amplia de las circunstancias que rodearon la muerte de la madre en términos de factores que se pudieron evitar en las dependencias médicas, complementadas con información obtenida de la comunidad.</p> <p>En vista que los análisis son realizados por el personal asignado a los puestos, son por lo general más económicos de realizar que otros métodos de investigación.</p> <p>El proceso de análisis aporta valiosas experiencias de aprendizajes para todo tipo de personal.</p> <p>El análisis no requiere desde un principio la imposición de normas escritas o convenidas para los servicios de salud, pero puede estimular una mayor investigación y la realización de tareas específicas que tengan que ver con el establecimiento de normas y estándares.</p>	<p>Las muertes maternas acaecidas en dependencias médicas no son tan sistemáticas como una auditoría clínica, por lo que pueden generar mucha información que quizá sea difícil de entender y sintetizar.</p> <p>El estudio requiere investigadores comprometidos y preparados que manejen el proceso y que se apeguen a las recomendaciones resultantes.</p> <p>El análisis de las muertes maternas no arroja ninguna información sobre fallecimientos ocurridos en la comunidad.</p> <p>Los directores y administradores de hospitales deben colaborar, en especial, permitiéndole al personal darle seguimiento a los aspectos comunitarios de estos casos, mediante la facilitación de medios o viáticos de transporte.</p> <p>Quizá sea difícil rastrear en la comunidad a los familiares de la persona fallecida, porque en ocasiones se trasladan a otro lugar a consecuencia del deceso.</p>

Tabla 2.4. Definición, ventajas y desventajas de las investigaciones confidenciales de las muertes maternas, tal como se presentan en el Capítulo 6.

Investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas	
<p>Definición operativa: Investigación anónima, multidisciplinaria y sistemática de una o todas las muestras representativas de las muertes maternas ocurridas en un área, región (estado) o país, que identifica las estadísticas, causas y sus factores prevenibles o remediables. A través de las lecciones aprendidas a partir de la muerte de cada madre y de la recopilación de datos, se recogen pruebas de la existencia de los principales retos que se presentan para vencer la mortalidad materna, así como un análisis de lo que se puede hacer en términos prácticos. Señalan además las áreas clave que requieren recomendaciones para realizar acciones para el sector salud y la comunidad y sirven de guía para mejorar los resultados clínicos.</p> <p>Prerrequisitos: Es fundamental que haya una infraestructura estadística funcional (registro civil, análisis estadístico de nacimientos y defunciones, recursos humanos, registradores, etc.) o de profesionales de la salud asignados a cada instalación médica para generar informes periódicos sobre las muertes maternas.</p>	
Ventajas	Desventajas
<p>La investigación confidencial puede formular recomendaciones a nivel de políticas generales, lo que podría ser el caso para investigaciones realizadas dentro de dependencias médicas específicas.</p> <p>Arroja una perspectiva más amplia de la muerte de la madre, que la obtenible del registro civil, lo que revela más muertes maternas que las que identifica el sistema de registro por sí solo.</p> <p>Ya que la investigación casi siempre se publica y se deja a disposición de un público amplio, puede convertirse en una herramienta de incidencia para presionar por mejoras en la calidad de los servicios de salud.</p> <p>El compromiso del gobierno está dictado por la participación de los departamentos regionales o nacionales de salud. Ello debe conllevar a una cooperación estrecha entre los responsables de formular las políticas y los prestadores de servicios.</p> <p>La cifra absoluta de muertes maternas no es grande, a pesar de que haya índices altos. Este hecho facilita una investigación exhaustiva.</p>	<p>La investigación confidencial brinda información solo sobre las muertes maternas (numerador). No dice nada sobre las características de las mujeres que dieron a luz.</p> <p>En zonas donde existen altos índices de mortalidad materna y densa población, quizá exista un gran número de muertes maternas que requerirán el análisis de casos más complejos y más prolongados. Este problema se soluciona al trabajar con muestras representativas de los decesos para realizar un estudio más exhaustivo.</p> <p>El análisis puede carecer de riqueza y valor si la investigación se concentra solo en los aspectos médicos y no aborda los factores demográficos y socioeconómicos que contribuyen a las muertes maternas, como es el caso de la pobreza, desnutrición o lejanía geográfica.</p> <p>Una investigación confidencial requiere el compromiso de todos los participantes y puede necesitar del uso intensivo de recursos.</p>

Tabla 2.5. Definición, ventajas y desventajas de la encuesta sobre morbilidad severa, tal como se presenta en el Capítulo 7.

Encuesta sobre morbilidad severa	
<p>Definición operativa: La Red de Auditoría de urgencias de salud con riesgo de muerte en África Occidental utiliza la siguiente definición general para estudiar los casos de morbilidad severa: <i>“cualquier mujer embarazada o que haya dado a luz recientemente (a seis semanas o menos de haber terminado el embarazo o parto), cuya inmediata sobrevivencia está amenazada y vive aún por casualidad o por los cuidados hospitalarios que recibe”</i>. Para identificar los casos a partir de expedientes médicos, se necesitaría de una definición operativa más específica.</p> <p>Prerrequisitos: Un sistema de registro médico de buena calidad; cultura administrativa donde se pueden discutir abiertamente los casos de amenazas contra la vida, sin miedo o sin buscar culpables; compromiso de la dirección y personal clínico para actuar conforme a los hallazgos.</p>	
Ventajas	Desventajas
<p>Los casos de morbilidad severa superan a las muertes, lo que permite cuantificar los factores prevenibles.</p> <p>Para los proveedores de servicios de salud, el estudio de mujeres que han sobrevivido a complicaciones severas puede ser menos espinoso que el análisis de las muertes maternas.</p> <p>Es posible entrevistar a la mujer afectada además de terceros, como los familiares.</p> <p>El análisis de los casos de morbilidad severa puede arrojar luces sobre la calidad del servicio.</p> <p>Es posible prevenir eventos de peligro de muerte que desembocan en el deceso mismo, o reducirlos en gran medida si se aborda el problema mediante recomendaciones surgidas de una auditoría.</p>	<p>Los casos de morbilidad severa pueden identificarse solo en dependencias médicas.</p> <p>La identificación de estos casos requiere herramientas sofisticadas y definiciones sin ambigüedades.</p> <p>La definición de morbilidad obstétrica severa no es estándar y requiere el esfuerzo consensuado de todos los involucrados en el proceso de estudio.</p> <p>La fiabilidad dependerá del estudio de muchísimos expedientes y notas de casos de cada hospital.</p> <p>En entornos con alto volumen de eventos de peligro de muerte, los criterios de selección se aplican sólo al análisis exhaustivo de los casos (ejemplo, sólo los eventos de fines de semana o un tipo específico de complicación).</p> <p>Las mujeres afectadas deberán estar aun con vida y hay que pedir su consentimiento antes de la entrevista. Esta solicitud puede causar inquietud sobre la calidad de atención recibida.</p>

Tabla 2.6. Definición, ventajas y desventajas de la auditoría clínica basada en criterios, tal como se presenta en el Capítulo 8.

<h3>Auditoría Clínica</h3>	
<p>Definición operativa: La Auditoría Clínica “es un proceso de mejoramiento cualitativo que busca optimizar la atención dada al paciente y los resultados sanitarios mediante el análisis sistemático de la salud versus los criterios explícitos y la ejecución de los cambios necesarios. Los aspectos de los procesos y resultados sanitarios se seleccionan y evalúan de conformidad con criterios explícitos. En los casos aplicables, los cambios se ejecutan a nivel de individuo, equipo de trabajo o servicio, incluyendo un monitoreo para confirmar si la prestación de los servicios de salud acusa mejoras”.</p> <p>Prerrequisitos: Debe posibilitar la identificación de casos relevantes a partir de los registros hospitalarios y de las notas de los casos. El personal de salud deberá sentirse cómodo de discutir abiertamente el manejo de los casos y estar dispuestos a aplicar de los protocolos de atención revisados.</p>	
Ventajas	Desventajas
<p>El elemento participativo de la auditoría constituye un mecanismo efectivo para provocar mejoras en el servicio de salud.</p> <p>Es una herramienta educativa por excelencia, que bien ejecutada no implica ningún castigo.</p> <p>Genera una retroalimentación directa para el personal médico en cuanto a la práctica y rendimiento. El proceso participativo les permite identificar medios realistas para llevar a cabo las mejoras necesarias.</p> <p>Se puede iniciar a nivel local, creando información relevante y dando lugar a acciones inmediatas.</p> <p>Puede ser más económica que otras formas de auditoría porque el personal no médico puede hacer la recopilación necesaria de los datos.</p> <p>Brinda un marco estructurado para recopilar información y requiere una valoración menos subjetiva del manejo de los casos que los análisis de muertes ocurridas en dependencias o que las investigaciones confidenciales.</p> <p>Permite señalar las deficiencias de los registros de internación y de la documentación.</p>	<p>Está limitada a la atención clínica dada en las dependencias médicas pertinentes, por lo que excluye cualquier aspecto comunitario.</p> <p>Puede abordar ciertas causas de muerte a la vez y no brinda una perspectiva completa de todas las muertes maternas.</p> <p>Los conceptos de práctica basada en la evidencia y auditoría pueden sonar desconocidos o amenazantes para algunos profesionales de la salud. Posiblemente se requieran talleres para que se familiaricen con los conceptos de prácticas basadas en la evidencia.</p> <p>La auditoría requiere la existencia o el desarrollo de un conjunto de criterios adecuados.</p> <p>Los asistentes de auditoría no médicos (por lo general los encargados de los archivos) deben contar con el tiempo necesario para buscar la documentación y recopilar los datos.</p> <p>Debe existir voluntad para cerrar el ciclo de la auditoría al menos con una ronda extra de análisis de las prácticas clínicas.</p>

3 Aspectos prácticos en la ejecución de enfoques

Gwyneth Lewis, Cynthia Berg

Mensajes Clave

- ✓ Todos los enfoques propuestos en esta guía comparten principios comunes, pero también tienen sus propios objetivos y requerimientos.
- ✓ El propósito de los enfoques es estimular las acciones para reducir la mortalidad y morbilidad materna. Si no hay necesidad de mejorar el servicio, no vale la pena comprometer los pocos y valiosos recursos existentes para realizar estos análisis.
- ✓ Las acciones propuestas pueden requerir la intervención de la comunidad, así como aspectos clínicos o del servicio de salud.
- ✓ Es esencial que las personas con la capacidad de promover y ejecutar los cambios necesarios participen en el proceso de estudio desde el inicio.
- ✓ La calidad de las notas de casos disponibles para el estudio es un factor muy importante de la información que se necesita para establecer las bases de las recomendaciones finales.

3.1 Introducción

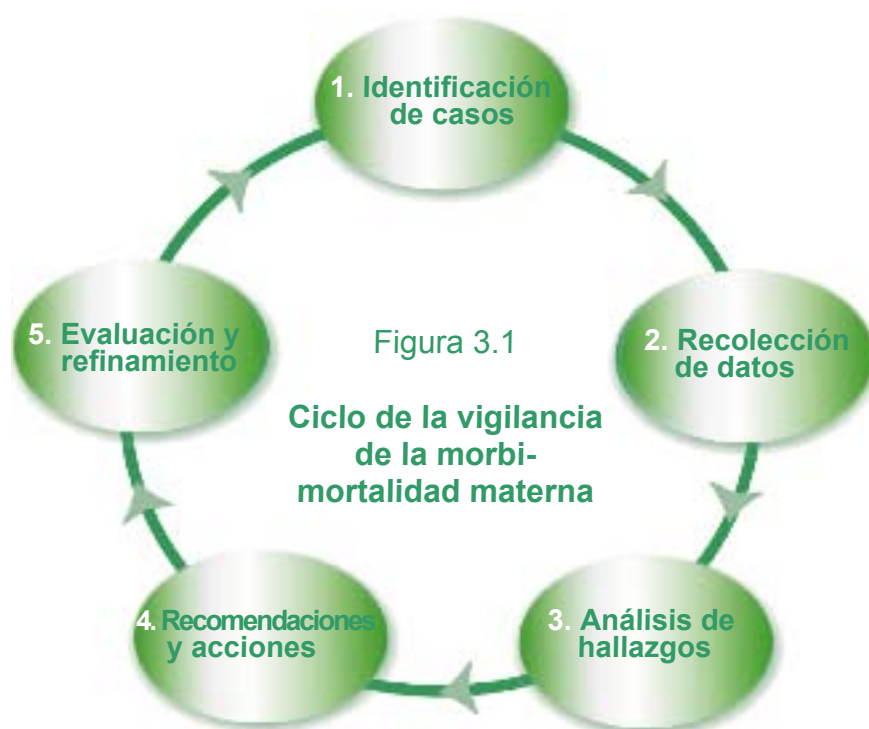
Todos los enfoques que aparecen en la guía contienen una serie de aspectos clave y principios comunes. Los antecedentes de este capítulo revestirán relevancia práctica al ejecutar cualquier enfoque, por lo que instamos a los lectores a consultar este capítulo durante la etapa de planificación. En los capítulos correspondientes aparece información más específica para cada metodología. Los aspectos y principios generales son:

- Requerimientos generales de información
- Ciclo de vigilancia
- Decidir qué enfoque se utilizará
- Definiciones de muerte materna
- Identificación de las muertes maternas
- Planificación y ejecución del enfoque
- Análisis de los resultados
- Conversión de los hallazgos en hechos
- Difusión de los hallazgos y recomendaciones
- Evaluación
- Aseguramiento de la confidencialidad y marco ético

3.2 Requerimientos generales de información

Se requieren diversos tipos de información y acciones para reducir la mortalidad materna. Deben conocerse los datos relacionados con la magnitud del problema y las personas afectadas (niveles/cifras), información que explique los factores que directamente causan o contribuyen al problema y los elementos que puedan conducir a la identificación de soluciones potenciales (factores determinantes e intervenciones), así como información que servirá de base para planificar, ejecutar y evaluar los esfuerzos de reducción de la mortalidad materna (progreso). Estos tipos de información pueden atraer atención hacia el problema (incidencia). No existe una herramienta universal de recopilación de datos que pueda darnos toda esta gama de información necesaria. La presente guía sugiere los datos que podrían ser más útiles para mejorar la calidad del servicio de salud en circunstancias particulares.

Al tomar en cuenta qué metodología se debe adoptar, es importante señalar la información sobre muertes maternas y morbilidad severa ya existente. Los planificadores, administradores y profesionales de la salud tienen acceso a múltiples fuentes y tipos de información que permite identificar las fortalezas y debilidades en el sistema de salud materna, que pueden utilizar en sus actividades de planificación y ejecución. Los datos poblacionales como encuestas demográficas y de salud, censos y sistemas de registro civil pueden facilitar información sobre la población en general, incluyendo datos a nivel de mortalidad materna, cobertura de salud materna y conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad. Los sistemas y actividades rutinarias del sistema de salud, los análisis situacionales de las dependencias médicas y la evaluación de necesidades de salud materna proporcionan información sobre los servicios de salud, así como sobre su infraestructura, recursos y prácticas.



3.3 Ciclo de vigilancia

Todos los enfoques diseñados para investigar la mortalidad o morbilidad materna o bien, las prácticas clínicas que pretenden mejorar la salud materna utilizan como principio fundamental *el ciclo de vigilancia*. Se trata de un proceso para identificar los casos, recopilación y análisis de información, la que se utiliza para formular recomendaciones que habrán de aplicarse, y finalmente, evaluación de los resultados (fig. 3.1). El propósito primario del proceso de vigilancia es la acción – no el mero conteo de casos y cálculo de los índices. Todos los pasos (identificación, recopilación y análisis de datos, acción y evaluación) son cruciales y deben ir en secuencia para justificar el esfuerzo y marcar una diferencia.

3.4 Decidir qué enfoque se utilizará

Los enfoques descritos en la presente guía pueden aplicarse en una amplia gama de situaciones, desde comunidades o dependencias médicas locales hasta niveles de distrito, región o nacional. Al planificar la investigación, tenemos que hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el objetivo del estudio?
- ¿Cómo se identificarán los casos?
- ¿Dónde y quiénes identificarán los casos?
- ¿Cuántos casos estudiar y cuál será la carga de trabajo esperada?
- ¿Con qué recursos disponemos?
- ¿Quién deberá actuar conforme los resultados?
- ¿Qué o quién deberá impulsar los cambios?
- ¿Quiénes son las partes clave involucradas?

Todos estos factores deben tomarse en cuenta al pensar con cuál enfoque se trabajará. La cantidad de casos investigados dependerá del número de casos identificados y de los recursos disponibles. Para obtener información sobre una gama de factores asociados con la muerte o morbilidad severa que permita formular conclusiones, debe ser una cifra significativa. Existen otros factores que pueden determinar la metodología a escoger; tal es el caso de:

- Disponibilidad del compromiso local, regional o nacional por parte de políticos, diseñadores de políticas, directores y trabajadores de la salud.
- Existencia de datos sobre la causas de morbimortalidad materna, prácticas clínicas en determinados países, dependencias médicas, comunidades, etc. ¿Existe algún área que presente índices de mortalidad y morbilidad más altos que las demás?
- Existencia de datos sobre las tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas. ¿Algunas causas de muertes van en aumento o no pueden reducirse a pesar de las estrategias locales o nacionales para contenerlas?
- Disponibilidad de recursos y habilidades para realizar encuestas.

Encuestas en la comunidad

En comunidades con grandes cantidades de mujeres que fallecen fuera de las dependencias médicas, la identificación de las causas primarias de los decesos y de los factores prevenibles puede ser muy difícil. Sin embargo, estas muertes no son de menor importancia en las investigaciones, porque arrojan una perspectiva única de los factores y barreras médicas y no médicas que produjeron el fallecimiento de las madres. Estas barreras pueden ser la falta de conciencia de necesitar atención médica, normas y creencias culturales, el uso de prácticas tradicionales peligrosas o inadecuadas, ausencia de dependencias médicas, transporte o recursos monetarios. El enfoque que se utiliza en este caso es la *autopsia verbal* (un análisis de casos ocurridos en la comunidad). Las acciones que se toman de acuerdo con los resultados de las encuestas comunitarias pueden salvar vidas, no sólo a través de la introducción de mensajes educativos sobre la salud o de orientación, aumento del nivel de conciencia y conocimientos de la comunidad, sino incluso adoptando cambios en la práctica clínica y reconfigurando los servicios locales para convertirlos en algo más aceptable, accesible y disponible.

Los análisis de casos ocurridos en la comunidad se basan en casos identificados por los trabajadores comunitarios de la salud o parteras tradicionales, y en entrevistas a los familiares de la madre fallecida. Las entrevistas pueden ser estructuradas (el entrevistador tiene las preguntas por escrito y las va leyendo), abiertas (el entrevistador escucha al entrevistado sin seguir un plan prediseñado) o semi estructuradas (el entrevistador lleva una lista de áreas o preguntas y que guían al entrevistado hacia esos tópicos). Las entrevistas estructuradas son idóneas para recopilar información numérica en áreas donde se maneja suficiente información y se pueden escuchar las posibles respuestas. Una entrevista menos estructurada es más provechosa cuando se trata de descubrir las razones de una conducta o descifrar las secuencias complejas de los hechos.

Encuestas en los establecimientos sanitarios

Con frecuencia, los trabajadores de la salud desearían iniciar o haber concluido encuestas en sus propias dependencias de salud, a fin de mejorar las prácticas de la atención en salud. No necesariamente requiere el compromiso de los planificadores regionales o nacionales, ni de organizaciones profesionales. Los análisis de muertes maternas ocurridas en las dependencias de salud son las más sencillas de los estudios y se llevan a cabo como parte de las buenas prácticas rutinarias. Para investigar ciertas prácticas clínicas, los trabajadores de la salud pueden iniciar una auditoría clínica donde la atención brindada a la paciente se mide según las guías o normas existentes de mejores prácticas. Cualquier enfoque se puede ampliar para incluir los casos de *morbilidad severa*. A medida que los enfoques van volviéndose más sofisticados y complejos, también crece la necesidad de contar con elementos como prácticas por escrito, directrices, definiciones de morbilidad severa, recursos adicionales y personal experimentado en el uso de los enfoques.

Los enfoques con base en los establecimientos sanitarios toman en cuenta los aspectos clínicos y no clínicos de la atención brindada a las madres. Dan lugar a cambios beneficiosos de las prácticas clínicas locales y pueden ayudar a mejorar la organización en general y la prestación de los servicios de salud en la dependencia médica. Sin embargo, es posible que los resultados tengan relevancia sólo a nivel local.

La metodología con el mayor potencial de marcar una diferencia en la vida de muchas mujeres es una investigación confidencial sobre la muerte materna. La investigación toma en cuenta todo el universo o una muestra representativa de la muerte materna en una ciudad, área, región o país y permite formular recomendaciones clínicas y de servicio adecuadas para una ejecución a gran escala. Las investigaciones confidenciales deben ir de la mano de los actores involucrados que trabajen a un nivel donde puedan influir en las políticas y desarrollo de directrices. La apropiación de las investigaciones por parte de varios grupos de salud conduce al desarrollo o revisión, difusión e implantación de guías clínicas profesionales. También facilitan datos para los planificadores y políticos, a fin de cambiar o desarrollar políticas y crear niveles de inversión en salud, según corresponda.

Las investigaciones confidenciales dependen de la participación de profesionales de la salud y requieren el compromiso firme de los diseñadores de políticas y/u organizaciones profesionales con poder de influir en los cambios deseados. Mediante una buena ejecución y seguimiento, las investigaciones confidenciales ofrecen la mejor oportunidad de los enfoques aquí descritos para lograr el mayor impacto positivo en la vida de las madres.

Existe un sinnúmero de formas de organización de las investigaciones confidenciales. En algunas circunstancias, la investigación detallada de las muertes puede limitarse a ciertas causas o sectores del sistema de salud, como dependencias de salud pública en países donde el acceso a instituciones privadas no es posible. En países de gran tamaño o en naciones con altas tasas de mortalidad materna, quizás sea más conveniente organizar las investigaciones a nivel de región o provincia. Otra opción es limitar la investigación a 2 ó 3 causas principales prevenibles de muerte y discapacidad, pero registrando al mismo tiempo los detalles básicos de todas las muertes maternas. Las investigaciones confidenciales también se pueden aplicar a casos de morbilidad severa.

3.5 Definiciones de muerte materna

Si bien los enfoques señalados en la presente guía implican el estudio de la morbilidad materna o prácticas clínicas, la mayoría sirven para investigar la muerte materna. Como los métodos para definir la morbilidad severa no están bien establecidos, las siguientes secciones se limitan a definir e identificar las muertes maternas. En el capítulo 7 puede encontrar un análisis sobre la morbilidad severa.

Antes que sea posible identificar las muertes maternas, es importante entender las definiciones. La muerte materna es definida, según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como *“la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, sin importar la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su manejo, o agravada por éste, pero no a causas accidentales o fortuitas.”*

Esta definición requiere la existencia de una relación temporal y causal entre el embarazo y la muerte. Al morir la mujer, pudo haber estado embarazada en ese momento; es decir, murió antes de dar a luz, o pudo haber tenido un embarazo que terminó con el bebé vivo, muerto, un aborto espontáneo o inducido o ectópico dentro de las seis semanas anteriores a la muerte puede ocurrir en cualquier etapa de la gestación.

Además, la muerte es causada por el hecho que la mujer estaba en estado de gravidez. El fallecimiento se da ya sea por una complicación del embarazo, una patología agravada por el embarazo o algo que ocurrió durante el curso de su atención. Dicho de otra manera, si la mujer no hubiera estado embarazada, no habría fallecido.

Las muertes maternas pueden dividirse en varias categorías, tal como se muestra en la tabla 3.1. *Las muertes maternas directas* son el resultado de condiciones o complicaciones o del manejo de éstas, que son únicas para el embarazo y ocurren durante el período prenatal, parto o posparto. *Las muertes maternas indirectas* son las que resultan de una enfermedad previa o que apareció durante el embarazo, y que no se debe a causas obstétricas directas, pero que sí se vio agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Ejemplos de muertes maternas indirectas son epilepsia, diabetes, enfermedades cardíacas y neoplasias dependientes de hormonas. La oficina de investigación confidencial y muertes maternas del Reino Unido (UKCEMD, por sus siglas en inglés) incluso clasifica la mayoría de las muertes por suicidio como muertes indirectas porque se deben a enfermedades mentales puerperales, a pesar que la CIE aun no las clasifica como tales. En los EE.UU. las muertes por suicidio que ocurren en el año en que finalizó el embarazo están codificadas como causadas por el embarazo sólo si la relación entre la preñez y el deceso aparecen explícitamente en el certificado de defunción; tal es el caso de la muerte por depresión posparto.

En algunos países, las infecciones por VIH pueden ser una de las principales causas de fatalidad en embarazadas o recién alumbradas. La relación entre el VIH y el embarazo es compleja, pero por lo general, estos fallecimientos ocurridos en los países en vías de desarrollo deben considerarse como indirectos. Aunque al contar las muertes por VIH aumente la carga de trabajo en algunos enfoques, es importante incluirlas en la medida de lo posible porque representan retos que los programadores y proveedores de la salud deben abordar y resolver.

Las muertes que hayan ocurrido aunque la mujer no estuviera embarazada, ya sea por causas accidentales o incidentales, no son muertes maternas. La CIE las clasifica como muertes maternas fortuitas. Acá las llamaremos *muertes incidentales*.

La CIE-10 introdujo dos nuevos términos relacionados con las muertes maternas. Uno de ellos es *la muerte relacionada con el embarazo*, definida como el deceso de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, sin importar la causa de muerte. Al igual que las muertes maternas, las muertes relacionadas con el embarazo pueden asociarse a cualquier resultado del embarazo y ocurrir en cualquier etapa de gestación. La diferencia es que las muertes relacionadas con el embarazo incluyen los decesos por cualquier causa, incluyendo las de naturaleza accidental e incidental.

En países con bajos niveles de certificación médica de causas de muertes y/o donde muchos fallecimientos ocurren fuera de las dependencias médicas, es difícil determinar si la muerte se debe a causas relacionadas con el embarazo o no. Ya que la proporción de muertes por complicaciones del embarazo es muy alta, en especial en los países en vías de desarrollo, el uso de una definición de *muerte relacionada con el embarazo* permite identificar y contabilizar las muertes maternas aunque no se pueda determinar la causa.

El otro término introducido en CIE-10 es la *muerte materna tardía*, definida como la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas más allá de 42 días pero antes del año siguiente a la interrupción del embarazo. La identificación de las muertes maternas tardías permite contabilizar los decesos en los que una mujer tuvo problemas que aparecieron durante el embarazo, a pesar que haya sobrevivido más allá de 42 días después de la interrupción.

Tabla 3.1 Definiciones de las muertes maternas

Muerte materna ^a	Muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su manejo, o agravada por éste, pero no a causas accidentales o fortuitas
Directa ^a	Muertes provocadas por complicaciones obstétricas de la gravidez (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento inadecuado o de una cadena de eventos que dieron como resultado una de las causas antes mencionadas.
Indirecta ^a	Muertes ocasionadas por una enfermedad previa o que apareció durante el embarazo y no se debió a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.
Tardía ^b	Muertes que ocurren entre los 43 días y 1 año después de la interrupción del embarazo o parto. Pueden ocurrir debido a causas directas o indirectas.
Muertes relacionadas con el embarazo ^b	Mujeres que fallecen durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la causa de la muerte.
Fortuito ^c o incidental	Muerte por causas no relacionadas con la gestación pero que ocurren durante el embarazo o el puerperio.
^a CIE-9 ^b CIE-10 ^c CIE-9 clasifica estas muertes como “fortuitas”	

Los enfoques que se basan en información cualitativa recopilada sólo a nivel comunitario buscan identificar las muertes relacionadas con el embarazo, debido a que dichos enfoques pueden determinar con certeza la relación temporal entre el embarazo y la muerte, pero no pueden señalar la causa específica de muerte. Dado que es muy difícil determinar la causa específica de muerte, especialmente determinar una causa indirecta versus accidental/incidental, mediante el uso de fuentes comunitarias no médicas, lo mejor es incluir todas las muertes acaecidas en el lapso que comprenden los 42 días post parto.

La mayoría de las muertes provocadas por complicaciones del embarazo se dan en fechas cercanas al parto o poco después de la interrupción del embarazo. En países industrializados, las muertes maternas tardías representan el 5-20% del total de muertes maternas. Sin embargo, en países en vías de desarrollo, aun con carencias de tratamientos y tecnologías sofisticadas que se requiere para prolongar la vida, la proporción de muertes maternas tardías es pequeña.

3.6 Identificación de las muertes maternas

La identificación de las muertes maternas es el paso final del proceso de vigilancia. Las mujeres mueren en la casa, en el camino y en las dependencias médicas. Mueren antes, durante y después del parto, así como en las etapas tempranas del embarazo, a causa de complicaciones por abortos y embarazos ectópicos. Para obtener una idea representativa de las causas de muerte materna en un área o población, se necesita elaborar una imagen lo más completa posible de la mujer fallecida. Es posible que los factores determinantes de la muerte de mujeres que nunca pudieron llegar a una instalación sanitaria difieran de aquellos casos cuando la mujer falleció en ellos. Los decesos de mujeres que acaecieron en la sala de obstetricia tienden a tener causas subyacentes diferentes de las muertes ocurridas en el área de ginecología o sala de emergencias.

La forma de identificar las muertes bajo investigación depende de varios factores: quién hace la investigación (dependencias de salud versus gobierno distrital, regional o nacional), el lugar donde ocurrieron los partos y muertes (hogar versus dependencias sanitarias) y si el registro civil y la certificación médica de la causa de la muerte en el país son completas o, por el contrario, incompletas o inexistentes.

Para cada enfoque se debe utilizar una combinación de métodos para identificar la mayor cantidad posible de decesos. Lo ideal sería identificar los problemas y patrones de un área geográfica, de una población en particular o de una zona atendida por los servicios de salud.

Las muertes maternas son muy difíciles de identificar si no hay un sistema de registro civil con cobertura plena de los eventos, combinado con una certificación médica confiable de la causa de la muerte de la madre. Aunque existiera un buen registro civil y una certificación médica confiable, es necesario mantener un seguimiento activo y analizar las muertes de mujeres en edad reproductiva, con el fin de identificar de manera integral las muertes maternas. Sólo algunos países en vías de desarrollo poseen en la actualidad esas capacidades y, en general, los medios que acusan los más altos índices de mortalidad materna son precisamente los que tienen mayores limitaciones para registrarla. En estas situaciones se pueden aplicar diversas técnicas. En la tabla 3.2 aparece un resumen de las diversas fuentes de información sobre las muertes maternas.

Registro Civil

En los casos correspondientes, los certificados de defunción son la primera línea en el esfuerzo por identificar las muertes maternas. Si bien el acta de defunción no distingue todas las muertes maternas, aun con un registro civil universal y una certificación competente de la causa de la muerte, el acta deberá convertirse en el punto de partida.

Tabla 3.2 Métodos para identificar y analizar las muertes maternas

Base/ Punto de partida	Frecuencia de la recopilación de datos	
	Continua /rutinaria	Ocasional/ especial
Autoridades civiles	Identificación Registro civil (hallazgo pasivo – no activo)	Identificación Hallazgo activo – estudios especiales que utilizan la relación con el registro civil Censos RAMOS ^a
	Análisis Investigaciones confidenciales de muertes maternas	Análisis Investigaciones confidenciales de muertes maternas
Comunidad	Identificación Sistemas de vigilancia demográfica/ poblacional(a largo plazo)	Identificación Encuestas caseras que utilizan estimación directa. Método de las hermanas RAMOS
	Análisis Autopsias verbales	Análisis Autopsias verbales
Dependencias médicas	Identificación Trabajador que reporta el análisis de los expedientes hospitalarios	Identificación Trabajador que reporta el análisis de los expedientes hospitalarios
	Análisis Análisis de casos ocurridos en las dependencias médicas Auditorías clínicas comparadas con criterios o normas	Análisis Análisis de casos ocurridos en las dependencias médicas Auditorías clínicas comparadas con criterios o normas

Las muertes maternas son aquellas con una causa subyacente, según la definición establecida en la CIE-9 entre 630 y 676.9 ó en general, en la CIE-10 entre 00 y O99.

Al utilizar toda la información pertinente a la causa de la muerte –así como las causas subyacentes de la muerte – se incrementará el número de muertes maternas identificadas. En ocasiones es bueno escudriñar las notas escritas a mano porque pueden revelar muertes maternas adicionales, aunque la causa de la muerte no lo indique así.

En algunos países la identificación se ve facilitada gracias a las preguntas o casillas de verificación que aparecen en el acta de defunción, que preguntan si la mujer estaba embarazada al momento de su fallecimiento o dentro de un determinado período previo a su muerte. Si la muerte se dio durante el embarazo o inmediatamente después, todo indica que la muerte fue causada por el embarazo. En el cuadro 3.1 se señala el aumento de la certeza de casos, según un ejercicio realizado en Brasil.

^a Estudio de mortalidad en edad reproductiva. El grupo en edad reproductiva se refiere a mujeres entre los 15 y 45 años. No obstante, las edades incluidas en dicho segmento pueden variar de un país a otro.

Cuadro 3.1—El registro civil y la investigación de la mortalidad materna en Brasil ¹

Brasil posee un sistema de registro civil muy bueno, en el que se comunican unos 900.000 fallecimientos por año, que representa alrededor del 90% de todas las muertes ocurridas en el país. La versión internacional del acta de defunción se utiliza desde 1950 y por ley los médicos deben llenar la partida de defunción, anotando la causa del deceso.

Se sabe que las causas de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio son las que se registran con mayor deficiencia en las actas de defunción del país. A fin de mejorar la calidad de los datos, el Ministerio de Salud introdujo un ítem en el acta, indicándole al médico si la mujer fallecida, entre los 10 – 49 años de edad estaba embarazada al momento de su muerte o en un período de 12 meses previos al deceso.

Existe un comité nacional de mortalidad materna que se coordina con la dirección de salud materna e infantil del Ministerio. A niveles inferiores existen comités locales y estatales que investigan las muertes maternas.

El punto de partida para investigar una muerte materna en los municipios de Brasil lo constituye el acta o partida de defunción. Algunos comités locales investigan las muertes de mujeres con edades entre 10 – 49 años, mientras que otros investigan todas las muertes maternas reportadas, así como los casos que, según los criterios preestablecidos, se supone que son maternas. Los criterios aplicados a las actas contienen una única causa declarada como septicemia, embolia pulmonar, hemorragia, choque hemorrágico, crisis convulsiva, peritonitis o demás diagnósticos que sugieren una causa vinculada a la maternidad. Los otros casos en que se presume que se trata de muertes maternas son aquellos en los que el acta presenta más de una causa, donde la causa subyacente es paro respiratorio por septicemia, choque hemorrágico, septicemia secundariamente a peritonitis, paro cardíaco por embolia pulmonar, etc.

La aplicación de esta metodología ha permitido corregir los datos sobre muerte materna en áreas de trabajo de los comités de mortalidad materna. Por ejemplo, en el estado de Paraná, al sur del país, todas las municipalidades cuentan con su comité. En 1998 y 1999, los datos recopilados fueron los siguientes:

	1998	1999
Número de nacidos vivos	185.113	186.111
Número de causas maternas identificadas en las actas de defunción	80	76
Número de muertes maternas no declaradas en las actas de defunción, pero identificadas por el comité de acuerdo con la metodología arriba señalada	70	71
Cantidad de muertes maternas tardías	4	16
Razón de mortalidad maternas por cada 100.000 nacidos vivos según causas señaladas en las actas de defuncion	43.21	40.83
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos después de una investigación más completa	81.03	78.98

En países con un sistema de registro civil computarizado de nacimientos y defunciones, se utilizan cada vez más estas estrategias de coordinación. En estos casos, puede utilizarse la informática para vincular las muertes de mujeres en edad reproductiva con los certificados de nacimientos para detectar qué mujeres murieron durante o después del parto. Esta estrategia permite identificar muchas muertes maternas aunque la definición de CIE para la causa de muerte no indique embarazo. Sin embargo, no se pueden identificar fallecimientos si no existen certificaciones de nacimiento, como sucede con las madres que murieron antes del parto y cuyos nonatos no fueron inscritos en el libro de nacimientos, así como las que fallecieron en un aborto o por un embarazo ectópico.

Historias de los pacientes

Las historias de los pacientes que llevan los hospitales y demás dependencias de salud pueden ser una buena fuente para identificar las muertes maternas, en especial cuando se realiza una investigación hospitalaria como las auditorías clínicas que se basan en ciertos criterios y los análisis de los casos que ocurrieron en las dependencias sanitarias. La identificación de las muertes maternas a partir de las historias dependerá del tamaño y procedimientos de registro de la institución.

Los hospitales en los que se realizan partos deben tener una bitácora o registro de la sala de maternidad además de las notas sobre los pacientes. Esas bitácoras o registros usualmente contienen detalles sobre las muertes maternas y complementan la información que aparece en la historia médica, sin reemplazarla. La importancia de tener acceso a los expedientes médicos aumenta por el hecho que las muertes derivadas de las complicaciones por abortos o embarazos ectópicos no aparecen en los registros de nacimientos, por lo que hay que identificarlas por otros medios. Los registros de ingresos y altas, así como los de la sala de operaciones y de ginecología, constituyen otras fuentes valiosas de información. Algunos hospitales llevan registros de defunciones con los nombres de todas las personas fallecidas en las dependencias médicas.

Debe estudiarse las historias de todas las mujeres fallecidas en edad reproductiva para buscar evidencias de embarazo; esto reviste gran importancia en los hospitales de referencia porque, cuando se codifica la causa de muerte para muerte materna en un centro de referencia, con frecuencia se pierde la relación embarazo/muerte. En un hospital pequeño todas las altas deben rastrearse en busca de muertes maternas. Los hospitales con sistemas computarizados o que cuentan con resúmenes de alta deben contener el estado del paciente al momento de dársele de alta, inclusive un código para las personas fallecidas.

Muchos países tienen varios sistemas paralelos de salud, algunos bajo la égida del Ministerio de Salud, el Seguro Social o el sector privado. Por lo general, el análisis de muertes maternas está limitado a los decesos que ocurren en los sistemas gestionados por el Ministerio de Salud. Lo ideal sería poder incluir todas las muertes maternas que ocurran dentro de un área. Aunque quizá se requiera de negociaciones, se obtendría una perspectiva más completa de la salud de las mujeres en dicha área.

Identificación en la comunidad

En algunos países o áreas hay muchos nacimientos y defunciones que tienen lugar en el hogar. La detección de las muertes maternas entre esos decesos en el hogar puede revestir mucha dificultad. Sin embargo, vale la pena investigarlas

porque arrojan información valiosa sobre los factores y barreras que conducen a la muerte materna al retrasar o impedir la utilización de los servicios de salud. En esos casos es muy importante utilizar múltiples fuentes para identificar las muertes maternas acaecidas en la comunidad.

Los centros de salud y/o delegaciones de distrito pueden ser el punto focal para coordinar la identificación de las muertes maternas. Los promotores de salud y trabajadores comunitarios de la salud pueden capacitarse para informar sobre esos hechos, como parte de sus tareas; asimismo, pueden entrenar a las parteras que dan atención prenatal y asistencia en los partos. Hay que promover entre las parteras tradicionales (PT) la identificación y reporte de las muertes maternas. A informantes claves como los líderes locales o personas designadas se les puede dar la responsabilidad de observar de cerca las muertes maternas e ingresar información en el sistema local de salud cada vez que se dé un deceso. En algunas áreas los investigadores realizan pesquisas en cementerios y funerarias para averiguar sobre las muertes de mujeres en edad reproductiva, o instan a los docentes a preguntar a los alumnos lo que saben sobre esos fallecimientos.

La participación de la comunidad en la detección de las muertes maternas no sólo reviste gran importancia para obtener datos confiables, sino que, lo que quizá es todavía más importante, crea conciencia en la comunidad y aumenta la presencia y promoción del tema.

Las muertes maternas también pueden identificarse durante las encuestas de casa en casa tipo censos. El fallecimiento de mujeres en edad reproductiva puede identificarse durante la encuesta, haciéndose luego su seguimiento e investigación.

Sistemas de vigilancia de enfermedades

Algunos países poseen sistemas públicos formales de vigilancia de enfermedades, a los que hay que comunicar ciertas enfermedades o condiciones de manera rutinaria y oportuna (notificación obligatoria). Hay naciones que incluyen la muerte materna en la lista de patologías sujetas a notificación. Es decir que se exige la comunicación de todas las muertes maternas, sin importar si ocurrieron en una institución médica o en el hogar. Estos sistemas formales de vigilancia están por lo general a cargo de la Dirección de Epidemiología o vigilancia de enfermedades del Ministerio de Salud y no de la Dirección de Salud Materna e Infantil. La cadena de comunicación sale del nivel local al regional o estatal y de éste al nacional, aunque algunos hospitales remiten la información directamente al nivel nacional.

3.7 Planificación y ejecución del enfoque

Una vez que hemos seleccionado el enfoque con el que trabajaremos, necesitamos contar con cuestionarios normalizados para recopilar la información. Con frecuencia, los sistemas de vigilancia recopilan demasiada información sin tener planes claros sobre su uso. Si no sabemos cuál será el uso que se le dará a la información, entonces no hay que recopilarla. Al desarrollar

el formulario hay que tener en mente el propósito de la encuesta y recordar que lo llenarán un sinnúmero de trabajadores de la salud o miembros comunitarios. Eso debe reflejarse en el lenguaje y el contenido del instrumento, el que debe contener la sensibilidad suficiente para las diferentes necesidades culturales.

Principios básicos de la recopilación de datos

- Decida qué datos debe recogerse y qué desea averiguar antes de desarrollar los conjuntos de datos
- Manténgala simple. Lo más grande no siempre es lo mejor.
- Piense en los conjuntos de datos como “trabajo en progreso”, que puede reformarse o agregarse según la experiencia que se vaya obteniendo o según vayan surgiendo algunos aspectos de interés o preocupación.
- De ser posible, la recopilación debe continuar para permitir monitorear las tendencias, auditar los resultados y prepararse para expandirse a medida que se perfeccionan las habilidades y se desarrollan los sistemas de datos.
- Debe elaborar los formularios y someterlos a pruebas de contenido, texto y formato.

Es importante decidir desde el comienzo qué datos hay que recopilar para propósitos específicos. A su vez, para analizar los datos se precisa tener una comprensión cabal del plan. En la sección 3.8 se aborda este tema con mayor detalle.

Selección y capacitación de recopiladores, entrevistadores y evaluadores

Toda persona que participe en el proceso del estudio debe estar motivada para evaluar la información requerida para la investigación. Deben ser capaces de leer y escribir, hacer cálculos elementales, hablar con fluidez el idioma local y estar familiarizados con los términos locales.

Recolectores de datos

Los recolectores de datos que se necesita para los enfoques basados en las dependencias médicas, así como las investigaciones confidenciales, estarán a cargo de llenar bien los formularios. También pueden actuar como coordinadores locales y entrevistadores para las encuestas. Si la cantidad esperada de casos es muy grande podrían tener una asignación especial en el proyecto, pero como se trata de personas que ya trabajan en la comunidad o establecimientos sanitarios, toman este trabajo como una responsabilidad extra - remunerada o gratuita. Pueden ser parteras u obstetras, trabajadores del área de investigación o personal del departamento local de salud.

Si bien la capacitación de los recopiladores de datos debe ser meramente práctica, el personal debe manejar bien el propósito de la investigación y la importancia de obtener datos libres de sesgos. Es necesario contar con algún grado básico de conocimiento didáctico. No obstante, la mayor parte de la capacitación se enfocará en las habilidades que se utilizarán en la recopilación de los datos. La capacitación deberá incluir ejercicios prácticos, aprendizaje en la marcha y, en especial para quienes entrevistarán a familiares y miembros comunitarios, ejercicios de dramatizaciones. Cuanto menos estructurado sea el instrumento de recopilación de datos, mayores serán los requisitos de contar con recopiladores adiestrados y habilidosos.

Entrevistadores

Los entrevistadores recogen información a partir de la plática que tienen con familiares, miembros de la comunidad y trabajadores de la salud. Se les debe instruir sobre las diversas maneras de obtener información, cómo intentar sacar datos de una manera sensible y sin sesgar las respuestas del entrevistado, así como ayudando a recordar fechas. Deben aprender a no incomodar a los entrevistados y qué hacer cuando el entrevistado plantea inquietudes o desea información. Deben saber que la información que llega a sus oídos es confidencial y que hay que garantizar la privacidad en todo momento.

En términos generales, los entrevistadores deben ser del mismo sexo y de clase social similar a los entrevistados, ya que es necesario establecer una buena comunicación con ellos. Es crucial que los entrevistadores adopten una actitud neutral, sin imponer sus opiniones o creencias personales en los demás. La entrevista no estructurada requiere mayores habilidades y entrenamiento del entrevistador. Dado que los constantes cambios de personal dificultan la recolección de datos consistentes, es deseable que los entrevistadores sean personas permanentes en el proyecto.

Las preguntas de la entrevista estructurada deben ser cortas, claras y deben estar en el lenguaje local, usando términos propios de la comunidad. Deben parafrasearse de forma neutral, sin sugerir una respuesta correcta. En caso contrario, se corre el riesgo de obtener respuestas sesgadas que no necesariamente sean verdaderas. Las preguntas más sensibles deben dejarse para lo último en la entrevista, a fin que el entrevistador primero establezca confianza, antes de entrar a temas delicados.

Supervisión

La supervisión de la recolección de datos que provengan de las notas del caso, formularios o entrevistas es de importancia capital para la calidad final de la información. El alcance del trabajo determinará el número y estructura de los supervisores que se requerirán. La supervisión es necesaria para entrenar a los recopiladores, revisar sus trabajos, corregir sus errores y reforzar las normas y los protocolos del proyecto. Al iniciar la recopilación de datos, los supervisores deben hacer revisiones y/o visitas más seguido. Esta función puede ser más efectiva si se cuenta con un horario de responsabilidades de supervisión, un protocolo o una lista de verificación de tareas. Los informes y hallazgos de las visitas de supervisión se guardarán con los demás datos recolectados

Evaluadores

Todos los enfoques mencionados exigen que los casos sean evaluados o valorados, para identificar las acciones correctivas que puedan tomarse en el futuro. Algunos ejemplos de áreas que exigen una valoración son los factores médicos evitables a luz de las mejores prácticas locales y las barreras que enfrentan las mujeres para tener acceso al sistema de salud.

Algunos enfoques se ven optimizados o requieren evaluadores expertos, quienes por lo general son profesionales de la salud con experiencia y destrezas en el área estudiada. Por ejemplo, los comités regionales que valoraban las investigaciones confidenciales en el Reino Unido estaban conformados por un médico de salud pública familiarizado con la prestación de servicios locales, un obstetra, una partera, un patólogo y un anestesiólogo

todos de gran capacidad profesional y muy respetados en la comunidad médica, por lo general designados por sus organizaciones profesionales. Nadie evalúa sus propios casos, sino que pasan a las manos de otros que no saben nada de esos ni están involucrados con ellos.

Es importante tomar en cuenta un control de calidad que garantice un análisis y que genere informes normalizados y consistentes, lo que puede acordarse en reuniones de los evaluadores, o por dos evaluadores que revisen cada caso o mediante análisis aleatorios ejecutados por evaluadores independientes.

3.8 Análisis de los resultados

Independientemente del tipo de enfoque que se utilice, el análisis de la información recopilada se ve apoyado por la disponibilidad y calidad de las notas de los pacientes. Cada caso debe evaluarse de manera individual, estudiando los factores que condujeron a la muerte de la mujer, en especial los que pudieron haberse prevenido o evitado. Las muertes deben considerarse como un grupo – clasificando los datos en busca de patrones o factores comunes.

Los análisis cuantitativos y cualitativos arrojan luz sobre las causas de las muertes maternas. La combinación de ambos análisis permite un grado de comprensión de las muertes maternas más profundo que si se emprenden los análisis cada uno aisladamente. El análisis cuantitativo muestra qué grupos de mujeres pueden correr mayores riesgos de muerte materna, por ejemplo, provenientes de grupos étnicos o lugares de residencia específicos o cualquier otra característica en común. El análisis cualitativo brinda mayor información sobre las causas precisas de la muerte de una mujer. Por ejemplo, ¿había diferencia de estilos de vida, creencias en cuanto a salud o acceso a atención prenatal, de parto o postnatal? ¿Cuáles eran las características y el nivel de preparación de los trabajadores de la salud que atendían a la fallecida? ¿Qué lecciones hemos aprendido de esta información? Existen referencias útiles sobre estas técnicas en las obras *¿Por qué mueren las madres?*², *Estrategias para Reducir las Muertes Relacionadas con el Embarazo* y *Directrices para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna*³, cuyo resumen aparece más adelante.

Análisis cuantitativo

El propósito del análisis cuantitativo es identificar y comparar cualquier patrón o tendencia en las mujeres, de acuerdo a una serie de características.

Persona. Edad, raza u origen étnico, estatus socioeconómico, educación

Lugar. Dónde vivía la fallecida (urbano, rural, código postal); si recibió atención prenatal y dónde dio a luz, dónde murió.

Tiempo. Fecha y hora del deceso, día de la semana, estación del año

Paridad y gravidez. Número de embarazos y nacimientos previos

Resultado del embarazo. No nacido, aborto espontáneo o inducido, embarazo ectópico o molar, nacido vivo, nacido muerto, embarazo múltiple.

Gestación. Al momento del parto o al momento de la muerte materna, en caso de producto no nacido.

Atención Prenatal. Semana o mes del embarazo cuando se atendió por primera vez, dónde, con qué frecuencia y que médico la atendió, distancia de la clínica u hospital hasta la casa de la paciente.

Tipo y lugar donde ocurrió el parto, incluyendo asistencia del parto.

Momento del fallecimiento en relación con la gestación o parto.

Atención postnatal

Causa de muerte según el informe

Causa de muerte según la investigación

Análisis Cualitativo

El propósito del análisis cualitativo es escudriñar detalladamente los factores que pudieron haber incidido en la muerte de una mujer.

Por ejemplo, si la mujer falleció de hemorragia, ¿fue porque no buscó asistencia médica, porque la asistencia es inexistente o demasiado cara para sus recursos?, ¿quedaba muy lejos la institución hospitalaria?, ¿no había personal médico experimentado?, ¿la atención fue inadecuada o no había cómo hacerle una transfusión de sangre? En otras palabras, describe el curso del embarazo en la comunidad o en el sistema de salud. Parte de esta valoración escruta los sentimientos de la mujer hacia el embarazo y la necesidad de buscar ayuda médica. También es necesario describir el tratamiento que recibió, no sólo a partir de la documentación del caso, sino incluso lo ideal sería a partir de un informe escrito obtenido de manera confidencial de los trabajadores de salud que la atendieron. La valoración también describe la disponibilidad de los recursos que la paciente pudo haber necesitado, como asistentes entrenados, atención prenatal o postnatal, dependencias adecuadas para el parto, etc. En este sentido, se puede establecer la verdadera causa de su muerte, siendo habitual que haya discrepancia con la información contenida en el acta de defunción, si es que existe.

Una forma útil de desarrollar un enfoque sistemático para analizar los problemas que pudieron llevar a la muerte de la paciente es considerar las barreras que enfrentan las mujeres cuando necesitan asistencia médica. Se elaboró un marco de trabajo para orientar la evaluación de la situación, en especial en países en vías de desarrollo, con el propósito de descubrir exactamente por qué fallecen las madres⁵.

- ¿Las muertes ocurrieron porque las pacientes no sabían que necesitaban atención médica o no supieron reconocer las señales de peligro en el embarazo?
- ¿Se debió a la ausencia de servicios o a su inaccesibilidad por razones como lejanía, costo o barreras socioculturales?
- ¿Las mujeres murieron como consecuencia de una atención mala o inadecuada?

Por lo general, el análisis de las muertes maternas se ha concentrado en aspectos del tercer nivel. Sin embargo, ver más allá de los factores clínicos

refuerza el hecho que el propósito de la encuesta no se limita a los aspectos clínicos de la atención, sino a buscar formas que permitan reducir dichas muertes mediante acciones en todos los niveles del sistema de salud, inclusive a nivel de la comunidad.

3.9 Convirtiendo los hallazgos en hechos

La razón de ser de todo lo anterior es pasar a la acción, y las acciones a emprender dependerán del enfoque utilizado, del responsable de la acción, de la participación de los actores involucrados y de los hallazgos del análisis. Las acciones pueden incluir intervenciones en los servicios de salud, comunidad, educación pública, sistema de comunicación y transporte, o bien en el desarrollo de directrices o normas clínicas. Es importante recalcar que las personas con capacidad de ejecutar las acciones necesarias participen de manera activa en todo el proceso, de modo que no “surjan sorpresas” a la hora de la publicación del informe final y que se haya tomado en cuenta la necesidad de tomar medidas correctivas o defender la falta de acciones.

La información proveniente de los enfoques realizados en las dependencias sanitarias, auditorías clínicas y encuestas de morbilidad severa puede provocar cambios en las prácticas clínicas locales o reformas a la prestación de servicios. Los enfoques realizados en la comunidad como las autopsias verbales también pueden conducir al desarrollo de programas de promoción de salud y educación, así como a posibles cambios en la prestación de servicios en la comunidad. La información derivada de los hallazgos de una investigación confidencial puede cubrir todos estos aspectos de una manera mucho más amplia, donde los políticos, planificadores, profesionales, personal de salud, educadores y grupos de defensa de los derechos de la mujer la apliquen a escala institucional, local y nacional. La información puede servir incluso para elaborar directrices clínicas nacionales o regionales.

¿Qué tipo de recomendaciones hay que hacer?

Las acciones que se realicen para reducir la mortalidad infantil dependerán de los hallazgos del proceso de estudio y análisis. Las recomendaciones para esas acciones deberán estar basadas en evidencias surgidas del análisis de los datos recolectados; en caso contrario, es posible que sean cuestionadas. El personal a cargo de la investigación debe justificar los fundamentos de los hallazgos y de las recomendaciones. Las recomendaciones para reformar la prestación de los servicios deberán apoyarse en hechos y cifras. Las directrices o normas clínicas deberán descansar en la mejor evidencia disponible. El conjunto de directrices del Manejo Integrado del Embarazo y el Parto (IMPAC) por su sigla en inglés, publicado por la OMS, se presta con facilidad a este propósito, en especial en países pobres⁶.

Durante el proceso de evaluación, los hallazgos que van emergiendo son en principio prematuros, pero si se identifican tendencias firmes, entonces se puede iniciar la preparación de las directrices y recomendaciones, inclusive antes de la publicación del informe. Resulta más útil publicar un informe que contenga directrices y recomendaciones válidas que sugerir que éstas se han de elaborar en un futuro. Además, una vez finalizado el período de rendición de informes, entre más pronto se elabore el informe final, mayor será el impacto inmediato que tendrá en las prácticas locales.

Las recomendaciones formuladas para mejorar la salud materna y reducir la tasa de mortalidad materna se clasifican en tres categorías:

Estrategias de prevención primaria

Estas estrategias pretenden prevenir la ocurrencia de un evento fatal mediante la educación y el mejoramiento de los servicios. Citamos por ejemplo, el mejoramiento de la educación sexual y prestación de servicios de planificación familiar, mejoramiento de la atención previo a la concepción, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual para prevenir embarazos ectópicos así como infecciones durante y después del parto.

Estrategias de prevención secundaria

Estas estrategias detectan y atienden a las condiciones anormales en una etapa temprana, con el fin de minimizar los efectos. Algunos ejemplos son la concientización de la comunidad y la enseñanza a la paciente sobre el curso normal del embarazo, enseñándole a reconocer señales y síntomas de posibles problemas, haciendo énfasis en la satisfacción de la paciente sobre la atención recibida, a fin de mejorar la adherencia de las pacientes a las recomendaciones transmitidas por los trabajadores de la salud que las atienden, mejoramiento de las técnicas de atención prenatal, labor y parto así como el seguimiento posparto.

Estrategias de prevención terciaria

Estas estrategias señalan cuál es el tratamiento óptimo de las afecciones anormales con el propósito de reducir las tasas de morbimortalidad. Algunos ejemplos son el perfeccionamiento del tratamiento obstétrico y médico de las complicaciones, mejoramiento de prácticas, dependencias médicas, servicios de remisión y organización de los servicios prestados.

A partir de los resultados de las investigaciones realizadas a nivel del país se podrá determinar la combinación de las estrategias más idóneas que mejor se acomoden a las condiciones imperantes. Los cambios en la conducta y prácticas clínicas son difíciles de alcanzar si no existe una promoción amplia y un apoyo visible de los principales organismos de defensa e incidencia. La decisión de las personas de participar en la elaboración de las recomendaciones es por ende crucial para asegurarse que dichas recomendaciones de reformas realmente terminen ejecutándose.

3.10 Difusión de los hallazgos y recomendaciones

Si bien el plan para dar a conocer los resultados de cualquier investigación debe estar diseñado de antemano, debe ser flexible, por la posibilidad de encontrar resultados inesperados. El formato y la difusión del informe dependen de las circunstancias en que se elabore, así como de los recursos disponibles. Cabe señalar que al inicio del trabajo es imposible definir las posibles recomendaciones finales.

Un principio básico de todo informe, sea o no publicado (ej. los resultados de una autopsia verbal local) es que el equipo de trabajo debe dedicarse por completo a elaborar y ejecutar las recomendaciones y actuar como agentes

de cambio. En el caso de las encuestas hechas en las comunidades, también es fundamental que desde el comienzo participen activamente miembros clave de la comunidad, quienes presentarán a las comunidades los hallazgos para involucrarlos en la búsqueda de soluciones locales a problemas locales, así como para promover actividades educativas beneficiosas.

Los informes publicados deben destacar cómo mejorar el sistema, en vez de limitarse a señalar los errores positivos. Antes de mandarlo a la imprenta, hay que revisar con mucho cuidado el contenido, para evitar violaciones a la confidencialidad y mal uso de la información.

La información debe difundirse de manera que la mayor cantidad de personas pueda tener acceso a la misma. Es más fácil y más barato hacer y difundir resúmenes cortos de los principales hallazgos y recomendaciones que extensos documentos derivados de encuestas detalladas como las investigaciones confidenciales. De forma análoga, los informes publicados sólo en revistas profesionales en general no llegan a otras personas preocupadas por el mejoramiento de vida de las mujeres. En términos generales, cuanto más corto sea el documento, mayor será la probabilidad de que sea leído.

Es crucial obtener información del público correcto, específicamente de quienes pueden hacer algo al respecto. Los potenciales beneficiarios deben identificarse en la etapa de planificación, y la redacción de las recomendaciones debe hacerse de tal manera que resulten comprensibles para el gran público.

A quién se le comunicarán los resultados

Al momento de publicar la información y los resultados, se definirá el tipo de grupos o personas a quienes irá dirigida según el alcance y la escala de la metodología utilizada. No obstante ello, es importante hacer llegar el mensaje clave a quienes puedan hacer algo con los hallazgos y marcar una diferencia real para salvar la vida de muchas mujeres, entre quienes pueden estar:

- Ministerios de salud
- Planificadores, creadores de políticas, regionales o nacionales y políticos locales.
- Profesionales de la salud de todas las disciplinas involucradas, desde un ámbito local hasta el nacional, incluyendo obstetras, parteras, anestesiólogos y patólogos.
- Líderes de otros sistemas de salud como el seguro social y el sector privado.
- Expertos en promoción de la salud y educación
- Departamentos de salud pública y de salud comunitaria
- Instituciones académicas
- Administradores o supervisores locales de salud
- Gobiernos locales
- Grupos de defensa e incidencia nacionales o locales
- Medios de comunicación
- Representantes de instituciones religiosas, culturales o formadores de opinión pública que puedan facilitar las reformas beneficiosas en las costumbres locales.
- Todos los que participaron de la encuesta.

Métodos que se pueden emplear

Los informes extensos, caros y muy detallados son de poca o ninguna utilidad si no son publicados a gran escala. Tal vez la elaboración de un informe exhaustivo dirigido a los encargados de planificación y formulación de políticas vaya complementada por el uso de “resúmenes ejecutivos” más cortos por parte de los trabajadores de la salud. Los resúmenes pueden ser simples boletines informativos o folletos cortos preferiblemente con una introducción escrita por el Ministerio de Salud o por las principales organizaciones profesionales de la salud.

A continuación presentamos todos los métodos empleados para la diseminación de los resultados:

Nivel de comunidad/ dependencias médicas

- Reuniones de los equipos de trabajo
- Reuniones con la comunidad
- Informes escritos
- Programas de capacitación
- Afiches

Nivel nacional o subnacional

- Artículos científicos
- Publicaciones estadísticas
- Sitios en Internet
- Boletines informativos
- Folletos
- Comunicados de prensa
- Programas de capacitación
- Conferencias profesionales
- Afiches
- Medios de comunicación

3.11 Evaluación

Cerrar el ciclo de la vigilancia y evaluar el impacto de las recomendaciones formuladas constituyen el último paso vital de todo estudio de muertes y morbilidad maternas. El objetivo principal de la evaluación es saber si el proceso redundó en el mejoramiento de la salud, bienestar y seguridad de las mujeres embarazadas. Es importante reconocer que lograr una reducción significativa de las tasas de mortalidad y morbilidad lleva su tiempo, aunque los cambios locales en las prácticas pueden mostrar efectos a corto plazo.

El proceso se puede evaluar al ver las mejoras en la comunidad, en el sistema de salud o en la sociedad en general. Según los factores que resulten responsables de las muertes maternas y de morbilidad severa, así como de las acciones que se emprendan, se pueden evaluar diversos aspectos de todo

el proceso. La evaluación nos lleva de vuelta al proceso de vigilancia, el cual continúa identificando e investigando casos para refinar las acciones necesarias para reducir los riesgos del embarazo.

La evaluación también debe examinar los costos totales del proceso de vigilancia y valorar la relación coste/beneficio, lo cual es de capital importancia para la sostenibilidad del proceso. Lo ideal es que la vigilancia tenga un carácter frecuente o permanente, pero eso no ocurre si el proceso es muy costoso en términos de recursos humanos y/o financieros.

En general, el propósito de la evaluación contiene dos aspectos: asegurarse que el enfoque empleado funciona eficientemente y que es efectivo para institucionalizar prácticas beneficiosas.

Eficiencia

La evaluación de la eficiencia implica revisar la coherencia interna del enfoque mismo para comprobar que funciona bien y que produce los resultados deseados. Por ejemplo, ¿existen barreras contra el funcionamiento correcto del enfoque? ¿Cómo se pueden superar? ¿Puede aumentarse su eficiencia y de qué manera?

Efectividad

La evaluación de la efectividad se refiere al grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre acciones a tomar y a identificar las deficiencias y problemas que puedan existir. Exactamente cómo debe llevarse a cabo esta evaluación de efectividad dependerá de las circunstancias particulares que imperen en cada comunidad, establecimiento sanitario o sistema de salud. No es correcto usar la razón de mortalidad materna como la única forma de evaluación: es difícil y lleva tiempo determinarla con exactitud y se requeriría un gran número de partos para ver algún efecto en las razones. Es mucho más importante determinar cuál ha sido el efecto y los resultados de los hallazgos y recomendaciones derivadas de estos estudios. Por ejemplo, ¿cuál ha sido la reducción de la cantidad de mujeres que fallecían a causa de un problema en particular después que se introdujo una directriz específica que regule el manejo de dicho problema?

3.12 Aseguramiento de la confidencialidad y marco ético legal

En todo el mundo, las consideraciones éticas y legales son de gran trascendencia al investigar las muertes maternas. Las leyes, costumbres o cultura de un país en particular pueden ejercer un impacto significativo en el proceso investigativo, facilitando u obstaculizando el acceso a la información, la participación de las familias y profesionales de la salud, la conducción de la investigación y la forma cómo se emplean los hallazgos.

Aunque tal vez la ética de la investigación de las muertes maternas pueda ser universal, los aspectos legales varían de un país a otro. Además, contar con el apoyo de un marco de políticas de salud que fomente la investigación continua de todas las muertes maternas puede facilitar el proceso de un modo increíble.

Consideraciones legales

Las leyes pueden afectar el acceso a la información, la protección de los involucrados en la investigación, los hallazgos y el uso que se le dé a la información. La mayoría de los países cuentan con leyes que cubren todos o casi todos estos aspectos. En algunas naciones, incluso las leyes varían de un estado a otro.

La presencia o ausencia de una protección legal puede hacer que las personas se resistan a participar en el estudio o a brindar información a los investigadores. En algunos países con altos niveles de juicios por mala praxis, el miedo a las demandas legales ha provocado que las investigaciones de las muertes maternas hayan caído en el abandono. Quienes ejecuten los enfoques quizá deban familiarizarse con las leyes aplicables en el área y cabildear por los cambios que se consideren necesarios.

Acceso a la información

Como parte de algunos de los enfoques, los investigadores posiblemente tendrán que revisar los registros prenatales, historias hospitalarias, hablar con los familiares o amigos de la difunta y/o entrevistar a trabajadores de la salud. Para analizar diversos tipos de registros como los llevados por clínicas, doctores y hospitales, se requiere un acceso legal. También se tendría que pedir permiso para hablar con familiares y trabajadores de la salud que tuvieron que ver con el caso.

Por lo general, los recolectores de datos son las únicas personas en todo el proceso investigativo que tienen acceso a los nombres de la mujer fallecida y de los trabajadores de la salud. A pesar de que estos detalles no deben preguntarse en los formularios, el recolector local o coordinador se encargará de eliminar del informe cualquier indicio de identificación antes de remitirlo a los evaluadores para que estos lo completen. Deben mantener la confidencialidad de la información y asegurarse que el expediente o registro quede salvaguardado cuando no esté en uso.

Protección de los participantes y de los resultados

Tal vez haya que ampararse en las leyes para proteger a los investigadores de las muertes maternas contra cualquier responsabilidad civil y profesional por las acciones emprendidas como parte de la investigación (*inmunidad*). Las leyes servirán para salvaguardar la información recopilada durante la investigación contra cualquier orden de divulgación y uso que surja en el curso de demandas legales ulteriores (*confidencialidad*). Es aconsejable asesorarse legalmente al momento de planear la investigación, de modo que el proceso investigativo transcurra garantizando la protección de las personas involucradas y para la privacidad de la paciente fallecida.

Uso de los resultados

La meta que se persigue en los enfoques es identificar las causas de la muerte materna y de la morbilidad con graves riesgos de muerte, para poder diseñar las mejores estrategias para prevenirlas. No se trata de imponer disciplina entre los proveedores de servicios de salud ni de juzgarlos, ni siquiera es necesario conocer las identidades de las pacientes y de los médicos.

Este tipo de investigación debe gozar de más protección legal y de menos responsabilidades legales que las investigaciones de carácter disciplinario. Sin embargo, en algunos casos donde se detecte mala praxis o negligencia, posiblemente habrá que notificar a las autoridades correspondientes.

Consideraciones éticas

Al investigar las muertes maternas y la morbilidad severa es preciso tener en cuenta una serie de aspectos éticos. La *autonomía* significa que a las mujeres y sus familiares se les deberá informar con lujo de detalles sobre el propósito de la investigación, destacando que su participación es de carácter voluntario. Deben saber que pueden dar por terminada una entrevista en cualquier momento.

La *privacidad* es una consideración ética trascendental para los familiares y trabajadores de la salud. Por un lado, los familiares de la madre fallecida tienen derecho a la privacidad, pero por otro lado, sería prácticamente imposible llevar a cabo la investigación de la muerte materna manteniendo una privacidad absoluta. A los familiares y trabajadores de la salud se les debe asegurar que, en la medida de lo posible, se mantendrá su privacidad y que se respetará la confidencialidad de las identidades de las mujeres fallecidas, de los familiares y de los trabajadores involucrados; sólo quienes realizan la investigación tendrán acceso a esa información. Los formularios de recopilación de datos, los resúmenes de casos, las reuniones de análisis e informes o la difusión de los resultados deberán abstenerse de cualquier identificación personal. Lo anterior se hace más que necesario cuando la muerte ocurre a consecuencia de un aborto ilegal.

En algunos casos, como las investigaciones confidenciales, impera el *anonimato* absoluto. No obstante, en otros casos como los análisis de casos realizados en la comunidad o en las dependencias sanitarias, es habitual que se identifique a la persona fallecida y a los trabajadores de la salud que la asistieron. Con cualquiera de los abordajes, en los casos en que se revele la identidad de las personas encargadas de atender a una paciente, la gente estará más dispuesta a cooperar en futuras investigaciones si se mantiene la confidencialidad dentro del grupo que realiza el estudio.

Los enfoques deben ser una herramienta para descubrir por qué fallecen las mujeres y qué cambios hay que efectuar para reducir dichas fatalidades. No deben ser utilizados para señalar como culpables a personas o a instituciones, ni para castigar a grupos o individuos. Las investigaciones de carácter punitivo inhiben a las personas de cooperar con el proceso.

Por otro lado, los trabajadores de la salud deberán responder por sus acciones. La responsabilidad se fomenta a través de cualquier enfoque que busque cómo mejorar la atención mediante la capacitación del personal de atención médica y de la comunidad. Sin embargo, en ocasiones las personas correspondientes (supervisores, juntas emisoras de licencias, consejos médicos generales) tendrán que imponer medidas de disciplina a aquellos trabajadores de la salud que sigan cometiendo negligencias a pesar de los esfuerzos de promoción y educación.

3.13 Fuentes de mayor información

En el sitio Web del CLAP/SMR podrá encontrar muestras de cuestionarios utilizados en otros estudios similares que bien pueden adaptarse a las circunstancias locales.

Los métodos investigativos descritos en la guía utilizan datos e información cualitativa y a veces, cuantitativa. Por mayor información sobre los principios de vigilancia y auditoría, puede consultar las siguientes fuentes:

Instituto Nacional de la Excelencia Clínica y Comisión de Mejoramiento del Sector Salud. *Principios de las Mejores Prácticas*. Londres, Radcliffe Medical Press, 2002 (<http://www.nice.org.uk>).

Campbell O et al. *Métodos de ciencias sociales para las investigaciones de salud reproductiva*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (WHO/RHR/HRP/SOC/99.1).

Informes y estudios en francés que pueden ser de su interés:

Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, Rapport au Ministre. Paris, 2001 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite>).

Bouvier-Colle MH. Enquêtes confidentielles avec comités d'experts, audits et soins obstétricaux. In: Blondel B, Goffinet F and Bréart G, eds. *Évaluation des soins en obstétrique : pour une pratique fondée sur les preuves*. Paris, Masson, 2001:209-232.

Autores

Gwyneth Lewis, Directora de las Investigaciones Confidenciales de las Muertes Maternas en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Cynthia Berg, Científica especializada en salud maternal, División de Salud Reproductiva del Centro de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA, USA.

Referencias

- ¹ Laurenti R, Comunicación Personal basada en: Estudio de casos de muertes maternas en Paraná entre 1998 y 1999. Curitiba, Comité Estatal de Prevención de Mortalidad Materna, 2003.
- ² Lewis G, ed. Título original *Why mothers die? 1997–1999 5to Informe de las Investigaciones Confidenciales de las Muertes Maternas en el Reino Unido*. Londres. Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos, 2001 (<http://www.cemd.org.uk>)
- ³ Berg C et al. eds. *Estrategias para reducir las muertes relacionadas con el embarazo: Desde la identificación y análisis hasta la acción*. Atlanta, Centro de Control y Prevención de Enfermedades, 2001 (http://www.cdc.gov/reproductivehealth/02_pub_elec.htm)
- ⁴ Berg C, Danel I, Mora G, eds. *Directrices para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1996 (en inglés y español).
- ⁵ Graham WJ, Filippi VA, Ronsmans C. Demostración del impacto del programa en la mortalidad materna. *Políticas y Planificación de la Salud*. 1996; 11:16–20
- ⁶ Organización Mundial de la Salud, *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Guía para parteras y médicos*. Ginebra, OMS, 2000.

4 Autopsias Verbales: Aprendiendo de las muertes ocurridas en la comunidad

Carine Ronsmans, Jean-François Etard, Gijs Walraven

Mensajes Clave

- ✓ Las comunidades son una valiosa fuente de información para averiguar por qué mueren las mujeres
- ✓ Este enfoque puede promoverse en lugares con alta incidencia de muertes maternas fuera de las dependencias sanitarias. En algunos ambientes, la autopsia verbal complementa el análisis de muertes maternas ocurridas en las dependencias hospitalarias.
- ✓ La información sobre las muertes maternas arrojada por las autopsias verbales no es precisa y debe utilizarse para obtener una impresión general del patrón de las causas de muerte en la comunidad.
- ✓ Las autopsias determinan los factores que pudieron haber influido en la mortalidad materna, por lo que los hallazgos permiten identificar áreas fuera del sistema de salud que pueden mejorarse, como la recomposición de los servicios de transporte

El análisis de las muertes maternas ocurridas en la comunidad tiene sus pilares en las autopsias verbales, cuyo uso data ya de más de 2 décadas y su definición ha ido evolucionando con el tiempo. Al inicio, este método era empleado para averiguar la magnitud y las causas médicas de muerte materna a partir de una entrevista con los familiares o vecinos.¹ Sin embargo, con el tiempo surgió la necesidad de obtener información a partir de factores no médicos que pudieran contribuir a la muerte materna. Las autopsias verbales se usan muy ampliamente para recoger información sobre las causas médicas y no médicas de la muerte materna. Este amplio enfoque contrasta en gran manera con el contexto de la mortalidad infantil, donde las autopsias verbales tienen el único propósito de averiguar la causa médica de muerte del menor.²

4.1 ¿Qué es la autopsia verbal en la muerte materna?

La autopsia verbal de las muertes maternas *es un método que se utiliza para averiguar las causas médicas de la muerte y determinar los factores personales, familiares o comunitarios que hayan contribuido al deceso de la mujer fuera de las dependencias médicas*. La autopsia verbal consiste en entrevistar a las personas que conocen los eventos que condujeron al deceso de la paciente; tal es el caso de familiares, vecinos y parteras tradicionales. Los objetivos principales de la autopsia verbal son:

- Identificar las muertes de mujeres embarazadas o que recién han dado a luz
- Crear categorías de causas de muerte materna
- Entender los factores que pudieron haber contribuido a las muertes.

- Describir los antecedentes de las mujeres que fallecieron por causas asociadas al embarazo, como la edad, paridad, educación y otras variables sociales.
- Servir de herramienta para las autoridades de salud nacionales, departamentales o distritales, con el fin de fomentar acciones para eliminar las barreras a la atención obstétrica de alta calidad para todas las embarazadas.

La filosofía detrás de la autopsia verbal descansa en el ciclo de la morbilidad materna descrita en el Capítulo 3, y dado que es relevante al presente método de estudio, lo mostramos en la figura 4.1



Aunque en algunas ocasiones las autopsias verbales se utilizan para determinar la magnitud de la mortalidad materna en una población definida, en este capítulo destacamos este método como una herramienta para determinar las causas y factores de la mortalidad materna, en vez de medir la magnitud del problema.

La mayoría de las autopsias verbales se hacen de forma periódica, por ejemplo, cada tres, seis o doce meses, para todas las muertes maternas comunicadas en ese período en cuestión. Se hacen a nivel de distrito y se aplican por lo general a los decesos ocurridos en la comunidad. No obstante, en lugares donde hay un pobre registro médico, quizá sea útil hacer la autopsia verbal de todas las muertes ocurridas en una comunidad dada, independientemente que la mujer haya fallecido o no en una instalación sanitaria. En otras palabras, la autopsia verbal puede complementar *un análisis de casos de muertes maternas ocurridas en dependencias médicas*.

Para garantizar la identificación de todas las muertes maternas en una población definida, conviene hacer las autopsias verbales de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva, sin limitarse sólo a los decesos

reportados como muerte materna en las actas de defunción. Muchas muertes asociadas con el embarazo pasan inadvertidas o no son registradas, y sigue habiendo errores sustanciales en los cálculos de las muertes maternas, aun en países industrializados con buenos sistemas de registro civil.³ El subregistro constituye un problema para las muertes ocurridas al principio del embarazo, en especial para los casos con complicaciones de embarazos ectópicos o abortos y fallecimientos por causas indirectas como hepatitis, enfermedades cardiovasculares, etc. La falta de inclusión de todas las muertes maternas puede falsear los resultados, por lo que siempre hay que tomar en cuenta la subnotificación de algunas causas al momento de comunicar las causas de muerte materna.

La representatividad no constituye ningún problema si el propósito de la autopsia verbal es entender los factores que contribuyen a la mortalidad materna, ya que la historia de una mujer puede aportar mucha información. Sin embargo, hay que ser cuidadosos de no generalizar o dar como un hecho los hallazgos derivados de un pequeño número de muertes. El extracto del estudio de caso de México que aparece en el Cuadro 4.1 ilustra la manera de obtener información valiosa de casos individuales a pesar de las limitaciones encontradas al usar la atención obstétrica.⁴

Cuadro 4.1—Estudio de caso de una autopsia verbal en México ⁴

En el 4to mes, empezó a sufrir de fuertes dolores de cabeza. No consultamos al médico porque pensamos que no había nada anormal. Ella ya había tenido dolores de cabeza en los embarazos anteriores.

Los dolores se volvieron cada vez más fuertes y le dolía mucho el brazo izquierdo, pero no buscó ninguna ayuda porque los doctores cobran bien caro y no teníamos dinero.

4.2 Propósito de las autopsias verbales

Las autoridades nacionales, departamentales y locales o comunitarias pueden querer saber las causas de las muertes maternas que se dan en sus comunidades. Aunque, tal como se señaló en el Capítulo 1, la razón de mortalidad materna no es un indicador muy útil para monitorear los programas de Maternidad Segura porque no dice nada sobre las razones reales de las muertes de las madres, es útil contar con un estimado de las causas de muerte materna con fines de defensa, promoción y planificación.

Los resultados de las autopsias verbales pueden utilizarse para establecer la importancia relativa de los factores evitables o remediabiles relacionados con las muertes maternas para la salud pública, a fin de identificar las prioridades e intervenciones y reformas apropiadas. Estos factores pueden ser la falta de conciencia sobre la necesidad de atención médica, malas prácticas o creencias culturales, ausencia de infraestructura médica o de medios de transporte, o barreras financieras. Al actuar con base en los resultados de las encuestas realizadas en las comunidades se puede salvar vidas, no sólo a través de la introducción u orientación de mensajes educativos de salud, una mayor concientización y mayor conocimiento de la comunidad, sino incluso adoptando cambios en la práctica clínica y reconfigurando los servicios locales para convertirlos en algo más aceptable, accesible y disponible.

Dada la naturaleza relativamente imprecisa de las autopsias verbales para establecer las causas de muertes maternas, se debe tener cautela al medir los cambios en las causas de mortalidad materna a través del tiempo o al medir las diferencias entre áreas geográficas. No sólo se requiere una cantidad significativa de muertes maternas para hacer comparaciones válidas catalogadas por causa, sino que la falta de fiabilidad de la autopsia verbal limita su uso para hacer comparaciones cuantitativas precisas.

La descripción de todos los eventos que rodearon cada una de las muertes maternas constituye un elemento esencial de las autopsias verbales porque es la base para desarrollar estrategias más integrales de prevención. Las circunstancias no médicas en que murió la mujer ayudan a identificar las numerosas barreras que ésta tuvo que enfrentar para tener acceso y utilizar servicios integrales de obstetricia.

En México, por ejemplo, la autopsia verbal mostró que la inhabilidad de los familiares para reconocer síntomas anormales o severos, la falta de recursos monetarios y los medios inadecuados de transporte eran los principales obstáculos para llegar hasta las dependencias hospitalarias.⁴ Se observaron factores similares en Gambia, aunque en ese país el principal elemento que contribuyó a la mortalidad materna fue una peor calidad de atención obstétrica.⁵ Los hallazgos no sólo sensibilizaron a los encargados de formular las políticas ante la compleja naturaleza de la mortalidad materna, sino que además sirvieron para que se elaboraran recomendaciones específicas. En México, los hallazgos condujeron a la creación de recomendaciones para que, a fin de reducir retrasos, la atención prenatal le enseñe a las mujeres a reconocer las complicaciones que requieren asistencia médica y a sensibilizarlas ante la posible necesidad de buscar derivación de emergencia y medios de transporte cuando se aproxime el nacimiento.

Finalmente, las autopsias verbales brindan información valiosa sobre algunas características demográficas y sociales de las fallecidas.

4.3 Ventajas y desventajas de las autopsias verbales

Ventajas:

- En lugares donde la mayoría de mujeres muere en casa, las autopsias verbales son la única manera de averiguar las causas médicas de la muerte.
- La autopsia verbal permite explorar los factores médicos y no médicos a través de un análisis de los eventos que conducen a la muerte materna. Al documentar las barreras personales, familiares y comunitarias que tuvo que enfrentar la mujer para tener acceso a los servicios obstétricos y para poder usarlos, independientemente de la existencia de servicios adecuados, se obtiene un panorama más completo de los factores que incidieron en la mortalidad materna y esa identificación permite identificar las acciones correctivas a tomar.
- La autopsia verbal constituye una oportunidad única para incorporar la opinión de la familia y comunidad sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud, como un esfuerzo para mejorarlos.
- También es fuente de información para los líderes comunitarios y demás interesados en defender y promover la salud materna, como argumento para exigir cambios o mejoras en las prácticas y los recursos culturales, comunitarios, educativos o de salud.

Desventajas:

■ *Determinación pobre de la causa médica de la muerte*

En términos generales, la calidad de los datos de las autopsias verbales dependerá de una preparación cuidadosa y la realización de pruebas piloto del cuestionario, una capacitación apropiada y la supervisión de los técnicos de campo, además de un manejo esmerado de los datos. Aún así, la identificación de las causas médicas que surge de las autopsias verbales no es perfecta, ya que los diversos evaluadores pueden deducir causas médicas disímiles. En Bangladesh, un médico atribuyó 41% del total de muertes maternas a causas obstétricas directas; mientras tanto, un grupo de galenos dedujo que la proporción correcta era del 51%.⁶ Por esta razón, los datos sobre las causas de muertes maternas obtenidos a partir de las autopsias verbales deben emplearse sólo para conocer los patrones de dichas causas en la comunidad a rasgos generales.

■ *Subjetividad de los factores que contribuyen a las muertes*

La determinación de los factores evitables continua siendo en gran medida un aspecto muy subjetivo que depende de muchos elementos, incluyendo cómo se realizaron y reportaron las entrevistas, del tipo y entrenamiento de los entrevistadores y analistas y de la familiaridad de los analistas con el contexto local. No se sabe hasta qué punto los diversos observadores pueden identificar distintos factores evitables, pero un estudio realizado en Gambia sugiere que la discrepancia es significativa.⁵ En este estudio se le pidió a 3 médicos que leyeran las entrevistas de la autopsia verbal y que identificaran los factores que contribuyeron al deceso de la madre, sin saber nada sobre los comentarios de otros analistas, teniendo como guía una lista de verificación de esos factores potenciales. La mitad de las 18 muertes maternas se atribuyó a la falta de acceso a una atención obstétrica y se observó que todos coincidieron en muchos aspectos. Por otro lado, el comparar a los analistas, la proporción de muertes que la familia atribuyó a la falta de identificación de señales graves presenta una discrepancia significativa, oscilando entre 11 y el 33%. Dos analistas creen que no existen factores obvios en el 28% de los fallecimientos, mientras que un analista vio un factor de peso en cada deceso.

Si bien es sumamente importante saber cómo percibe la familia la atención que recibió la paciente, la opinión de un lego sobre la calidad técnica de la atención médica quizá no refleje el punto de vista profesional médico sobre dicha calidad. Las autopsias verbales no deben utilizarse para discernir la contribución de los aspectos técnicos de la atención (ej. carencias en los procedimientos de diagnóstico y manejo) de la mortalidad materna, a menos que se disponga de notas del caso muy detalladas para que personal con adiestramiento médico las examine y compare con las normas establecidas (ver Capítulo 8, *Auditoría Clínica*).

Sin embargo, la subjetividad de la interpretación de los factores que incidieron en la muerte de la madre no debe desalentar los esfuerzos para identificarlos. La autopsia verbal está diseñada para identificar áreas a mejorar, en vez de señalar indicadores cuantificables, por lo que más que elaborar una lista de factores que inciden, lo que importa es que generar una discusión entre todos los responsables de la toma de decisiones en torno al acceso y a la calidad de los servicios.

- *Validez no comprobada del método de autopsia verbal*

Las causas de muerte reportadas por informantes no profesionales no siempre concuerdan con las actas de defunción. Hasta la fecha, existe sólo un estudio que valida las causas de muerte que arrojan las autopsias verbales.⁷ Por desgracia, en vista que el estudio se basó en eventos ocurridos en dependencias hospitalarias, no fue posible extraer conclusiones sobre la validez de las autopsias verbales de mujeres que murieron en la comunidad.

- *Posible sub-registro o sobre registro de las muertes maternas y sus causas específicas*

El subregistro constituye un problema para las muertes durante las etapas tempranas del embarazo o por causas indirectas. En Bangladesh, el sistema de vigilancia demográfica de rutina no registró el 30% de las muertes vinculadas con abortos ni el 58% de los decesos obstétricos indirectos¹. Para detectar las muertes provocadas por abortos, los entrevistadores deben poseer habilidades especiales que les permitan una buena comunicación y ganarse la confianza de los familiares que no deseen tocar un tema tan delicado como el aborto inducido. Las muertes obstétricas indirectas a menudo son reportadas como no maternas porque las causas no obstétricas predominan. Sin embargo, para las autopsias verbales con un cuestionario enfocado hacia el embarazo, el subregistro de las causas indirectas no debe constituir un problema relevante.

No obstante, las causas indirectas de muertes maternas pueden estar sobre registradas. Las definiciones de los diversos tipos de muerte materna aparecen en la Tabla 3.1 y en la Sección 3.5 del Capítulo 3. De modo conceptual, una muerte materna indirecta se refiere a la provocada por una afección médica, como enfermedades cardíacas, epilepsia o diabetes agravada por el embarazo. En la práctica, quizás haya alguna confusión sobre las causas que puedan considerarse como muerte obstétrica indirecta, aunque las definiciones que se señalan en el Capítulo 3 deben dilucidar dichas confusiones. Los encargados de clasificar las muertes maternas deciden caso por caso si registrar ciertas causas como atribuibles al embarazo, ya sea indirecta o incidentalmente. Al emplear las autopsias verbales, por lo general se incluyen todas las muertes de mujeres embarazadas o que recién han dado a luz^a en las estadísticas de mortalidad materna (independientemente de si son atribuibles o no a la gravidez), lo que infla falsamente las cifras de mortalidad materna, especialmente en lugares donde las causas indirectas encabezan la lista de causas de muerte durante el embarazo, como es el caso de lugares con altas tasas de VIH.^{8,9}

4.4 Realización paso a paso de las autopsias verbales

A continuación presentamos cada paso requerido para realizar las autopsias verbales de muertes maternas. En resumen los nueve pasos del proceso son:

1. Configuración del proceso de autopsia verbal
2. Identificación de los casos de muerte materna
3. Determinación de las fuentes de información

^a Se entiende por “recién han dado a luz” aquellas mujeres que se encuentran hasta los 42 días de haber terminado un embarazo con parto.

4. Elaboración del cuestionario de autopsia verbal
5. Selección y capacitación de entrevistadores
6. Selección de los entrevistados
7. Desarrollo de un mecanismo para clasificar las causas médicas
8. Desarrollo de un mecanismo para clasificar los factores influyentes
9. Conversión de los hallazgos en acciones

Paso 1: Configuración del proceso de autopsia verbal

Existe una serie de prerrequisitos que deben cumplirse antes de iniciar una autopsia verbal. Es necesario que el responsable posea experiencia y autoridad para asumir la coordinación. Dado que la autopsia verbal se hace en la comunidad, es menester obtener la cooperación de los miembros comunitarios, dándoles una explicación breve sobre los objetivos de la autopsia verbal. Ya que la información puede buscarse en las dependencias médicas, se le deberá notificar a las autoridades pertinentes de esos centros las tareas que se pretende realizar. También hay que asegurar el transporte y la seguridad de los trabajadores de campo, además de coordinar los costos de transporte y personal.

Paso 2: Identificación de los casos de muerte materna

Las autopsias verbales se inician en la comunidad. Se pueden utilizar varios métodos para identificar los fallecimientos de mujeres en edad reproductiva en la comunidad, entre ellos el registro civil y los sistemas existentes de vigilancia. Los sistemas de registro civil que utilizan de rutina los países pobres por lo general subregistran los fallecimientos, en especial las muertes maternas. Mientras tanto, en algunos países, se han instalado sistemas especiales de vigilancia demográfica.^{5,9,10,11,12} Estos sistemas, empero, son caros y el patrón de mortalidad que registran puede que no sea representativo de la tendencia observada en áreas geográficas más extensas. A veces, las encuestas a gran escala (incluyendo el método de las hermanas) o los censos de datos pueden ser una buena fuente de información sobre las muertes de mujeres adultas, pero agregarle las preguntas de la autopsia verbal a un censo puede incrementar los costos de manera significativa.

En entornos donde no existen datos sobre las muertes acaecidas en la comunidad, se puede sacar información de informantes clave como los trabajadores de la salud, líderes comunitarios, parteras tradicionales, etc. o a través de una red de conexiones.

El período de recuerdo varía de estudio en estudio. En Guinea – Bissau, donde se hicieron autopsias verbales hasta 8 años después del fallecimiento de la madre, el período de recuerdo no afectó la calidad de la información médica reportada.¹³ No obstante, en términos generales, se aconseja no extender dicho período más allá de 5 años.¹

Paso 3: Determinación de las fuentes de información

La autopsia verbal consistirá en una entrevista con las personas que manejan las circunstancias que rodearon la muerte de la mujer. En el caso de fallecidas que habían estado en contacto con servicios de salud antes de su muerte (ya sea atención prenatal, ingreso y alta del hospital o deceso en el hospital), se puede buscar información adicional de los expedientes médicos o de la documentación que exista en la casa de la fallecida. Para ello, es menester recordar bien los nombres y direcciones de los registradores del hospital, aunque a veces eso no sucede. Por ejemplo, en Gambia se recuperaron sólo 2 de 14 historias de mujeres atendidas por la institución médica; esas dos historias arrojaron poca información adicional.⁵ Por lo tanto, las autopsias verbales dependerán en la mayoría de los casos de la información que faciliten los familiares.

Paso 4: Elaboración del cuestionario de autopsia verbal

Las entrevistas de la autopsia verbal son una combinación de entrevistas estructuradas, semiestructuradas y en profundidad. Se utiliza un formato de pregunta- respuesta para reconstruir las circunstancias médicas que rodearon la muerte de la madre, mientras se utiliza una metodología abierta que encabeza el entrevistado o semiestructurada para abordar los factores que influyeron en el deceso.

Los cuestionarios de la autopsia verbal pueden presentar diversos formatos: abierto, lista de verificación de síntomas, lista de verificación con preguntas de filtro,¹³ o bien una combinación de todas.^{5, 7, 14, 15} En el sitio Web del CLAP/SMR encontrará ejemplos de los cuestionarios empleados en Gambia y Bangladesh. En términos generales, el cuestionario inicia con los antecedentes de la mujer (edad, número de partos, factores sociales, etc.), luego sigue una página en blanco donde el entrevistador anota las enfermedades y condiciones que la condujeron a la muerte, según lo que recuerdan los familiares. A continuación viene una lista más estructurada de preguntas sobre la enfermedad que precedió el fallecimiento.

Paso 5: Selección y capacitación de entrevistadores

Los entrevistadores no médicos calificados con experiencia son por lo usual mejores que los entrevistadores médicos calificados porque estos últimos pueden ser demasiado directos en la formulación de preguntas. Otros factores que influyen son la movilización, (en algunos lugares, las mujeres no pueden moverse), aceptabilidad y disponibilidad.¹

El entrevistador requiere una amplia capacitación que no sólo abarque las nociones básicas de las condiciones médicas y los síntomas que puedan provocar la muerte materna, sino también las técnicas para entrevistas a fondo.¹⁶ Para este tipo de entrevista, el entrevistador deberá contar con una serie de tópicos ya investigados. Podría basarse por ejemplo, en el modelo de las “tres demoras” de Thaddeus y Maine.¹⁷

El entrevistador deberá estimular a los entrevistados a hablar sobre sus experiencias relacionadas con los eventos que precedieron al fallecimiento. Con temas muy sensibles como el aborto, quizá lo mejor sea hacer entrevistas repetidas con el mismo entrevistado para que surja y evolucione una mayor confianza y una buena comunicación.

Los entrevistadores no médicos requieren una sistemática supervisión por parte del personal médico calificado, con el fin de que se registre toda información relevante sobre los signos y síntomas previos a la muerte. Tal vez haya que repetir la entrevista si se cree que el contar con más detalles sobre enfermedades específicas ayudará a identificar mejor la causa de la muerte.

Paso 6: Selección de los entrevistados

El entrevistado es la persona que está al tanto de las enfermedades que condujeron a la muerte de la paciente. Puede ser el esposo, hermana, madre, padre, suegra, vecinos o una partera tradicional.

Para identificar las señales y síntomas previos a la muerte, vale la pena entrevistar a quienes estuvieron presentes al momento del fallecimiento. Para arribar a los factores no médicos asociados con la muerte, quizá sea de utilidad entrevistar a aquellos que no necesariamente estuvieron presentes al momento del deceso, pero que sí conocían muy bien a la mujer para hablar de su estado de salud y actitud hacia la atención médica.

En muchos entornos, tal vez no convenga restringir la entrevista a una sola persona. Además, al consultar a varias personas, posiblemente obtendremos información valiosa sobre la naturaleza de las relaciones que incidieron en la toma de decisión de buscar ayuda médica. Los entrevistados con frecuencia discuten entre ellos los hechos, lo que puede ayudarnos a obtener una perspectiva más completa de las circunstancias previas al deceso. Tal vez algunos entrevistados faciliten más información cuando se hacen las entrevistas en grupo, pero quizá sea necesario regresar más tarde y entrevistarlos solos.

Paso 7: Desarrollo de un mecanismo para clasificar las causas médicas

Las autopsias verbales no sirven para mostrar la diferencia entre las muertes obstétricas indirectas y las que son incidentales al embarazo, excepto cuando se deben a lesiones. Por lo tanto, las autopsias verbales abordan las muertes relacionadas con el embarazo más que la mortalidad materna, así como todo fallecimiento ocurrido durante la gravidez o dentro de los 42 días posteriores al parto, sin importar la causa. Todo fallecimiento que no sea por causa obstétrica directa o por lesiones, se clasifica como muerte indirecta. En la Tabla 3.1 del Capítulo 3 se explican las definiciones con mayor detenimiento.

Las muertes obstétricas directas caen en categorías más amplias, como muerte por embarazo en etapa temprana, hemorragia, sepsis, eclampsia, detención del trabajo de parto/ruptura uterina, muerte súbita y causas desconocidas. En la medida de lo posible, se puede aplicar un segundo nivel de categorías más específicas: placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, etc.

Los procedimientos utilizados para llegar a un diagnóstico médico varían en todos los estudios. Por lo general, se cree que no debe formularse ningún diagnóstico al momento de la entrevista, sino que un panel de médicos debe analizar los cuestionarios en una etapa posterior. Por ejemplo, a tres doctores se les puede pedir una opinión independiente sobre la naturaleza y causa de la muerte materna.

Primero, los médicos deberán determinar si la muerte está relacionada con el embarazo, y de ser así, deben asignarle una causa probable. La muerte será considerada asociada al embarazo si 2 de los 3 médicos coinciden. Por lo tanto, al ponerse de acuerdo sobre todas las muertes asociadas al embarazo, el diagnóstico será definitivo si 2 de los 3 médicos concuerdan sobre la causa primaria de muerte. Al buscar una causa de muerte, los médicos pueden auxiliarse de diagramas de flujo de causas de muerte publicados por la OMS¹ e investigadores en Guinea – Bissau.¹³

En la actualidad no existe suficiente experiencia con criterios de diagnósticos predefinidos que faciliten la asignación de las causas médicas de muerte en lugares donde no se dispone de médicos para analizar la causa de muerte.

Paso 8: Desarrollo de mecanismos para clasificar los factores que influyeron en la muerte

Aunque existe una fuerte motivación para incorporar los factores que contribuyeron a la muerte en la investigación de muertes maternas, aún no queda claro cómo llegar hasta ellos o cuál es su clasificación. Por ende, tal como indican varios estudios, no existe un enfoque estándar para la clasificación de los factores que contribuyen a las muertes maternas.^{4, 5, 18, 19, 20}

El enfoque abordado en este capítulo consiste en utilizar los factores evitables porque para cada deceso hay que considerar cuidadosamente en qué niveles una intervención podría haber cambiado el destino de esa mujer. Los factores evitables se deben rastrear dentro y fuera del sistema de salud, entendiéndose que puede haber más de un factor.

El marco de trabajo para los factores determinantes de la mortalidad materna propuesto por McCarthy y Maine²¹ es una guía útil para analizar los factores evitables. Aunque algunos autores han utilizado el modelo de las tres demoras de Thaddeus y Maine¹⁷ para catalogar los factores que contribuyen a las muertes maternas, no se recomienda usarlos para clasificarlos. El modelo de las tres demoras examina la muerte materna en busca de factores que contribuyen a tres retrasos: (1) demora en la decisión de buscar atención médica; (2) demora en llegar a los establecimientos sanitarios; (3) demora en la prestación de atención adecuada. Si bien es cierto que este modelo es sumamente útil para conceptualizar el camino que condujo hasta la muerte de la paciente y sirve de guía para las entrevistas a fondo, no ayuda en la formulación de recomendaciones específicas. En consecuencia, el marco de las tres demoras debe verse como una guía de la discusión y no como una herramienta de clasificación de muertes.

Aún no existe ningún enfoque normalizado que aborde el estudio de los factores evitables. Si se entiende una atención inferior a los estándares como

una desviación de las normas del servicio médico en un contexto particular, entonces debe haber criterios para hacer las valoraciones de la atención. A pesar de que existen varios criterios implícitos (Ej. una partera tradicional debe derivar a una mujer con detención del trabajo de parto), las normas explícitas raramente están disponibles. Además, quizá no sea factible establecer normas o criterios que regulan los factores que operan dentro de una comunidad o es posible que los juicios emitidos tiendan a ser subjetivos.

Por lo general, los factores evitables son elaborados por consenso. En los países pobres, quienes determinan los factores evitables son casi siempre profesionales o investigadores médicos.^{4, 5, 19, 20, 21} Sin embargo, se ha sugerido que el análisis de los datos debería estar a cargo de un equipo multidisciplinario.²⁰

Hasta ahora, rara vez se ha incluido a los responsables de tomar las decisiones y administradores en los paneles de evaluación de las autopsias verbales. Sin embargo, si queremos que las autopsias verbales incidan en las políticas, deben hacerse ejercicios independientes encaminados hacia actividades más inclusivas, en las cuales los responsables de la toma de decisiones, profesionales de la salud y miembros de la comunidad deben todos participar en el estudio de las circunstancias que condujeron a las muertes maternas. En la práctica, la participación activa de los interesados en salvar las vidas de madres en los estudios que se realizan para determinar los factores evitables es un poderoso elemento para impulsar reformas, mucho más efectivo que la simple presentación de estadísticas. Una iniciativa similar se lleva a cabo en Indonesia, donde las autopsias verbales realizadas a nivel de distrito ya se extendieron a tres provincias.²³ Si bien no existe una evaluación formal, el éxito de la auditoría materna y perinatal ha hecho que el gobierno de Indonesia se comprometa a expandir estas actividades al resto del país.

Paso 9: Conversión de los hallazgos en acciones

Muchas encuestas han documentado las causas médicas y no médicas de la mortalidad materna clasificándolas como evitables e inevitables, pero sólo algunas ofrecen un medio sistemático para hacer un seguimiento del cambio de dichas causas. El sistema de autopsia verbal no es solamente un medio para identificar las causas de las muertes maternas, sino que, al igual que todos los enfoques sugeridos en este manual, debe funcionar como herramienta para impulsar los cambios que mejoren el entendimiento, acceso y uso de un servicio de salud de alta calidad por parte de las mujeres.

Los hallazgos de las autopsias verbales identifican las áreas que deben mejorarse, como las necesidades de contar con programas de educación en salud, tomar en cuenta las necesidades de transporte local, fortalecer los sistemas de derivación de pacientes o rehabilitación de las dependencias sanitarias, excepto que haya necesidades más urgentes. El hecho que estos compromisos se traduzcan en estrategias específicas o no dependerá en gran medida del grado de compromiso de los responsables de la toma de decisiones para instituir las reformas, así como de la aceptación de los proveedores de servicios de salud de la responsabilidad de sus actos. Es necesario contar con el compromiso a nivel nacional, regional y de distrito, así como el de los proveedores para asegurar la factibilidad y sustentabilidad de la ejecución de las acciones derivadas de los hallazgos de las autopsias verbales.

4.5 Variantes de la autopsia verbal

Existen muchísimas variantes potenciales del formato de la autopsia verbal. Al igual que otros métodos presentados en estas directrices, las autopsias verbales se pueden adaptar para coincidan con las características del país.

Los cuestionarios también deben adaptarse al contexto local y antes de usarlos hay que someterlos a pruebas de campo.

Algunos estudios han utilizado entrevistadores con entrenamiento médico; otros en cambio, personal no médico con amplia experiencia, tal como recomendamos en esta guía. Los profesionales de la salud pueden tener mayor calificación médica para investigar determinadas enfermedades que conducen a la muerte, pero es posible que tengan un modo demasiado directo y rudo al momento de hacer las preguntas del cuestionario.

Autores

Carine Ronsmans, Unidad de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Jean-François Etard, Instituto de Investigaciones para el Desarrollo, Dakar, Senegal

Gijs Walrave, Estación de campo Farafenni, Laboratorios del Consejo Médico de Investigaciones, Gambia.

Referencias

- ¹ Campbell O, Ronsmans C. *Autopsias Verbales de las Muertes Maternas: Informe de un Taller de la OMS, Londres, del 10 al 13 de enero de 1994*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento WHO/FHE/MSM/95.15).
- ² Anker M et al. *Método estándar de autopsia verbal para investigar la causa de muerte de infantes y niños*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/CDS/CSR/ISR/99.4).
- ³ Salanave B et al. Diferencias en la Clasificación y Mortalidad Materna: Estudio Europeo. *Revista Internacional de Epidemiología*. 1999 28:64–69.
- ⁴ Langer A et al. Identificación de intervenciones para prevenir la mortalidad infantil en México: Estudio de la Autopsia Verbal. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Iniciativas de Maternidad sin Riesgos: Aspectos Críticos*. Londres, Blackwell Science, 1999:127–136.
- ⁵ Walraven G et al. Mortalidad Materna en las áreas rurales de Gambia: Niveles, Causas y Factores determinantes. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2000; 78:603–613.
- ⁶ Ronsmans C et al. Comparación de tres métodos de autopsia verbal para determinar niveles y causas de la muerte materna en Matlab, Bangladesh. *Revista Internacional de Epidemiología*. 1998; 27:660–666
- ⁷ Chandramohan D et al. Validez de las autopsias verbales en la valoración de las causas de muerte materna en dependencias hospitalarias. *Estudios de Planificación Familiar*. 1998; 29:414–422
- ⁸ Khat M, Ronsmans C. Muertes atribuibles al embarazo en Matlab, Bangladesh: cuestionamiento de las causas indirectas de mortalidad materna. *Revista Internacional de Epidemiología* 2000; 151:300–306.

- 9 Bicego G, Boerma JT, Ronsmans C. Los efectos del SIDA en la mortalidad materna en Malawi y Zimbabwe. *AIDS* 2002; 16:1078–1081
- 10 Fauveau V et al. Causas de mortalidad materna en las áreas rurales de Bangladesh. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1998; 66:643–651.
- 11 Greenwood AM et al. Estudio prospectivo de los resultados de embarazos en una zona rural de Gambia. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1987; 65:635–643.
- 12 Delaunay V. *La situación demográfica y epidemiológica en la zona de Niahkar, Senegal*. 1984-1996. Dakar, Senegal, ORSTOM (Organización de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Exterior), 1998.
- 13 Hoj L, Stensballe J, Aaby P. La mortalidad materna en Guinea-Bissau: uso de la autopsia verbal en poblaciones multiétnicas. *Revista Internacional de Epidemiología* 1999; 28:70–76.
- 14 Chandramohan D et al. Autopsias verbales en la muerte de adultos: aspectos de su desarrollo y validación. *Revista Internacional de Epidemiología* 1994; 23:213–222.
- 15 Kodio B et al. Niveles y causas de la mortalidad materna en Senegal. *Medicina Tropical y Salud Internacional* 2002; 7:499–505.
- 16 Campbell O et al. *Métodos de Ciencias Sociales para la Investigaciones de Salud Reproductiva*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1999 (documento WHO/RHR/HRP/SOC/99.1)
- 17 Thaddeus S, Maine D. Queda muy lejos a pie: la mortalidad materna en contexto. *Ciencia Social y Medicina* 1994; 38:1091–1110.
- 18 Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. Los “tres retrasos” como marco referencial para analizar la mortalidad materna en Haití. *Ciencia Social y Medicina* 1998; 46:981–993
- 19 Ministerio de Salud. *Estudio Nacional sobre la mortalidad materna (Egipto 1992–1993): Informe preliminar de hallazgos y conclusiones*. El Cairo, Ministerio de Salud y Población 1994
- 20 Fawcus S et al. Investigación de base comunitaria sobre los factores evitables de la mortalidad materna en Zimbabwe. *Estudios de Planificación Familiar*, 1996; 27:319–327
- 21 McCarthy J, Maine D. Marco referencial para estudiar los factores determinantes de la mortalidad materna. *Estudios de Planificación Familiar* 1992; 23:23–33.
- 22 Kwast BE et al. Investigaciones confidenciales de las muertes maternas en Addis Abeba, Etiopía. 1981–1983. *Revista de Obstetricia y Ginecología en África Occidental y Central*, 1989; 8:75–82
- 23 Supratikto G et al. Auditoría realizada a nivel de distrito para conocer las causas y circunstancias de la muerte materna en Kalimantan del Sur, Indonesia. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2002; 80:228–234

5 Revisión de las muertes maternas en servicios: aprendizaje de las muertes ocurridas en servicios de salud

Colin Bullough, Wendy Graham

Mensajes clave

- ✓ Una muerte materna siempre es una tragedia. La obtención de información confiable de los profesionales de la salud y de los parientes sobre las circunstancias en que acaeció requiere destreza y sensibilidad.
- ✓ La revisión de todas las complicaciones que hayan llevado a una muerte materna constituye siempre una buena práctica.
- ✓ Las anotaciones en las historias y lo que la gente recuerda de los acontecimientos contienen datos valiosos que pueden ayudar a mejorar la calidad de la atención, por lo que debe aprovecharse en lo posible estos recursos.
- ✓ En muchas situaciones se abarca solo una pequeña proporción de todas las muertes maternas que ocurren en las dependencias sanitarias

5.1 ¿En qué consiste una revisión de las muertes maternas por servicios de salud?

La revisión de muertes maternas por dependencia es una “investigación cualitativa y en profundidad de las causas de las muertes maternas que ocurren en dependencias sanitarias y de las circunstancias que las rodean.” Consiste específicamente en rastrear la evolución de las mujeres que fallecieron, a través del sistema sanitario y dentro de la dependencia, para identificar cualquier factor evitable o remediable, cuya modificación podría mejorar la atención materna en el futuro. De preferencia, la información debería complementarse con información de la comunidad, algo que no siempre es posible.

En muchas situaciones los decesos que tienen lugar en las instalaciones sanitarias son sólo una pequeña proporción de las muertes maternas. Por consiguiente, los procesos de revisión descritos en este capítulo sólo pueden dar un cuadro parcial de las causas de mortalidad materna para una población en particular. Las diferencias comúnmente halladas entre el patrón de las causas de muertes maternas en domicilio y el patrón observado en las dependencias sanitarias muestran que el lugar es un importante factor a tener en cuenta. En Nepal, por ejemplo, la causa más común de muertes maternas en hospitales es la eclampsia, mientras que la causa más común en general en la población es la hemorragia.¹ Esta diferencia se explica fácilmente por el hecho que las mujeres a menudo mueren por sangrado masivo antes de llegar a alguna dependencia sanitaria.

La realización de una revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria es ante todo un proceso formativo para los profesionales de la salud que atienden mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente, así como para los que están capacitándose. Asimismo, se trata de una poderosa herramienta para llevar estadísticas.

La revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria nunca será completa si no va acompañada de un intento por responder a los hallazgos con

acciones apropiadas, independientemente de si se hace la revisión de uno o más casos aislados o de una gran serie en la que los hallazgos se han agregado. En el caso de las revisiones de gran tamaño, habría que considerar este aspecto durante la fase de planificación.

En la Figura 5.1 se muestran *las revisiones de las muertes maternas por dependencia sanitaria*, que se basan en el ciclo de vigilancia descrito en el Capítulo 3.



Niveles posibles de una revisión

Revisión de cada caso de muerte materna en una dependencia

En muchos sistemas de salud la revisión de cada caso de muerte materna que tiene lugar en una dependencia ya ha sido incorporada como buena práctica clínica. La revisión implica la formación de un equipo multidisciplinario que considera las lecciones que se pueden extraer del manejo de cada caso y cómo se podrían mejorar los procedimientos locales para el futuro beneficio de las pacientes. La participación de todos los que se vieron involucrados en el manejo del caso, incluyendo obstetras, enfermeras, parteras, patólogos y anestesistas, ayuda a aclarar los asuntos vinculados a la elaboración del protocolo multidisciplinario local y sentimiento de propiedad, el trabajo de equipos cruzados y las áreas de responsabilidad.

Revisión de todas las muertes acaecidas en una dependencia con el tiempo

Si bien la revisión de cada caso por separado es importante y puede dar algunas lecciones individuales útiles, de vez en cuando sirve buscar factores locales y causas evitables que puedan ser comunes a varias muertes. Su análisis puede revelar la necesidad de hacer importantes reconfiguraciones del servicio o de adaptar los protocolos locales. Por consiguiente, es bueno agregarlos y revisarlos de manera regular.

Inclusión de las revisiones de morbilidad severa

En las dependencias donde las muertes maternas son relativamente escasas, pero donde todavía es preciso revisar los casos para ayudar a identificar las áreas que necesitan mejoras de la atención sanitaria, tal vez haya que seleccionar los casos a revisar sobre otra base. Una posibilidad es incluir casos de *morbilidad severa* tal como se describe en el Capítulo 7, pero siguiendo el enfoque descrito en este capítulo.

Revisión de todas o de un subconjunto de muertes maternas en una serie de dependencias locales

Se puede realizar la revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria en una única dependencia sanitaria, o periódicamente en varias dependencias como parte de una valoración de un distrito o inclusive regional.² En ese caso, la investigación puede incluir todas las muertes en cada dependencia en un período fijo de tiempo, como los últimos 12 meses, o, si la cantidad es demasiado grande como para hacer una investigación en profundidad, se la puede realizar en un subgrupo de estas muertes. Por ejemplo, se podría revisar todas las muertes asociadas a cesárea en un período definido. En caso de interesar hacerlo, el estudio podría concentrarse en aspectos particulares del caso, como las indicaciones para realizar el procedimiento, el tiempo transcurrido entre la decisión de operar y el inicio de la operación, o los cuidados postoperatorios prestados.

Ampliación de la revisión para incluir los factores vinculados a la comunidad

Es bien sabido que hay circunstancias sociales y ambientales que inciden en las causas de muerte materna. Por lo tanto, idealmente, debería hacerse un intento por investigar los factores vinculados a la comunidad que intervienen en cada caso, así como aquellos factores vinculados a los cuidados brindados en la dependencia. Con este enfoque se comienza la investigación identificando las muertes maternas ocurridas en la dependencia, y luego se hace un seguimiento retrospectivo de cada una de ellas en la comunidad para determinar la secuencia de los acontecimientos. Se hace así un intento por reconstruir la historia de la gestación y del parto de la mujer, y poner al descubierto otros factores médicos, sociales y vinculados a los servicios que pudieran tener relevancia en la ruta que lleva hacia la muerte.³

La revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria no da un cuadro completo de los acontecimientos si no se cuenta con información sobre los eventos en la comunidad. Pero la obtención de esta información enviando a alguien a recoger los datos al domicilio después de la muerte, exige un enfoque mucho más sofisticado y una mayor sensibilidad, y en muchas situaciones, esto es difícil lograrlo.

Sin embargo, la incapacidad de hacerlo no debe plantearse como razón para la inacción. El elemento más importante para todos los abordajes sugeridos en esta directriz es aprovechar al máximo los métodos y recursos disponibles para mejorar la salud materna. Aún una revisión que solo comprenda el análisis de las notas de casos sigue siendo mucho mejor que no emprender esa revisión por la dificultad para recabar la información en la comunidad.

Una sugerencia posible es recoger información de la comunidad sólo en casos seleccionados donde parezca particularmente importante hacerlo.

Otra es asegurar que rutinariamente se recabe la información sobre los factores vinculados a la comunidad cuando se ingrese una mujer a la dependencia. Esa puede ser la única oportunidad para hacerlo. Por supuesto, donde fuere posible, esa información puede suplementarse después de una muerte si hay familiares u otras personas que puedan dar información.

5.2 Historia de las revisiones de muerte materna

La idea de realizar revisiones de muertes maternas por dependencia sanitaria no es nueva. Ese tipo de revisión ha sido realizada de diversas maneras en el pasado. Con el tiempo se han hecho avances —desde los enfoques simples a los más complicados— como se muestra en los siguientes ejemplos.

- En un estudio de todas las muertes en un hospital docente en Uganda desde 1952 a 1959,⁴ y en otro estudio similar de todas las muertes en un hospital docente en el sur de India desde 1960 a 1972,⁵ se clasificaron las causas de muertes maternas, lo que permitió extraer algunas conclusiones sobre los factores sociales y de los servicios sanitarios.
- En 1977, en Malawi⁶ se realizó un estudio más representativo, que incluyó las muertes que ocurrieron en el transcurso de un año en los 15 hospitales y 92 unidades de maternidad atendidas por parteras en una determinada región. Este estudio también identificó factores evitables vinculados a los servicios médicos, así como al ambiente del paciente y su hogar, lo que llevó a la recomendación de introducir entrenamiento para asistente de partos tradicional.
- Un estudio retrospectivo de todas las muertes maternas desde 1988 a 1992 en la totalidad de las 24 instituciones sanitarias con instalaciones de maternidad en tres regiones de Mali² fue también más representativa, e incluyó entrevistas con el personal para identificar los problemas que encontraban al realizar su trabajo.
- En un estudio retrospectivo basado en muertes maternas en 10 de 17 hospitales en el Norte de Yemen durante 1989–1991,⁷ se hallaron controles apareados (mujeres que presentaban las mismas complicaciones pero que sobrevivían) para 177 de 224 muertes maternas identificadas, permitiendo así alcanzar conclusiones más válidas. Este estudio involucró visitas a los hogares de las mujeres que habían fallecido, así como los hogares de los controles, confirmando que la residencia rural, un peor nivel de vida y analfabetismo eran factores de riesgo para muerte materna.
- Un último ejemplo demuestra lo que se puede alcanzar cuando se emprenden acciones en base a los hallazgos de las revisiones de los casos.⁸ Dado que la falta de recursos hacía imposible investigar los problemas a nivel de la comunidad, se llevó a cabo una revisión retrospectiva de las muertes maternas en un hospital regional de Tanzania que abarcó un período de tres años. En base a los factores evitables identificados en la revisión, se realizó un análisis adicional de los procedimientos utilizado en el hospital, personal y equipos, y

se instituyó un programa focalizado de intervenciones, que se prolongó durante cuatro años. La razón de mortalidad materna hospitalaria cayó de 933 al comenzar el estudio retrospectivo, a 186 por 100 000 nacidos vivos. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cierta cautela. Los intervalos de confianza eran amplios y se superponían, por lo que la declinación no fue estadísticamente significativa, y también es posible que hubiera otros factores responsables de la mejora de las cifras.

5.3 Ventajas y desventajas de una revisión de muertes maternas por establecimiento sanitario

Las ventajas de realizar una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria incluyen:

Mejor ejercicio de la profesión

- La revisión de las muertes maternas por establecimiento sanitario ayuda a identificar dónde el nivel de la atención clínica que recibió una paciente particular fue inferior al estándar, para poder emprender las medidas que aseguren que esto no se repita. Esto a su vez puede llevar al desarrollo de nuevos procedimientos o directrices para el manejo de casos, y puede de última llevar a realizar una auditoría clínica.
- Donde se encuentre que el nivel de la atención inferior al estándar fue el resultado de la negligencia de un médico, partera u otro miembro del personal de la salud, deben emprenderse las acciones correspondientes para remediarlo. Es probable que la acción que sigue a una revisión que muestre ese tipo de hallazgos incluya la instauración de medidas que incrementen la capacitación práctica y la supervisión del trabajador de salud involucrado. Otra acción apropiada podría ser revisar las disposiciones para transmitirle al personal en formación sobre el nivel de atención que se les permite prestar sin consultar o sin solicitar apoyo de un miembro del personal de mayor jerarquía.

Mejor capacitación

- Los responsables del entrenamiento previo al servicio o durante el servicio pueden responder a los hallazgos de una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria haciendo cambios en el programa de estudios, o introduciendo métodos más apropiados de enseñanza y mecanismos de supervisión y de retroalimentación.

Recursos mejorados

- El jefe de obstetricia o de parteras puede utilizar los hallazgos para persuadir a los administradores o a los que diseñan las políticas sobre las necesidades de recursos (personal, equipos y medicamentos) del servicio de maternidad.
- Podría entregarse un resumen de los hallazgos de la revisión a los administradores sanitarios a nivel de distrito regional o nacional para ayudarles a identificar necesidades de los servicios y priorizar los recursos.

Defensa

- Los hallazgos de las revisiones de muertes maternas por dependencias sanitarias nunca se divulgan al público. Esto es debido a que no se puede garantizar que la información sea anónima. Aun así, existe la responsabilidad de brindar una retroalimentación general a la comunidad, a organizaciones no gubernamentales (ONGs), y autoridades de salud pública en lo referente a los factores vinculados a la comunidad. Esto se podría hacer en reuniones cara a cara, en documentos escritos, o escribiendo artículos para los diarios locales. Observaciones de este tipo podrían, por ejemplo, llevar a intentos por formar grupos de autoayuda locales que suministren ya sea dinero en efectivo o transporte a las mujeres que tienen necesidades urgentes de atención obstétrica.

Recursos

- Dado que la tendencia es que las revisiones de muertes maternas por dependencia sanitaria las realice el personal de las instalaciones que ya está en ese cargo, esas revisiones habitualmente son más baratas que otros métodos de investigación. Sin embargo, si se quisiera ampliar el proceso de revisión como para cubrir una serie de instalaciones o incluir un proceso de entrevistas a parientes y a otras personas en la comunidad, tal vez se requiera personal adicional.

Las desventajas de conducir revisiones de muertes maternas por dependencia sanitaria incluye:

Falta de información sobre toda la población

- Aparte de las situaciones excepcionales donde *todas* las muertes maternas se registran en las dependencias de salud (inclusive cuando la muerte ocurre fuera de la dependencia), no se puede considerar al abordaje de revisión de casos como basado en la población. Una revisión de muertes por dependencias no da un panorama completo sobre las muertes maternas en una población dada, particularmente en países o áreas donde la mayoría de las mujeres muere en la comunidad.

Los datos sobre los factores vinculados a la comunidad que llevan a la muerte de la mujer en la dependencia pueden ser difíciles de obtener

- La revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria no da un panorama completo de los acontecimientos a no ser que se recoja información sobre los factores vinculados a la comunidad relacionados con las muertes de las mujeres ocurridas en las dependencias. El abordaje más simple es asegurar que de rutina se junte información sobre los factores vinculados a la comunidad y sobre los acontecimientos previos al ingreso, obteniendo esos datos de la mujer o de sus parientes en el momento del ingreso. La obtención de esta información enviando a alguien que recoja los datos al domicilio de la mujer después de su muerte exige un enfoque mucho más sofisticado y caro y es mucho más sensible y, en muchas ocasiones, es difícil de alcanzar.

Los resultados no son tan rigurosos como en una auditoría clínica

- La revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria no es una *auditoría clínica* (ver Capítulo 8), y puede generar un gran volumen de información difícil de interpretar y sintetizar.

5.4 Proceso paso a paso para emprender una revisión de las muertes maternas

Esta sección brinda una descripción detallada paso a paso de cómo se puede conducir una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria. En resumen, los 10 pasos del proceso son:

1. Instaurar el proceso de revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria.
2. Decidir el alcance de la revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria.
3. Elaborar formularios para recoger datos y realizar un pequeño estudio piloto.
4. Seleccionar colaboradores y capacitar personal para recoger los datos.
5. Identificar los casos de muerte materna.
6. Identificar las fuentes de información.
7. Recabar datos en la o las dependencias de salud y en la comunidad si corresponde.
8. Sintetizar los datos, interpretar los resultados, y extraer conclusiones.
9. Utilizar los hallazgos.
10. Decidir si se repetirá la revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria en una fecha ulterior o si hacerlo como un proceso continuo.

Paso 1: Instaurar el proceso de revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria.

Hay ciertos prerrequisitos esenciales sin los cuales no se puede realizar una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria:

- Se necesita alguien con experiencia y autoridad para que asuma la responsabilidad general de coordinación.
- La o las dependencias que realicen la revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria deben tener un nivel razonable de registros en términos de registros de muertes, recuperación de notas sobre los casos, y calidad del registro en las notas. Por ejemplo, hay que registrar las direcciones de los domicilios de las pacientes para luego poder rastrear a la familia en la comunidad si eso ha de ser parte de la revisión.
- Los profesionales de la salud que inicien y/o realicen una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria deben tener la autoridad y apoyo necesarios, y esto se puede buscar a diferentes niveles, por ejemplo:

Administración regional	Jefe del Departamento de Salud Administrador de nivel jerárquico superior
Dependencia sanitaria	Superintendente Médico o Director del hospital Jefe del departamento de obstetricia Jefe de parteras/de enfermeras

Comunidad

Director Médico Regional
Jefe de administración civil
Líderes y directores o jefes locales

- Tal vez haya que suministrar un protocolo o descripción de lo que se pretende al solicitar permiso para realizar una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria.
- Habrá que llegar a un acuerdo sobre los costos y la afectación del personal que ha de realizar la revisión. El agregado de los resultados de una serie de revisiones individuales y la recolección de datos sobre factores vinculados a la comunidad, si se consideran factibles, requieren más recursos que una simple revisión de casos individuales que se limite a un análisis de los factores vinculados a la dependencia.
- Por último, hay que formar un equipo de revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria. Este equipo tiene la principal responsabilidad de realizar la revisión, aunque es esencial contar con la colaboración de varias personas más. El equipo normalmente consistiría en dos o más individuos, con una combinación equilibrada de profesiones y destrezas, pero podría ser mayor si la revisión se está realizando en una serie de instalaciones, como a nivel de un distrito. El equipo podría, por ejemplo, estar formado por partera, obstetra, médico salubrista, y alguien con experiencia en la comunidad.
- Cada uno de los miembros del equipo puede tener diferentes responsabilidades para recabar datos, dependiendo de su capacitación. Los criterios más importantes son que los miembros tengan algún interés en la investigación de las muertes maternas, que se comprometan, y que sean capaces de dedicarle el tiempo suficiente como para hacer el trabajo. Si en la revisión se va a incluir algún elemento de la comunidad, tienen que conocer el idioma local y tienen que ser capaces de entablar una relación con los miembros de la comunidad. Es importante incluir por lo menos una persona de cierta jerarquía, para darle al equipo una cierta autoridad y facilitar las relaciones con los otros organismos.

Paso 2: Decidir el alcance de la revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria.

Donde se disponga que la revisión cubra más de una dependencia o cuando se trate de un proceso que abarque todo un distrito o una región, es ventajoso intentar hacer una cobertura completa de todas las dependencias. Sin embargo, cuando se sabe que hay más muertes que las que se puede investigar, el primer paso es seleccionar qué dependencias se habrá de incluir. Es habitual planificar la búsqueda de información de por lo menos 20 a 40 muertes, con un mínimo de cuatro a seis casos, e incluir muertes de una gama de dependencias representativas. La Tabla 2.1 del Capítulo 2, puede ayudar a decidir en base a estos criterios, siempre y cuando se tenga por lo menos una estimación grosera de la razón de mortalidad materna local.

La revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria también resulta útil para dependencias aisladas, siempre y cuando haya un número suficiente de muertes para revisar. En los casos en que se realice la revisión

en una instalación de derivación obstétrica, la representatividad de la revisión aumentaría si se incluyera en ella alguna muerte ocurrida en dependencias periféricas dentro del área de influencia de la dependencia que recibe las derivaciones.

Paso 3: Elaborar formularios para recoger datos y realizar un pequeño estudio piloto.

La elaboración de los formularios de recolección de datos puede llevar mucho tiempo, y por lo tanto se han incluido algunos ejemplos en el sitio Web del CLAP/SMR. Los ejemplos han sido tomados de un borrador de la Parte VI del Manual de la OMS Safe Motherhood Needs Assessment Manual, ⁹. Los cuatro primeros formularios son para registrar datos de diferentes fuentes—historias médicas, registros que mantienen las mujeres, entrevistas al personal, y entrevistas a los miembros de la comunidad. También se incluye una hoja resumen de información de muestra, un relato resumido de una muerte materna, y una muestra de una planilla de codificación para el personal.

Como se puede observar, se pueden recoger muchos datos, pero se destaca que la idea no es que se ingrese toda esa información al sistema informático, ni que se la analice toda. La información es recabada para permitir al equipo de revisión identificar y clasificar los factores evitables, y reconocer cuales son los más comunes y cuales se pueden evitar más fácilmente en el futuro mediante intervenciones seleccionadas. En el Capítulo 3 se obtiene más información sobre los principios generales de recolección y análisis de datos.

Debería hacerse un estudio piloto de tamaño suficiente como para permitir al equipo de revisión determinar la factibilidad de sus planes y poner a prueba los formularios de recolección de datos. Normalmente se basaría en alrededor de cuatro a seis muertes. Al realizar el estudio piloto, el equipo de revisión debería seguir los Pasos 4 a 8 que se presentan a continuación.

Se recomienda que en el estudio piloto, los miembros del equipo de revisión realicen personalmente todos los pasos necesarios, incluyendo la recolección de datos. Esto les permitirá dar una mejor orientación al personal futuro que se reclute para recoger los datos de la revisión principal.

Paso 4: Seleccionar colaboradores y capacitar personal para recoger los datos.

Si la revisión de casos se limita a una dependencia, tal vez el equipo de revisión sea suficiente para conducir el proceso. Si, por otra parte, se conduce la revisión en varias dependencias, quizás se necesite un equipo de colaboradores mayor.

La inclusión de una persona con antigüedad de todas las principales dependencias que intervienen debería permitir al equipo de revisión ganar cooperación dentro de cada dependencia. De no ser así, el personal de mandos medios con alrededor de tres a seis años de experiencia profesional podrían ser las personas más adecuadas como colaboradores y recolectores de datos porque tienen el conocimiento y madurez apropiados, pero habitualmente no están demasiado comprometidos en otras tareas administrativas. La participación en la revisión también debería dar una experiencia de aprendizaje positiva.

Si se ha de incluir un elemento de la comunidad, tal vez sea preferible reclutar a algunos encuestadores específicamente para esta función. Esto asegura que los

que recaban información en la comunidad no conozcan los detalles sobre el manejo de los casos en la dependencia, y que por lo tanto no puedan verse inmiscuidos en discusiones potencialmente difíciles sobre este tema.

Finalmente, una vez que se haya reunido un número suficiente de encuestadores, el equipo de revisión tendrá que organizar un curso de capacitación para entrenarlos.

Debería acordarse si los encuestadores pueden recabar o no datos de las dependencias que no sean las propias. Eso debería estar permitido siempre y cuando sea evidente que están realizando su trabajo con imparcialidad y con cuidado de mantener la confidencialidad. Ciertamente, cuando se incluyen varias dependencias en la revisión, es importante utilizar los mismos recolectores de datos en todas las instalaciones. De no ser así, tal vez se obtengan resultados diferentes debido exclusivamente a las diferencias en la manera en que se recaban los datos.

Paso 5: Identificar los casos de muerte materna

Las muertes maternas a revisar habitualmente se identifican a partir de los registros de la dependencia sanitaria, como los registros de admisión y de alta, de sala de partos, block quirúrgico y de defunciones. Además, puede contarse con otras fuentes de información, como los registros informales que mantienen los profesionales de la salud. Es común que los médicos con cierta antigüedad y las parteras lleven sus propios registros personalmente, o que deleguen esa tarea a otros miembros del personal. Sin embargo, la información proveniente de esas fuentes ad hoc siempre debe complementarse o contrastarse con los registros de rutina.

Hay dos factores que complican la búsqueda de casos de muerte materna en una dependencia. En primer lugar, una cierta proporción de esas muertes tiene lugar fuera de las salas de obstetricia y ginecología, en particular aquellas que ocurren a principios del embarazo y las que derivan de causas indirectas. En segundo lugar, no todos los casos de muerte materna se clasifican correctamente ni se registran como tales. Esto significa que no va a alcanzar con las fuentes arriba mencionadas, por lo que debería tenerse acceso a todas las otras fuentes disponibles. El resumen del Cuadro 5.1 que describe las fuentes utilizadas para identificar las muertes maternas para una revisión en Yemen del Norte demuestra ese punto. El Capítulo 3 analiza otras posibles estrategias para mejorar la determinación de los casos en más detalle.

Una manera de resolver estos problemas es recopilar una lista de todas las muertes en la dependencia de las mujeres con edades entre 15–49 años^a. Al recopilar esta lista, es preciso acceder a todas las fuentes posibles. Esto obviamente incluye los registros no solo de las salas de obstetricia y ginecología, sino de todas las salas de adultos. Una vez que se haya recopilado la lista^b, se pueden eliminar todas las muertes que no sean el resultado de causas obstétricas directas o de patologías que se agravan por el embarazo, según surja de las historias médicas.

^a U otra definición de edad reproductiva pertinente a nivel local, ej. 12–54 años.

^b Por un ejemplo de un proceso seguido, ver la descripción de un sistema de vigilancia en Jamaica: McCaw-Binns A. Preventing maternal deaths in the Caribbean through surveillance. *Postgraduate Doctor Caribbean* 1996; 12(2): 72-80.

Cuadro 5.1—Fuentes de identificación de muertes maternas en Yemen del Norte ⁷

A continuación se presentan las fuentes iniciales de identificación de 224 muertes maternas en hospitales de Yemen del Norte. Solo 52.7% de estas muertes maternas ocurrieron en salas de obstetricia y ginecología.

<u>Fuente de identificación</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje del total</u>
Registros de ingresos en hospitales generales	107	47.8%
Registros de las salas de emergencia	13	5.8%
Registros de las salas de partos	60	26.8%
Certificados de defunción	28	12.5%
Informes diarios de enfermería	5	2.2%
Registros de los pagos	11	4.9%

Si se va a conducir la revisión en varias dependencias en una región y si el sistema de registro vital de muertes incluye el lugar de la muerte, es un sistema que puede proporcionar un listado inicial. Nuevamente, sería importante investigar más algunas muertes no certificadas como maternas, pero que ocurren en mujeres en edad reproductiva, para tener una idea de hasta qué punto puede haber errores de clasificación. En el Capítulo 3 se muestra el ejemplo de Brasil (Cuadro 3.1) que muestra como al hacer esto prácticamente se duplicó la estimación de la relación de mortalidad materna en un estado.

Al realizar una revisión de muerte materna por dependencia sanitaria por primera vez, se puede decidir incorporar algunas muertes de un período anterior. No se puede dar ningún consejo firme sobre hasta qué punto ir hacia atrás en el tiempo, pero si hay pocas muertes, será necesario ir lo suficientemente lejos hacia atrás como para identificar un mínimo de cuatro a seis casos.

Si hay demasiados casos para revisar para los recursos disponibles, debe hacerse una selección. Un abordaje que se sugiere en este caso es incluir por lo menos una de las cuatro complicaciones maternas más importantes (hemorragia, pre eclampsia/eclampsia, infección, parto obstruido), y seguir haciendo más selecciones, incorporando una serie de características maternas, tales como residencia, caso derivado o no, primigrávida o multigrávida, etc.

Paso 6: Identificar las fuentes de información

Las circunstancias que rodean a cada muerte se van armando recolectando datos de múltiples fuentes, tanto dentro de la dependencia sanitaria como en la comunidad. La finalidad es conseguir un cuadro lo más completo y exacto posible, sabiendo que las diferentes fuentes van a dar diferentes perspectivas. A continuación se resumen y agrupan las fuentes de información habituales.

Escritas: Registros de las salas de internación y de operaciones
Notas de la dependencia que brindó cuidados prenatales
Registros de la atención médica en manos de la mujer
Notas de la historia de internación de las pacientes
Cartas de alta

Entrevistas con: Médicos
Parteras
Otros miembros del personal hospitalario
Personas que atienden partos en la comunidad
Parientes y vecinos
Líderes de la comunidad

En la dependencia sanitaria las historias médicas de los pacientes son la fuente clave más habitual. Sin embargo, casi siempre les faltan algunos detalles y hay que suplementarlos con información de las entrevistas con personal seleccionado. Las entrevistas deben ser conducidas de modo no judicativo y tranquilizando a los involucrados de que la información será manejada con confidencialidad, especialmente si el entrevistador no es un miembro del personal de la dependencia en cuestión.

Si por las características del alcance de la revisión se necesitan más datos que los que surgen de la revisión de las notas, habrá que hablar con los profesionales de la salud, para lo cual se tendrá que programar entrevistas. La obtención de información detallada sobre la secuencia de los eventos que llevaron a la muerte de una mujer habitualmente se hace a través de entrevistas individuales con las personas pertinentes como el esposo o la persona que atiende los partos, pero algunas veces se puede hacer a través de grupos focales o entrevistas a grupos. Aquí también el entrevistador debe abstenerse de emitir juicios sobre lo que ocurrió tanto en la comunidad como en el hospital.

Paso 7: Recabar información en la o las dependencias de salud y en la comunidad si corresponde

Recolección de información en la dependencia

Para lograr una mayor exactitud de información, lo mejor es obtener los datos lo antes posible después de la muerte. El éxito de la recolección de datos puede depender de cómo se manejan los temas de confidencialidad e imparcialidad.

El personal de todas las instalaciones involucradas tiene que tener la seguridad de que el proceso de revisión no pretende encontrar culpables de lo que ha pasado. Tienen que saber que todos los hallazgos se registrarán y se comunicarán de una manera completamente anónima. Se puede tranquilizar al personal en estas reuniones preliminares, o mediante una breve explicación escrita de los métodos de trabajo de la revisión. En ese sentido, tal vez se tenga que tranquilizar al personal explicando que se asignarán códigos confidenciales a cada miembro del personal para la recolección de los datos y que sólo el equipo de revisión tendrá acceso a los códigos.

La única excepción es cuando queden al descubierto casos de negligencia. Estos no pueden ignorarse, y deben seguirse los procedimientos habituales que se utilizan en una dependencia para investigar dichos casos y para actuar sobre ellos.

Aún con los recaudos arriba mencionados, para tener éxito los encuestadores deben demostrar tacto, sensibilidad y atención a los detalles. A continuación se presenta el orden habitual en el que deberían realizar su trabajo:

- Recolectar información revisando los registros médicos y de enfermería. Los registros de enfermería y de parteras no siempre se archivan junto con las historias médicas, y puede necesitarse la ayuda de enfermeras/parteras para asegurar que no se los pase por alto.
- Entrevistar a todo el personal involucrado en la atención de la paciente—lo mejor es que esto esté a cargo de miembros del equipo que tengan una formación clínica, más que de salud pública o de la comunidad. Según la cantidad de personal involucrado y la sensibilidad demostrada, tal vez se decida entrevistar por separado al personal o en grupos de aproximadamente la misma jerarquía. En estas entrevistas, el encuestador debe comenzar alentando al personal a hacer un relato libre de los acontecimientos. Luego el encuestador debería hacer preguntas dirigidas a llenar los huecos del relato o a profundizar en partes que no se comprenden, o que no concuerdan con otra evidencia.

Para algunas muertes, puede hallarse que casi no se puede obtener información. Sin embargo, estas muertes no deben ser omitidas. Ciertamente, debe hacerse un esfuerzo especial para averiguar por qué puede haber una falta de información, y armar un cuadro de los acontecimientos pertinentes a partir de la recolección de los datos en la comunidad.

Debe asegurarse la exactitud de la recolección de datos aplicando algún método de control de calidad. Puede haber errores en varios puntos del proceso desde, por ejemplo, omisión de algunas muertes o no entrevistar al personal de la salud clave, comunicación equivocada de la información que surge de las notas de los casos. Es particularmente importante detectar ese tipo de errores cuando se revisen números pequeños de muertes. Por ejemplo, si el registro del tiempo transcurrido desde el ingreso de la mujer hasta que recibe tratamiento está equivocado en solo una muerte, ese elemento tendría un efecto desproporcionado y engañoso en aquellos casos donde hubo un número total de muertes pequeño.

Un método de control de calidad es dar capacitación de buena calidad a los encuestadores y realizar cursos de repaso.¹⁰ Se pueden adoptar otras medidas, como hacer una doble verificación de las entradas en los formularios de recolección de datos y repetir la recolección de algunos datos con otros encuestadores.

Planificar la recolección de datos de la comunidad si corresponde

Ya se ha mencionado que sería ideal poder recoger los datos de los miembros de la comunidad durante las visitas domiciliarias en algún momento después de la muerte. Eso puede dejar al descubierto información valiosa sobre las circunstancias que influyeron sobre el embarazo o el trabajo de parto antes de que la paciente consultara. También ofrece una oportunidad para solicitar, ver y analizar los registros que estén en manos de las pacientes.

Sin embargo, es evidente que las visitas domiciliarias no siempre son factibles. Puede que las distancias o las dificultades logísticas para encontrar el domicilio sean excesivamente grandes. Puede haber también barreras culturales que impidan visitar a los deudos durante un período de duelo.

Para las áreas donde este paso es factible, esta sección se refiere a quién debe recoger los datos en la comunidad, de quién los debe obtener, y cómo deben hacer para cumplir con la tarea.

¿Quién debe recabar la información?

Esta tarea la debería poder hacer un encuestador correctamente capacitado sin experiencia médica ni de partería. Otra posibilidad es que esa tarea la haga un trabajador de la salud de la comunidad. Sea como sea, quienquiera que emprenda la tarea, necesitará un entrenamiento específico.

¿De quién debe recabarse información?

Tal vez esta pregunta se pueda contestar solo tras una conversación preliminar con algunas personas. El objetivo debe ser identificar y entrevistarse a las dos o tres personas con mayor conocimiento directo del caso, evitando recabar información de segunda mano. Si la gente indicada está asustada o se siente culpable, puede ser difícil lograrlo, pero el tacto y la perseverancia pueden ayudar. En algunas circunstancias, se puede decidir que una charla en grupo sea la manera más apropiada para obtener la información deseada.

¿Cómo se debe recabar la información?

Antes de emprender algo más que conversaciones preliminares, el entrevistador debe considerar la necesidad de hacer una visita de cortesía a un líder de la comunidad y posiblemente obtener su permiso formal. Al hacer el interrogatorio formal, lo mejor es comenzar con una pregunta abierta que permita a los informantes relatar la historia con sus propias palabras. Luego se debe seguir con un interrogatorio dirigido y, al final, completar el cuestionario estructurado. Muchas de estas preguntas ya se habrán respondido para entonces. En el sitio Web del CLAP/SMR se incluye una muestra de una lista de las preguntas sugeridas.

El entrevistador siempre debe ser consciente que los miembros de la familia pueden tener percepciones completamente distintas de los acontecimientos ocurridos, y tal vez se sientan culpables o asustados. Es muy importante que el entrevistador se limite a los factores vinculados a la comunidad, y no comente cómo se manejó el caso en la dependencia o las dependencias. Si los miembros de la comunidad hacen preguntas sobre ese tema, deben ser derivados a la persona apropiada en las dependencias en cuestión.

El control de calidad del proceso de recolección de datos es muy importante. Entre los pasos que se pueden tomar se incluye la presencia de supervisores u otros miembros del equipo de revisión en las entrevistas, o llamar a los informantes de la comunidad para confirmar que efectivamente se había establecido contacto con ellos.

Paso 8: Sintetizar los datos, interpretar los resultados, y extraer conclusiones

Primero debe hacerse la revisión individual de las muertes maternas. Luego hay que sintetizar los resultados de todos los casos para identificar los posibles patrones comunes. En ambos casos es preciso destacar los factores evitables vinculados a lo que pasó antes del ingreso, la existencia de dependencias sanitarias disponibles, y la atención prestada por los profesionales de la salud.

El procedimiento normal es convocar a una reunión de todos los involucrados en el manejo del caso. Entre los invitados deben estar todos los trabajadores de la salud que asistieron a la paciente antes de su ingreso al hospital. También hay que incluir al personal de laboratorio, a los patólogos y a todos los que puedan contar con información.

Los detalles del caso o de los casos deben presentarse de manera objetiva, completa y precisa, sin emitir ningún juicio previo. Luego se debe discutir el caso, tratando de comprender cabalmente la cadena de hechos. Es importante mantener una atmósfera no recriminatoria que permita una conversación honesta y sin miedo a la adjudicación de culpas. No obstante ello, esta revisión entre pares debe ser un procedimiento no anónimo y no confidencial. Esto mejora la responsabilidad y la disposición de los participantes a cooperar en las medidas correctivas ulteriores.¹¹ Aún así, debe haber un código de confidencialidad entre el grupo de colegas que participen en este paso de la revisión.

La meta última de estas reuniones es identificar los factores que, de haberse evitado, podrían haber prevenido la muerte. Algunos investigadores de muertes maternas prefieren hacer una búsqueda de evidencias de atención inferior a la norma en vez de buscar los factores evitables. Esto es debido a que es más fácil reconocer dónde tendría que haber sido mejor la atención que saber si una mejor atención podría haber evitado una muerte. También se piensa que es más fácil considerar no solo las fallas de la atención clínica, sino también otros factores que podrían haber afectado la atención de manera adversa. Entre ellos se incluyen la escasez de recursos para proveer a las dependencias de personal, problemas administrativos, y la falta de servicios como la hemotransfusión.¹²

En la síntesis de los resultados de todos los casos, se reúnen los hallazgos importantes que surgen del análisis de las muertes maternas individuales, en búsqueda de patrones comunes. En este punto, tanto los datos agregados como los resultados deben presentarse anónimamente. Esto es de particular importancia si esos hallazgos se van a publicar.

En primer lugar uno o dos miembros del equipo deben preparar la síntesis de los hallazgos que luego presentarán a un pequeño grupo del personal. Debe hacerse un intento por alcanzar un acuerdo sobre los hallazgos significativos. Estos podrían ser, por ejemplo:

- Un número desproporcionado de muertes se dio en una localidad en particular.
- El uso insuficiente de transfusiones de sangre fue un factor común evitable.
- En varias ocasiones se demoró en buscar una segunda opinión.

Sin embargo, estos hallazgos iniciales requieren una interpretación más depurada, ya que todos ellos podrían tener varias explicaciones.

Por ejemplo, a continuación se sugieren algunas explicaciones de por qué el **uso insuficiente de transfusiones sanguíneas** podría ser un factor común evitable:

- ¿Los miembros de la comunidad eran reticentes a donar sangre?
- ¿Las existencias de sangre *segura* eran inadecuadas?
- ¿Las pacientes eran reticentes a recibir sangre, por razones como miedo a infectarse con VIH?
- ¿No había personal de laboratorio después de hora?
- ¿Los médicos no querían recibir donaciones o hacer las determinaciones de grupo sanguíneo y compatibilidad?
- ¿Había escasez de insumos, como bolsas de transfusión, insumos para donación de sangre?
- ¿Se subestimó frecuentemente la pérdida de sangre o la necesidad de reposición?

El equipo de revisión quizás tenga que investigar un poco más antes de poder extraer conclusiones seguras sobre la causa o las causas subyacentes de los factores evitables.

Cualesquiera sean las medidas que tome el equipo, es importante realizar más verificaciones sobre el modo en que se han sintetizado e interpretado los datos. Una manera de verificar el proceso de síntesis de resultados sería, por ejemplo, comparar los patrones de los diferentes distritos o dependencias, para ver si hay incongruencias importantes que indiquen errores al juntar el material, más que diferencias reales. También es probable que se llegue a conclusiones más válidas si se obtiene una segunda opinión o una opinión de consenso sobre la interpretación de los hallazgos.

En la mayoría de las revisiones de muertes maternas por dependencia sanitaria, los investigadores tamizan toda la evidencia y aplican su propio juicio para decidir lo que ha ocurrido. Esa puede ser una tarea muy difícil, ya que a menudo la evidencia que surge de las diferentes fuentes es a la vez convincente y contradictoria. Si ese fuera el caso, puede ser útil utilizar un enfoque innovador para encarar este problema, la Técnica Rashomon.¹³

Esta técnica consiste en el registro no judicial y análisis ulterior de la historia objetiva aportada por una serie de testigos clave de los hechos, como se muestra en el Cuadro 5.2. No se hace ningún intento por decidir cuál de los relatos es más exacto. Más bien, lo que se hace es usar las diferencias de percepción e interpretación de los diferentes testigos para ver las distintas perspectivas de cómo perciben los hechos las diferentes personas. A partir de esto, se hace un intento por extraer conclusiones sobre el modo en que ciertas intervenciones podrían cambiar el comportamiento de los miembros de la comunidad y de los trabajadores de la salud para mejorar la salud materna.

“... para muchos miembros de la familia el volumen de sangre que había perdido la madre después del nacimiento del niño era ya de por sí terrible, y... el espanto era suficiente como para provocar miedo o confusión, pudiendo llevar a la acción o a la parálisis de los miembros de la familia.”

El enviar a los parientes a hacer recados para encontrar sangre o medicinas para ‘salvar’ a las mujeres a menudo indicaba la falla de las dependencias sanitarias en prepararse para las emergencias, y la tendencia de los profesionales de la salud a traspasar la responsabilidad del tratamiento a la familia.

“Las entrevistas al personal de los servicios sanitarios mostraron que las razones por las que no se brindan cuidados de emergencia durante los traslados son muchas y variadas. Van desde la aseveración simple, y probablemente válida, que la partera del pueblo tenía que atender a otras pacientes... hasta el tema más complejo de cómo podría hacer los arreglos la partera... cuando no tiene presupuesto para ese tipo de actividades.”

“... lo que reveló un mayor nivel de dificultad fue la hesitación de parteras, enfermeros u médicos en prestar algún servicio a las pacientes que están por ser trasladadas inmediatamente a un nivel más alto de atención. El término ‘takut salah’ (miedo de cometer un error) surge a menudo, y aparentemente ese miedo es particularmente importante cuando se deriva a un paciente a un especialista.”

Paso 9: Uso de los hallazgos

Los miembros del equipo de revisión deben comprender que tienen la responsabilidad de asegurar que se actúe sobre todas las lecciones aprendidas. Ciertamente, la transmisión de las observaciones a la gente apropiada es una exigencia moral y ética. Por lo tanto, al concluir cada revisión habría que preparar una lista de acciones, ya sea que la revisión involucrara una muerte individual o una serie de muertes. La lista debe establecer lo que hay que hacer y quién va a estar a cargo de hacerlo, además de quién va a contactar a otros que no estén presentes en la reunión. Luego habrá que revisar la lista para confirmar que se hayan emprendido todas las acciones. A continuación se enumeran las personas que pueden llegar a intervenir:

- El jefe de obstetricia y ginecología u obstetras individuales
- El jefe de enfermería/partera o enfermeras/parteras individuales
- Anestésista experimentado o anestésistas individuales
- Personal de la salud de la comunidad
- Encargado de farmacia del hospital
- Jefe de laboratorio
- Gerente o administrador del hospital
- Médico o partera de la dependencia que derivó a la paciente
- Líderes de la comunidad

Las acciones requeridas en el caso de una muerte particular pueden incluir, por ejemplo:

- Transmitir información actualizada a los parientes cercanos de la fallecida.
- Hablar con el farmacéutico de la dependencia sobre cómo mantener las existencias de un medicamento en particular.
- Reorganizar la recolección de sangre del banco de sangre.
- Volver a redactar una sección de la guía clínica.
- Aplicar medidas correctivas y/o brindar entrenamiento suplementario para un miembro del personal
- Transmitir las conclusiones a los educadores sanitarios, ONGs, y autoridades públicas (por ejemplo, agua y transporte) de los hallazgos que resulten pertinentes para su trabajo.

Cuadro 5.3—Estudio de casos 1: Revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria en Nepal¹⁴

Durante 1996 y 1997 se realizó una revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria en tres distritos de Nepal. Esto fue parte de un estudio que incluyó autopsias verbales de las muertes maternas a nivel de la comunidad, así como revisiones de los casos de muertes maternas ocurridas en los hospitales y los casos de morbilidad materna en pacientes internadas en el hospital.

Se realizó la revisión en cuatro hospitales de los tres distritos seleccionados. En el proceso se entrenó a los médicos obstetras y ginecólogos y al personal de enfermería de las salas de maternidad de los hospitales. La revisión comenzó dentro de las 24 horas de la aparición de una muerte materna. Un médico iniciaba la revisión y el médico y/o enfermera llenaban el formulario de revisión.

El proceso de revisión se basó enteramente en el principio *sin nombre—sin culpa*, con el fin principal de determinar si la muerte materna era debida a una atención inferior a la estándar o a otros factores. La selección de la causa de muerte se hizo siguiendo las guías de CIE-10 (OMS 1993). Se utilizó un cuestionario para revisar cada muerte materna, con la información recogida de la maternidad y de los registros de laboratorio, así como de las entrevistas con todos los miembros del personal que intervinieron en la atención de la fallecida, incluyendo los auxiliares de sala y personal no idóneo del hospital.

La revisión facilitó la recolección de información sobre las mujeres fallecidas y sobre factores sociales y económicos como su religión, casta, ocupación, estado civil, nivel educativo y edad. Además se obtuvo información importante sobre la madre, como causa de muerte, etapa del embarazo, paridad, edad gestacional al morir, embarazo deseado o no, conocimiento sobre planificación familiar, atención prenatal, y lugar y tipo de parto.

La revisión destacó la importancia de contar con atención calificada en el parto y de reconocer oportunamente los signos de peligro, tanto en el domicilio como en el hospital. La revisión también identificó los factores evitables, encontrando que la mayoría de esos factores estaban vinculados a los servicios médicos (79%). También se tuvieron en cuenta los factores relacionados con las pacientes y sus familias (13%) y al transporte y acceso a las dependencias sanitarias (8%). Entre los factores vinculados al servicio médico identificados, la demora del tratamiento en la institución (23%), falta de sangre (19%), y tratamiento institucional inadecuado (19%) fueron los principales observados.

Para evitar muertes futuras, se determinó que se debía dar asistencia inmediata, evaluando y tratando a la paciente en cuanto llegaba a cada institución. La revisión identificó que habría que revisar la coordinación entre el médico tratante, el laboratorio y el banco de sangre, corrigiéndose cualquier problema detectado. Para encarar el problema del tratamiento inapropiado, se pensó que habría que elaborar protocolos clínicos que el personal debería respetar.

La meta final de todas estas actividades es la prevención de casos similares de muerte materna en el futuro. Se puede esperar que esto se logre parcialmente gracias a las acciones adoptadas en la práctica. En el Cuadro 5.3 se ve un ejemplo de una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria en Nepal que llevó a la decisión de emprender ciertas acciones prácticas. El Cuadro 5.4 muestra el valor de revisar las muertes maternas en Java Occidental. Pero tal vez debería enfatizarse que seguramente el beneficio más duradero sea lo que aprenden los miembros individuales del personal como resultado de las actividades. Por lo tanto, las personas que realizan la revisión de las muertes maternas por dependencia sanitaria deberían realizar las acciones requeridas de modo que maximice el aprovechamiento del aprendizaje.

Paso 10: Decidir si repetir la revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria en una fecha ulterior o si hacerlo como un proceso continuo.

Es importante completar el proceso de revisión reflexionando sobre la experiencia. Debe decidirse si se justifica o no realizar un proceso ulterior o mantener un proceso continuo de revisión, considerando los recursos necesarios y los beneficios obtenidos en términos de información que lleve a alguna acción. Deben extraerse las lecciones útiles sobre la revisión, utilizando lo aprendido en revisiones futuras.

Cuadro 5.4—Estudio de caso 2: Java Occidental ¹⁶

En este estudio de caso se identificaron las muertes maternas mediante un sistema de vigilancia perinatal y se las cotejó con datos recogidos prospectivamente en las dependencias y la comunidad. Por lo tanto no se trató de una revisión de muertes maternas por dependencia sanitaria como la que se describe en este capítulo. Sin embargo, su análisis sirve para destacar la manera en que la revisión de muertes maternas puede identificar deficiencias comunes en la atención y llevar a la toma de decisiones destinadas a resolver el problema.

Como parte de un estudio del enfoque de riesgo en un área rural de Java Occidental, Indonesia, se identificaron y revisaron todas las muertes maternas en un período de dos años.

La mitad de las muertes maternas fueron debidas a hemorragia, y dos tercios de las muertes por hemorragia fueron debidas a retención de placenta. Las revisiones de casos de este último grupo de muertes revelaron historias muy parecidas. Tras el nacimiento del niño, no se produjo el alumbramiento de la placenta. Los asistentes que atienden partos, en su mayoría personal entrenado para ese fin, derivaron correctamente a las mujeres a un centro de salud local. En el centro de salud, las parteras entrenadas, a las que se había enseñado teóricamente a extraer la placenta manualmente, en la práctica no pudieron o no quisieron realizar el procedimiento. Por lo tanto, las mujeres fueron derivadas a un hospital de distrito, a tres horas de distancia. Las mujeres murieron en el camino o llegaron al hospital en shock irreversible o con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA o “pulmón de shock”), y fallecieron.

La revisión de los casos identificó una discrepancia entre la destreza teórica y la destreza real de las parteras del centro sanitario para manejar los casos de retención de placenta y la necesidad de elaborar guías y volver a entrenar al personal.

Autores

Colin Bullough y Wendy Graham, Dugald Baird- Centre for Research on Women's Health,
University of Aberdeen, Aberdeen, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

Referencias

- ¹ Family Health Division. *Maternal mortality and morbidity study*. Kathmandu, Nepal, Department of Health Services, 1998.
- ² Malle D et al. Institutional maternal mortality in Mali. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1994; 46:19–26.
- ³ World Health Organization. Maternal mortality: helping women off the road to death. *WHO Chronicle* 1986; 40:175–183.
- ⁴ Rendle Short CW. Causes of maternal death among Africans in Kampala, Uganda. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* 1961; 68:44–51.
- ⁵ Rao KB. Maternal mortality in a teaching hospital in Southern India. A 13-year study. *Obstetrics and Gynecology* 1975; 46:397–400.
- ⁶ Bullough CH. Analysis of maternal deaths in the Central Region of Malawi. *East African Medical Journal* 1981; 58:25–36.
- ⁷ Abdulghani NA. *Risk factors for maternal mortality among women using hospitals in North Yemen*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 1993 (dissertation).
- ⁸ Mbaruku G, Bergstrom S. Reducing maternal mortality in Kigoma, Tanzania. *Health Policy and Planning* 1995; 10:71–78.
- ⁹ World Health Organization. *Safe motherhood needs assessment, part VI: maternal death review guidelines (draft)*. Geneva, World Health Organization, 1996.
- ¹⁰ Ministry of Health. *National maternal mortality study (Egypt, 1992–1993): preliminary report of findings and conclusions*. Cairo, Ministry of Health and Population, 1994.
- ¹¹ Bugalho A, Bergstrom S. Value of perinatal audit in obstetric care in the developing world: a ten-year experience of the Maputo model. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1993; 36:239–243.
- ¹² Abou-Zahr C. Maternal mortality overview: In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction*. Cambridge MA, Harvard School of Public Health, 1998:111–164.
- ¹³ Iskandar MB et al. *Unravelling the mysteries of maternal deaths in West Java*. Depok: Centre for Health Research, Research Institute University of Indonesia, 1996.
- ¹⁴ Ajit Singh Pradhan, Ministry of Health, Nepal.
- ¹⁵ Alisjahbana AD. *The implementation of the Risk Approach on pregnancy outcome by traditional birth attendants*. Doctoral dissertation. University of Rotterdam, 1993.

Mensajes clave

- ✓ Las investigaciones confidenciales “relatan la historia” de cómo y por qué fallecieron las mujeres individualmente y sigue su pista por los servicios sanitarios y comunitarios.
- ✓ Las investigaciones confidenciales aportan pruebas de dónde residen los principales problemas que provocan la mortalidad materna, y permiten hacer un análisis en términos prácticos, destacan las áreas clave que requieren recomendaciones para acciones en el sector de la salud y de la comunidad, y llevan a elaboración de guías destinadas a mejorar los resultados clínicos.
- ✓ El sentimiento de propiedad del tema y el involucramiento de los que están en condiciones de influir cambios en el sistema de salud hacen que los hallazgos puedan ser utilizados para elaborar programas de salud materna nacionales o regionales.
- ✓ El sentido de propiedad por parte de los diversos grupos de profesionales de la salud involucrados puede llevar a la elaboración de guías o normas clínicas, su ulterior difusión, aplicación y auditoría, para mejorar la calidad de la atención.

Al igual que las otras metodologías descritas en este manual, la principal finalidad de las *investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas* es aprender lecciones para salvar vidas y reducir la severa carga de morbilidad materna y neonatal. Las investigaciones confidenciales no son ejercicios de recuento de muertes con fines estadísticos, o para calcular las razones de mortalidad materna (RMM), si bien esto puede ser una consecuencia útil adicional cuando la cobertura nacional es completa. Más bien, aportan evidencias de dónde residen los principales problemas que impiden acabar con la mortalidad materna, permiten analizar lo que se puede hacer en términos prácticos y destacan las áreas clave que requieren recomendaciones para el sector de salud y acción en la comunidad, así como guías para mejorar los resultados clínicos. La información obtenida de esas investigaciones debe utilizarse como pre requisito para la acción.

La principal diferencia de este enfoque, comparado con los otros que se analizan en este manual, es que al estar sus propietarios a un nivel en el que se pueden diseñar políticas o elaborar guías, los resultados y las recomendaciones a las que lleguen pueden tener un impacto mucho más amplio sobre la salud materna que si las investigaciones fueran realizadas solo dentro de las dependencias locales o en las comunidades. Ese tipo de investigaciones más amplias brindan información a los planificadores sanitarios y ministros con las que cambiar o diseñar políticas y aumentar los niveles de inversión en salud cuando resulte práctico hacerlo. La apropiación de los diferentes grupos de trabajadores de la salud involucrados lleva al desarrollo, la difusión, aplicación y auditoría de las guías clínicas profesionales. Los hallazgos pueden ser utilizados para elaborar programas nacionales o regionales de salud materna basados en una visión pero fundamentados en la realidad.

Una segunda diferencia es que si bien inicialmente los datos se recogen confidencialmente a nivel local, se los hace anónimos antes de reunirlos para que los evalúe un grupo multidisciplinario independiente de profesionales de la salud. Esto significa que no se puede identificar el nombre de la mujer que falleció, el de los trabajadores de la salud que la asistieron, ni la institución en la que murió. Eso da confianza a los que asistieron a la mujer, en el sentido que pueden dar un relato franco y no sesgado de las verdaderas circunstancias de la muerte, y de las deficiencias que hubo alrededor del caso, sin temor a posibles acciones en su contra. Gracias a ello se puede obtener un cuadro más realista de los hechos exactos y de cualquier factor evitable o remediable en la atención que recibió.

Las investigaciones confidenciales son esencialmente estudios observacionales, que usan análisis cualitativos y cuantitativos, que tienen en cuenta los factores médicos y algunas veces no médicos que llevan a la muerte de una mujer. Aportan información sobre casos individuales, que al agregarse pueden mostrar tendencias o factores comunes para los que sea posible instaurar acciones de remedio.

Los estudios observacionales dan una perspectiva de muchos factores que pueden haber provocado la muerte de una mujer. Si bien las causas médicas tal como aparecen enumeradas en los certificados de defunción pueden ser las mismas, las verdaderas razones por las que murió la mujer pueden ser muy diferentes. Por ejemplo, una mujer puede morir de hemorragia por varias razones: es posible que no haya recibido atención obstétrica; tal vez no haya podido acceder a la atención; tal vez no se haya dado cuenta de la gravedad de sus síntomas; puede haber recibido cuidados inadecuados o puede no haber tenido acceso a servicios de hemotransfusión.

Como se describe más adelante, las investigaciones confidenciales también pueden tener un poderoso efecto en “relatar la historia” contando cómo murió cada mujer individual, además de aportar comentarios, de ser necesario.

6.1 Lecciones extraídas en los primeros cincuenta años de investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en el Reino Unido

El ejemplo de funcionamiento más prolongado de una investigación confidencial sobre muertes maternas (CEMD por su sigla en inglés) es el del Reino Unido. Durante la década del 20, en una época en la que estaban mejorando otros indicadores sanitarios como el de mortalidad infantil, los profesionales de la salud y los grupos defensores de la mujer comenzaron a preocuparse por la aparente falta de mejoras de similar tenor en los niveles de mortalidad materna. Eso llevó a que en 1928 los profesionales de la salud a nivel local iniciaran un sistema de auditorías de revisión de casos.¹ Si bien no tenían un alcance nacional, estas auditorías de muertes maternas incluían una revisión detallada de los eventos adversos. Con el tiempo, a medida que mejoró el compromiso, esas revisiones a pequeña escala o auditorías de las dependencias locales fueron evolucionando, y para 1935, llegaron a ser sistemas de investigaciones confidenciales basados en autoridades sanitarias que cubrían áreas más amplias, y sus recomendaciones jugaron un papel importante en la reducción de la tasa de mortalidad materna en el transcurso de las dos décadas siguientes.

Los primeros años de estas investigaciones determinaron una época de enormes avances, especialmente porque las mujeres no tuvieron acceso universal a atención de la salud libre de cargos sino hasta la fundación del Servicio Nacional de Salud a fines de la década del 40.

A partir de 1935, la tasa global de mortalidad materna en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte cayó de 400 a 11 por 100 000 nacimientos en 1999. A excepción del VIH y del SIDA, el patrón de las principales causas de muerte materna en todo el planeta hoy en día, a saber, sepsis, hemorragia, eclampsia y aborto ilegal, es llamativamente parecido a los patrones prevalentes en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en 1935. La introducción de las técnicas asépticas redujo la mortalidad por sepsis antes del advenimiento de los antibióticos, y la atención del parto de las mujeres con riesgo más alto en los hospitales redujo las muertes por hemorragia tanto como la introducción de los servicios de hemotransfusión. Por lo tanto, la adopción de guías sencillas, y al mismo tiempo no basadas en la evidencia, que surgieron de las primeras comunicaciones, tuvo un papel preponderante en la importante disminución de la tasa de mortalidad materna en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

La disminución más drástica de la tasa local de mortalidad materna fue la alcanzada en Rochdale, un pueblo industrial en el área más pobre de Inglaterra, localidad que en 1928 tenía una tasa de mortalidad materna de más de 900 por 100 000 embarazos, más del doble del promedio nacional de la época. A raíz de la inquietud local, el departamento de salud pública local emprendió una investigación confidencial, y para 1934 las acciones que se adoptaron como resultado de la investigación redujeron la tasa de mortalidad materna a 280 por 100 000 embarazos, la más baja del país. El logro fue más notable aún si se considera que ocurrió en una época de depresión económica severa, pese a lo cual el informe manifiesta que: “es importante destacar que los resultados se obtuvieron gracias a un cambio del espíritu y el método, y sin ninguna modificación del personal ni un aumento substancial del gasto público.”² La investigación precisó que las principales causas de muerte resultaban de una combinación de la ignorancia de las mujeres con respecto al embarazo y al uso excesivamente frecuente del fórceps, y de otras técnicas empleadas para agilizar el parto. Los médicos y parteras del lugar trabajaron en conjunto para introducir nuevas normas de atención y, como manifiesta el informe publicado, “se recurrió a todas las instituciones disponibles como plataforma, el púlpito, el supervisor de la fábrica y la prensa, para concientizar a la comunidad sobre la necesidad de asistencia prenatal y transmisión de los signos y síntomas de complicaciones”.²

Al comentar el impacto de los hallazgos de ésta y otras investigaciones anteriores, Sir George Godber, un ex Director General de la Salud de Inglaterra, declaró, “Lo único que pretendió hacer este procedimiento fue asegurar las mejoras mediante una revisión local de los casos, pero muy pronto quedó en evidencia que los factores prevenibles en los cuidados prenatales e intranatales eran demasiado frecuentes como para desaprovechar la oportunidad de aplicar una acción central para remediarlos.”³ Fue por eso que se decidió emprender una investigación confidencial nacional para Inglaterra y Gales en 1952, la que se amplió para cubrir todo el Reino Unido (UKCEMD) en 1985. El sistema continúa funcionando y mejorando la atención de la salud materna al día de hoy, 50 años más tarde.

Los primeros informes de la CEMD para Inglaterra y Gales fueron documentos muy breves, de 24 a 40 páginas, y se concentraban tan solo en las tres o cuatro causas principales de muerte, y no en los factores más amplios clínicos y vinculados a la salud pública que se abarcan hoy. Actualmente, otros países pueden adaptar fácilmente este enfoque inicial. Todos los informes demuestran que se debe enfatizar que la información es un prerrequisito para la acción.

Otro aspecto importante en las primeras investigaciones fue que las recomendaciones resultantes eran simples, baratas, eficaces, y se difundieron ampliamente. Algunas eran muy parecidas a las guías basadas en la evidencia de la Organización Mundial de la Salud para el Manejo Integrado del Embarazo y el Parto (IMPAC por su sigla en inglés) que se emplean actualmente^a. Ambas siguen manteniendo su pertinencia tanto en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte como en muchos países más.

Tal vez una de las características más importantes de los informes de UKCEMD es que siempre incluyeron “viñetas” anónimas, breves resúmenes de casos que “relatan la historia”. El equipo de investigación nunca olvida que la muerte de una mujer es una tragedia individual personal y familiar. Tampoco olvidan que la mujer tenía una historia particular que contar, y el hecho de rastrear su trayectoria por el sistema de salud y describir la o las acciones que hubieran podido evitar su muerte tiene un potente efecto sobre los que leen las historias, y muchos de ellos relatan que eso los llevó a hacer cambios inmediatos en su práctica.

La participación en una investigación confidencial, ya sea proporcionando información o escribiendo la historia de una mujer cuya cara y cuya familia todavía se puede recordar, o inclusive evaluando el caso de manera anónima, puede verse como una intervención legítima de atención de la salud. Y, como resultado, puede dar lugar a modificaciones personales o locales de la práctica profesional que se basan en esa experiencia, mucho antes que se publiquen el informe y sus recomendaciones. En el Reino Unido, ya desde 1954, se reconocía que participar en una investigación confidencial tenía un “poderoso efecto secundario” en el sentido que “todos los participante en estas investigaciones tienen que haberse beneficiado del efecto de formación, independientemente de la experiencia que tengan y sea que el trabajo se realice en un hospital docente, un hospital local, en la comunidad o en el hogar de la paciente.”⁴

Por lo tanto, la experiencia personal es una herramienta tan valiosa para diseñar un cambio como la notificación estadística anónima, si no más.

Posteriormente se realizaron varias investigaciones nacionales, ya sea continuas o cada intervalos regulares, así como investigaciones subnacionales en varios países, como Australia, en algunos estados de EUA y en ciertos países europeos. Más recientemente se han iniciado investigaciones confidenciales en partes de Surinam, Malasia, Israel, Indonesia y Sud África, utilizando una metodología de investigación confidencial adaptada del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. También se han hecho investigaciones menores, limitadas en el tiempo, en otros países como Jamaica, Holanda y Egipto. Varios países más han expresado su interés por explorar la factibilidad de emprender dichos estudios.

^a IMPAC es un conjunto completo de normas, estándares y herramientas que se puede adaptar y aplicar a nivel nacional y local para apoyar los esfuerzos de los países para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Puede obtenerse este material en el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS, Ginebra. Consulte la página web <http://www.who.int/reproductive-health> por más información.

Viñeta 1: Un caso de ruptura uterina⁵

El estudio del siguiente caso ilustra los factores evitables, incluyendo el uso inapropiado del Syntocinon, en la muerte de una mujer con ruptura de útero.

La mujer tenía 32 años cuando fallece. Había dado a luz a tres hijos, todos los cuales estaban vivos en el momento de la entrevista domiciliaria, y sus embarazos y partos anteriores habían sido normales. La mujer había estado usando un DIU durante ocho años, pero se lo había quitado a pedido de su marido. Durante el embarazo que llevó a su muerte, concurre a una consulta prenatal con una obstetra en una clínica privada. Presentó vómitos recurrentes antes de comenzar con los dolores del trabajo de parto. Durante el trabajo de parto la vio en su domicilio una partera, quien le administró una inyección de Syntocinon. A las ocho horas de eso la llevaron al hospital del distrito donde se le diagnosticó rotura de útero. El hospital no tenía sangre y en 15 minutos la derivaron a un hospital de mayor complejidad para realizarle una histerectomía. Murió en el camino.

Viñeta 2: Un caso de hemorragia postparto⁶

Una mujer que había tenido una retención de la placenta con hemorragia postparto en sus partos anteriores (en la primera ocasión se registró como una placenta acreta) fue sometida a una inducción de parto. Se le hizo una inducción del trabajo de parto en un fin de semana y cuando hizo la retención de la placenta, la partera se demoró en llamar al registrador. Cuando la hemorragia se hizo profusa hubo una nueva demora del registrador en llamar al consultante y más demora en proceder a la histerectomía bajo anestesia general. Se complicó aún más con otras demoras en la obtención de sangre compatible de un hospital a varias millas de distancia. Se le administró apropiadamente sangre O negativa sin incompatibilidad, pero para entonces la situación estaba fuera de control y presentó un paro cardíaco. Se le había dado ergometrina en el momento del parto, pero sin repetirla.

No era correcto tratar a esta mujer de muy alto riesgo en un hospital que no disponía de banco de sangre propio. No había una razón de peso para hacer la inducción en absoluto, ya que aumenta el riesgo de complicaciones del tercer estadio, y ciertamente no correspondía hacerlo en un fin de semana.

Viñeta 3: No conoce los síntomas ni sabe cuándo consultar⁷

Una mujer con un hijo vivo y cursando su cuarto embarazo ingresó a un hospital local habiendo presentado cefaleas severas, dolor epigástrico y trastornos visuales. El día antes del ingreso perdió la conciencia. Murió por eclampsia a pesar de su excelente atención posterior. No había acudido a ningún control prenatal y ni ella ni su familia eran conscientes de la gravedad de sus síntomas ni de la necesidad de atención.

6.2 ¿Qué es una investigación confidencial de las muertes maternas?

La investigación confidencial de las muertes maternas puede definirse como *una investigación multidisciplinaria sistemática anónima de todas las muertes maternas o de una muestra representativa de las muertes maternas acaecidas en un área a nivel regional (estado) o nacional, que identifica el número, las causas y los factores evitables o remediables asociados con esas muertes. A través de las lecciones aprendidas de cada muerte de una mujer, y al ir agregando la información, las investigaciones confidenciales proporcionan evidencias de dónde residen los principales problemas para vencer la mortalidad materna y un análisis de qué se puede hacer en términos prácticos, y además destaca las áreas clave que requieren recomendaciones para cada sector de la salud y acción de la comunidad, así como pautas para mejorar los resultados clínicos.*

Por lo tanto, la principal finalidad de una investigación confidencial es salvar vidas, determinando las deficiencias en la atención médica personal de cada mujer en el sistema sanitario o en la comunidad, que puedan haber contribuido a su muerte, reuniendo la suma de conocimientos y evidencias adquiridas durante la evaluación de la totalidad de los casos y recomendando los cambios apropiados, como se muestra en la Figura 6.1.



Características de una investigación confidencial sobre las muertes maternas

- Debe ser propiedad nacional o regional y debe tener el apoyo de los planificadores de atención médica, de los profesionales y del Ministerio de Salud. La información suministrada debe ser lo suficientemente robusta como para permitir:

- desarrollar una política nacional o regional que permita mejorar los programas de atención materna y que aporte una base sólida para incrementar los fondos de financiamiento de los programas, cuando esos fondos estuvieren disponibles;
 - elaborar guías clínicas y estrategias de desarrollo de servicio más amplias que debieran incidir directamente a nivel individual para salvar la vida de las mujeres; y
 - dar información de retroalimentación a la comunidad, grupos de mujeres o mujeres en general, que las ayude en su defensa, y para que comprendan los mensajes clave que conciernen a su propia salud y su embarazo.
- Consiste en una profunda valoración anónima y multidisciplinaria de las causas y circunstancias que rodean a las muertes maternas en grupos seleccionados de dependencias, regiones o países. Su interés puede limitarse a asuntos clínicos específicos y a las barreras en la atención, o puede abarcar todo, examinando en mayor profundidad las circunstancias en la comunidad o la familia que puedan haber contribuido a la muerte de una mujer. Cada investigación tendrá diferentes objetivos dependiendo de las prioridades locales, los factores y los recursos; no puede aplicarse una plantilla fija preestablecida para esos estudios.
 - El proceso es confidencial y los nombres de todas las mujeres o de los trabajadores que le brindaron atención médica se retiran antes de la valoración. Esto ofrece un ambiente seguro en el que solo se valoran casos que se han hecho anónimos, lo que lleva a una notificación más abierta y completa, lográndose un cuadro más completo en cuanto a la secuencia precisa de los eventos.
 - Emplea métodos de encuesta relativamente baratos, que no tienen que depender de estadísticas vitales completas ni en un desglose exacto de las causas de muerte como un precursor de acción.
 - Emplea métodos de notificación relativamente simples. En países como el Reino Unido, donde las muertes maternas son infrecuentes, se utiliza un sistema sencillo en papel, y se prohíbe el uso de la computación para guardar cualquier dato que no sea completamente anónimo para asegurar la protección de la información. Por otra parte, la investigación de Sudáfrica sí utiliza informática, porque tiene una escala mucho mayor, con más de 1000 muertes por año. Han desarrollado un programa anónimo sencillo que brinda información demográfica básica, causas de muerte y tablas de factores evitables. El formulario de datos consta de una única página con una lista de verificación para guiar a los evaluadores. Los evaluadores llenan este formulario anónimo que luego envían por correo electrónico o hacen llegar a la oficina nacional.
 - Para cada caso los trabajadores locales que atendieron a la mujer que falleció llenan un formulario de notificación confidencial normalizado. En él puede incluirse el prestador sanitario primario de la mujer, el médico local, obstetra, anestesista, personal de enfermería o partera que la atendieron durante su embarazo, parto o en el período postparto, así como cualquier otro médico, cirujano y personal de enfermería que la atendieron por afecciones vinculadas a su muerte. También hay secciones

que deben llenar los patólogos que hayan intervenido, y los detalles de la autopsia, si están disponibles. Además de los detalles médicos, de ser posible, debe recabarse información sobre las circunstancias socioeconómicas, domésticas y geográficas de la mujer, y toda práctica cultural que pudiera haber incidido en su muerte.

- Luego el coordinador local de la investigación hace anónimos a estos formularios de notificación antes de que los comience a valorar un panel multidisciplinario regional de evaluadores que no participaron en la atención de la mujer. Los evaluadores habitualmente trabajan en otra institución o en otra parte del país. Luego, un comité directivo central reúne y evalúa esa información y prepara el informe final y sus recomendaciones.
- Al cubrir todas las muertes maternas, o solo una muestra representativa, las cifras tal vez no sean tan grandes como para resultar abrumadoras al planificar o al llevar a cabo la investigación y la evaluación. Al actuar sobre los hallazgos y usar las guías existentes como los manuales de IMPAC junto con los estudios para desarrollar protocolos locales y nacionales, las mejoras en los resultados se hacen visibles y convincentes tanto para los planificadores de la salud como para los profesionales.

6.3 Ventajas y desventajas de emprender una investigación confidencial sobre las muertes maternas

He aquí varias de las ventajas de emprender una investigación confidencial de las muertes maternas:

- Permite hacer recomendaciones nacionales o regionales de una política más general o una naturaleza más clínica que las que se podría hacer si las investigaciones se limitaran a las dependencias locales.
- Aporta evidencias que se pueden usar como argumento para solicitar aumento de los recursos destinados a la salud materna.
- Fortalece la capacidad de diseñar y ejecutar programas de salud materna en una serie de situaciones.
- Ofrece un cuadro más completo de la mortalidad materna que el que se obtiene generalmente a partir de los registros de salud materna.
- Permite ser flexible al considerar los resultados, pudiendo ir desde considerar todas las causas de muerte maternas a concentrarse específicamente en las principales causas de muerte materna.
- Proporciona un ambiente confidencial, no amenazador, en el que analizar los factores que provocan la muerte de cada mujer individual. Todos los registros son anónimos y se destruyen antes de la publicación, por lo que no sirven de base para demandas legales ni atribución de culpa.
- Motiva y entusiasma al personal que se ha visto involucrado y que puede ver los verdaderos beneficios de un estudio relativamente tan

sencillo, que puede llevar a la adopción beneficiosa de modificaciones en la práctica local aún antes de que se publique el informe en sí.

- Alienta al personal que ha participado a actuar abogando por el cambio dentro de los sistemas sanitarios locales y nacionales, así como ayudando a otros a instituir metodologías similares.

He aquí varias de las desventajas de emprender una investigación confidencial de las muertes maternas:

- No sustituye la recolección rutinaria de datos sobre las causas de muerte materna o de RMM.
- Sólo ofrece datos del numerador. La investigación no aporta información sobre las características de todas las mujeres que dan a luz, si bien habitualmente se dispone de información básica del denominador. De ser posible hay que ver los datos sobre las muertes maternas en el contexto de los nacimientos generales registrados; de no ser así, se corre el riesgo de llegar a conclusiones no justificadas por los datos obtenidos.
- El proceso funciona mejor si hay una infraestructura estadística funcionando (registros de datos vitales y análisis estadísticos de nacimientos y muertes, recursos humanos, empleados de registro, etc.). Sin embargo, la falta de dichos recursos no necesariamente impide recabar todos los datos que se encuentren disponibles. El relatar y analizar aún las historias individuales puede ser un potente motivador a favor del cambio.
- En algunos casos, dadas las limitaciones de los recursos o de la mano de obra o por la misma escala del problema, las investigaciones solo pueden concentrarse en asuntos clínicos y no logran abarcar los factores socioeconómicos y demográficos subyacentes que contribuyen a la mortalidad materna, como la pobreza, la desnutrición o la ubicación geográfica. Sin embargo, aún cuando no sea posible realizar más que una investigación clínica limitada, siempre y cuando se acepten y se usen las pautas o las recomendaciones, es lógico esperar que eso vaya seguido de mejoras en la salud materna.
- Es importante asegurar mecanismos que permitan aplicar efectivamente las directrices que se elaboren. Se pueden hacer recomendaciones y elaborar pautas, pero no tendrán ningún significado si no se traducen en acciones.
- Dado que las investigaciones confidenciales generalmente no recurren a entrevistas con los parientes u otros en la comunidad, los resultados tienden a concentrarse en factores clínicos o sanitarios remediables, aunque a menudo se pueden identificar también asuntos vinculados a la comunidad.
- Una investigación confidencial requiere más recursos o más compromiso personal que algunas de las otras metodologías analizadas en estas guías, pero no es indispensable utilizar recursos tan enormes. Su metodología puede adaptarse a los recursos disponibles.

La mayoría del trabajo habitualmente es desempeñado por personal local motivado, aunque la participación en el proceso también se puede hacer explícita en las descripciones de los cargos.

6.4 Principios clave

La importancia del sentimiento de propiedad nacional y local

Es de fundamental importancia que los investigadores colaboren o tengan el apoyo del gobierno o el estado. Si bien las auditorías clínicas locales pueden tener un efecto importante en la reducción de la tasa local de mortalidad materna y hay que alentarlas, son los gobiernos o los estados quienes tienen la potestad de traducir las actividades y hallazgos de las investigaciones confidenciales en políticas nacionales.

Muchos buenos programas llegan a su fin cuando se terminan los fondos. Los gobiernos y otras partes interesadas clave tienen que estar al tanto de los avances; hay que invitarlos a las reuniones o darles un lugar en los comités directivos.

Otro elemento crucial para el éxito de esas investigaciones es el apoyo local y la participación de todos los trabajadores de la salud pertinentes. Habitualmente son esas las personas que actúan en primer lugar como catalizadores para esos estudios. El sentimiento de propiedad a nivel local también mejora la retroalimentación, y ese es un punto a tener en cuenta cuando se eligen los evaluadores. Es posible que haya que calmar a los participantes asegurando que el proceso es confidencial, que las evaluaciones de los casos son anónimas y que la única finalidad de la investigación es salvar vidas y no buscar culpables. Tienen que sentirse que se les ofrece un ambiente seguro para hablar de detalles sensibles sobre su práctica profesional sin miedo a provocar sanciones de la dirección ni juicios.

Escalas de tiempo

Puede llevar tiempo establecer una investigación confidencial. Una vez que está armada y funcionando, en general el proceso de valoración se hace continuo, aunque las comunicaciones serán ocasionales, por ejemplo, cada año, cada tres años, etc., dependiendo del número de muertes maternas evaluadas, para brindar información con sentido. En Egipto se condujo una investigación confidencial exitosa que abarcó un único período.⁸ Este enfoque sirvió para determinar cuáles eran los principales problemas y en qué parte del país estaban ocurriendo. El resto de las investigaciones confidenciales son en su mayoría continuas, no solo porque el valor de la continuidad demuestra el cambio (o la falta de cambios) que se logra con las recomendaciones y las guías, y es una parte esencial del cierre de un ciclo de auditorías, sino que además, una vez que los profesionales de la salud han visto los beneficios de participar y el número de vidas que se salvan, despierta en ellos el deseo de querer seguir brindando información para asegurar que se siga mejorando.

Identificación de las muertes maternas: las ventajas de que los trabajadores de la salud notifiquen

Lo que desencadena la investigación en el Reino Unido es la notificación sobre muertes maternas que los trabajadores de la salud remiten al equipo de investigación. Esto se suplementa con la información sobre el certificado de muerte, aún cuando hasta 20% de las muertes maternas indirectas estaban mal codificadas en el certificado para el último informe *Why Mothers Die, 1997-1999* (Por qué mueren las madres, 1997-1999) y se habrían pasado por alto si los trabajadores de la salud no hubieran hecho una notificación directa.⁶ Este método de determinación precisa de los casos habitualmente provoca un leve aumento del número de muertes maternas notificadas en los primeros años de una investigación. Esto es algo que hay que esperar que ocurra al principio y no debería actuar como un desincentivo.

Los países que disponen de estadísticas vitales deben usarlas pasando la información del certificado de defunción a la investigación. Sin embargo, los superintendentes hospitalarios, los clínicos u otros trabajadores de la salud deben complementarlos también identificando las muertes maternas y notificando al equipo de investigación. La ventaja de este sistema es que el caso puede ser evaluado precozmente cuando las circunstancias de la muerte todavía están frescas en la mente de la gente y cuando probablemente todavía estén disponibles las notas del caso. El procesamiento de la información contenida en los certificados de defunción puede llevar muchos meses o inclusive años, y para entonces la gente ya no recuerda los acontecimientos, los trabajadores de la salud involucrados pueden haberse ido a trabajar a otro lado, y tal vez las notas del caso ya no estén disponibles.

Otro mecanismo es hacer que las muertes maternas sean acontecimientos comunicables, como el ejemplo de TB en muchos países. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los trabajadores de la salud tienen el deber de informar las muertes maternas a la investigación. En Sudáfrica, la no notificación de una muerte materna es considerada una mala conducta profesional.

Los países donde no se dispone de estadísticas vitales igual pueden instituir investigaciones por las razones arriba señaladas. En este caso se debe asignar a una persona en cada dependencia sanitaria la responsabilidad de identificar y notificar cada muerte a la investigación, y también puede recoger estadísticas sencillas del denominador, como el número de mujeres que dan a luz cada año. También es posible identificar otras soluciones. Por ejemplo, en Malasia, la policía notifica a las autoridades sobre las muertes de mujeres de 15 a 49 años de edad acaecidas en hospitales privados, y es el personal de la salud del distrito quien hace entonces la evaluación.

El uso de múltiples métodos para identificar las muertes maternas ayuda a asegurar que la cobertura sea lo más completa posible. Puede encontrarse información sobre las muertes en los hospitales revisando los registros de la sala de operaciones y de salas de parto, así como los registros de casos. Las muertes en la comunidad son más difíciles de identificar, y si hay que estudiarlas es esencial contar con la cooperación de la comunidad. Si el sistema de registro vital está completo, es útil obtener una reseña general de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva, además de la información sobre muertes maternas. Esto debe identificar muertes de las que los servicios de maternidad no están al tanto.

Uso de los certificados de defunción

El análisis de la información del certificado de defunción es un método valioso para el hallazgo de casos, pero como dijimos antes, tiene sus limitaciones. La inclusión de un cuadro en el certificado de defunción, preguntando si la mujer estaba embarazada o si había dado a luz dentro de un período especificado de tiempo antes de su muerte, también puede ayudar a una determinación más precisa de las muertes maternas. Sin embargo, pueden perderse muchas, ya sea porque la muerte no ocurrió en una maternidad hospitalaria o porque ocurrió fuera del hospital un tiempo antes o después de un embarazo. Cuando se examinan los certificados de defunción de las mujeres en edad reproductiva para identificar las muertes maternas, es importante revisar todas las causas de muerte en el certificado, y no solo la causa subyacente. Por ejemplo, al examinar todas las causas tal vez se encuentre que una muerte por embolismo pulmonar ocurrió tras una cesárea por desprendimiento masivo de placenta.

6.5 Traducción de los hallazgos en acción

Esta es la finalidad última de la investigación, porque sin acción sobre las recomendaciones el proceso no sirve para nada. Por lo tanto, debe acordarse desde el principio que la información obtenida será utilizada como un prerrequisito para la acción. Los resultados determinarán cuáles son las principales causas de muerte y si alguna de ellas es evitable, o si hay factores que se puedan remediar en la atención que se ofrece a las mujeres. La investigación permite a los médicos y planificadores de salud aprender de los errores cometidos en el pasado. Proporciona evidencias de dónde residen los problemas, y destaca las áreas que requieren recomendaciones destinadas al sector de la salud y acción en la comunidad, además de guías clínicas. La investigación forma una línea de base contra la que se puede hacer un seguimiento del éxito de los cambios en las prácticas.⁹ Por lo tanto, el sistema debe tener un método objetivo incorporado que permita controlar la manera que se aplican las recomendaciones. Eso tiene un valor doble; en primer lugar, sirve de estímulo para acciones en el sector salud, y en segundo lugar recuerda a los autores de la investigación que deben asegurarse de que sus recomendaciones se basen en evidencias.

La información sobre los hallazgos de una investigación confidencial es utilizada a nivel institucional, local y nacional por los planificadores de los servicios de salud, los clínicos, educadores y, cada vez más por los grupos de defensa de la mujer. A nivel nacional, los hallazgos de esta investigación inciden sobre las decisiones referentes a la planificación de los servicios. Por ejemplo, la identificación de determinadas áreas problemáticas específicas identificadas en el primer informe interino de las investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en Sudáfrica llevó a la elaboración de diez recomendaciones.¹⁰ Estas van desde temas vinculados al manejo específico del embarazo y el trabajo de parto hasta la prestación de servicios para la terminación del embarazo, y la necesidad de servicios de planificación familiar para asesorar a los grupos de alto riesgo. Los clínicos usan los hallazgos para informar a sus equipos, y para extraer lecciones para el manejo futuro de ciertas complicaciones. Los educadores usan los hallazgos para entrenar a las parteras y médicos con menor experiencia. Los grupos de mujeres usan la información para saber cuáles son los problemas y pueden, por ejemplo, hacer planteos más apropiados ante las autoridades sanitarias.

6.6 Proceso paso a paso para instalar una investigación confidencial

Esta sección brinda una lista de verificación de los pasos que es preciso emprender al planificar una investigación confidencial. Se la debe leer en conjunto con el Capítulo 3, donde se cubren en mayor profundidad muchas de las explicaciones y asuntos prácticos comunes a todas las metodologías.

He aquí un resumen de los pasos:

1. Instalar una comisión nacional o regional para la mortalidad materna, si todavía no la hay.
2. Decidir si se hará la recolección de datos a nivel nacional, regional o distrital, qué casos incluir y qué enfoque adoptar.
3. Planificar la recolección de datos y determinar el marco de tiempo en que se harán y completarán los informes.
4. Instalar equipos regionales de evaluadores y formar un grupo de coordinadores locales y entrenarlos.
5. Evaluar regularmente las muertes, unificar y analizar los hallazgos y preparar las recomendaciones para la acción.
6. Difundir los hallazgos y las recomendaciones.
7. Evaluar y refinar.

Paso 1: Instalar una comisión nacional o regional contra la mortalidad materna, si todavía no la hay

Los miembros de la comisión deben tener un interés por la salud materna y lo preferible es que se seleccionen como representantes de los líderes de sus organizaciones profesionales y del Ministro de Salud, más que simplemente como individuos de algunas disciplinas en particular. La finalidad de la investigación es estimular la acción, y las estructuras de liderazgo de las organizaciones tienen una mayor capacidad que los individuos para ejecutar los cambios necesarios en las políticas y prácticas. En el Reino Unido, esta comisión siempre ha sido presidida por un funcionario del Ministerio de Salud, lo que permite que los hallazgos y las recomendaciones se incluyan en el corazón del proceso de elaboración de las políticas. La comisión no debe ser demasiado grande como para impedirle trabajar bien, pero debe incluir una o más personas de las siguientes especialidades como mínimo: obstetricia, parteras/enfermería, anestesia, anatomía patológica, estadística, salud pública, y gobierno regional o local.

La comisión debe examinar todos los datos disponibles a nivel nacional o regional u otras fuentes de información, como las encuestas informales, para identificar el número y las causas probables de muerte que requerirán investigación. El alcance final dependerá de los requerimientos de recursos y de la capacidad del sistema. Al decidir esto la comisión se puede beneficiar de la experiencia de otros países que han instituido investigaciones similares.

Los roles clave de una comisión son:

- Identificar y planificar qué tipo de investigación se ha de emprender, planificar el mecanismo de investigación y utilizar lo mejor y más apropiado de las investigaciones existentes cuando resulta práctico así hacerlo.
- Incluir partes interesadas clave del gobierno, el sistema sanitario, organizaciones profesionales y grupos comunitarios que puedan sentir al proyecto como propio y que puedan abogar por los cambios.
- Supervisar y evacuar consultas de los evaluadores locales.
- Hacer el seguimiento de las pruebas piloto del sistema de investigación confidencial en áreas seleccionadas.
- Dar apoyo para la ampliación del proceso de investigación a toda la región o todo el país.
- Revisar constantemente los casos.
- Sintetizar los datos, interpretar los resultados, hacer recomendaciones para la acción y preparar un informe.
- Planificar la difusión del informe, obtener las opiniones y utilizar los hallazgos. La difusión puede incluir un evento a nivel nacional, como ser un lanzamiento oficial hecho por el Ministro de Salud, involucrando a los medios de comunicación, a parlamentarios, y a grupos de mujeres.

Paso 2: Decidir si se hará la recolección de datos a nivel nacional, regional o distrital, qué casos incluir y qué enfoque adoptar

¿Nacional, regional o distrital?

La investigación confidencial puede organizarse de varias maneras. En ciertas circunstancias, los detalles de la investigación de las muertes pueden limitarse a ciertas causas de muerte o ciertos sectores del sistema sanitario, como dependencias de salud pública, en aquellos países donde el acceso a los registros en instituciones privadas no se puede obtener. Sin embargo, en los países grandes, o en los países donde las tasas de mortalidad materna son muy altas, tal vez sea más apropiado organizar las investigaciones a nivel de distrito o a nivel de una región o provincia. En Brasil, por ejemplo, la investigación confidencial tiene lugar a nivel municipal, donde se recogen, analizan y publican los datos, que luego se envían a nivel nacional para su consolidación. En Egipto, la investigación confidencial nacional (basada en una muestra representativa de todos los distritos sanitarios) fue suplementada con información derivada de la autopsia verbal. Otra opción es que mientras que se registran detalles básicos sobre todas las muertes maternas, se limite la investigación detallada a dos o tres causas principales de muerte, como se hizo en los primeros informes de la investigación confidencial del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Los países con sistemas de registros vitales incompletos deben considerar si el esfuerzo y los recursos necesarios para identificar a todas las muertes maternas son factibles y sostenibles. En estas situaciones, es posible que investigaciones a menor escala, con menos necesidad de recursos, resulten tan eficaces en la producción de hallazgos para acción local. En algunos casos, si bien la notificación de muertes es completa, tal vez no sea posible emprender una investigación detallada de todos los casos, como los que tienen lugar en dependencias privadas, por ejemplo.

En base al número de muertes esperadas, los recursos disponibles y el apoyo de las profesiones, la comisión tendrá que decidir si comenzar a nivel nacional o si emprender investigaciones piloto en ciertas regiones o distritos como un precursor de una investigación nacional.

¿Qué casos habría que incluir? ¿Solo las muertes directas o tanto las muertes directas como indirectas?

La comisión tendrá que decidir qué muertes maternas resulta factible investigar. En la Tabla 3.1 del Capítulo 3 se muestran las definiciones de muertes maternas. Contando con la valoración del número probable de muertes que se espera que ocurran y conociendo los recursos disponibles se podrá hacer una valoración inicial de los números probable de casos que sería posible investigar. En la Tabla 2.1 en el Capítulo 2 se presenta el número probable de muertes esperadas por cociente conocido de mortalidad materna.

En la mayoría de los países, las principales causas de muerte materna evitables de modo inmediato serían las causas directas como la hemorragia, eclampsia, trabajo de parto detenido y sepsis, y es posible que su evaluación ofrezca también los mayores beneficios potenciales a corto plazo en términos de las vidas salvadas en relación con los recursos disponibles. Por ende, para los países con escasos recursos y altas tasas de muertes tal vez sea más beneficioso limitar la investigación en primera instancia a las principales causas de muerte materna remediables, y ampliar la investigación para cubrir otras causas una vez que la metodología esté bien establecida y se hayan asegurado recursos adicionales. Los países que cuenten con recursos apropiados pueden optar por incluir también una investigación detallada de las causas evitables entre las causas indirectas de muerte, como cardiopatías, malaria, diabetes o anemia.

En algunos países, la infección por VIH puede ser una de las principales causas de muerte entre las mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente. La relación entre el VIH y el embarazo es compleja, pero en general, estas muertes, particularmente en los países en desarrollo, deberían considerarse como indirectas. Aún cuando el incluir a las muertes por VIH pueda aumentar la carga del trabajo de algunos de estos enfoques, es importante incluirlas siempre que sea posible, ya que representan desafíos que tienen que abordar los que ejecutan los programas y los prestadores de salud.

Identificar el enfoque a adoptar

En algunas circunstancias es posible que resulte demasiado difícil al principio instituir una investigación que cubra detalles específicos sobre todas las muertes maternas a nivel nacional o inclusive regional. En este caso, la comisión puede adoptar uno de varios abordajes según las circunstancias locales y concentrándose en los grupos en los que la aplicación de las recomendaciones pueda tener el mayor impacto. Es importante repetir que una *investigación confidencial* no depende de estadísticas vitales excelentes y que las investigaciones basadas en información incompleta son igualmente válidas en términos del impacto que puedan tener a nivel local, regional o nacional. Hay dos temas clave a considerar, a saber (1) si hay que investigar todas las muertes maternas en detalle o si hay que concentrarse en un subgrupo de, por ejemplo, las tres o cuatro causas directas de muerte principales, y (2) si la investigación ha de cubrir todas las muertes o algunas seleccionadas en todas las circunstancias, solo en dependencias médicas o en un subgrupo de cada uno.

En la Tabla 6.1. se presentan los diferentes enfoques que se podría adoptar o adaptar para adecuarse a las circunstancias locales.

Tabla 6.1 Tipos de investigación confidencial

	Todas las muertes maternas	Causas seleccionadas de muertes maternas
Muertes en la comunidad y en todas las dependencias sanitarias	Opción 1	Opción 5
Muertes en todas las dependencias sanitarias	Opción 2	Opción 6
Muertes en comunidades y dependencias sanitarias seleccionadas	Opción 3	Opción 7
Muertes en dependencias sanitarias seleccionadas	Opción 4	Opción 8

Opciones disponibles

Investigar todas las muertes maternas

Opción 1: Esto es lo que ocurre en el Reino Unido. Este sistema es el que dará la información más robusta y, si se cuenta con buenas estadísticas vitales permite establecer la verdadera razón de mortalidad materna, así como proporcionar una base sólida para recomendaciones clínicas y de otro tipo. Se comunican a la investigación todas las muertes, sea cual sea la causa, que ocurran durante el embarazo y hasta un año después del parto, incluyendo las muertes por causas incidentales como suicidio, y las muertes tardías que ocurren entre 42 días y un año después del parto. Requiere el trabajo de equipos de evaluadores muy completos, y un sistema de investigación bien establecido. No es costoso, ya que está bien establecido y todos los trabajadores de la salud aceptan bien la necesidad de asegurar una participación completa. También es parte del programa de entrenamiento de los obstetras y parteras. Su participación es tanto más segura porque, gracias al carácter confidencial y anónimo de los resultados, nunca se ha adoptado una medida disciplinaria para ningún trabajador de la salud en los últimos 50 años como resultado de su participación en una investigación.

Opción 2: Esta requiere una recolección de datos menos intensa, ya que se concentra en las dependencias sanitarias en las que las historias médicas y el personal deberían poder dar un relato de las circunstancias de la muerte. Puede dar información muy útil sobre las principales causas de mortalidad materna sin el problema de tener que obtener los datos de la comunidad, por lo que es menos onerosa que la Opción 1, pero se dejarán afuera datos de la comunidad y salud pública potencialmente valiosos. Este es el sistema que se aplica en Malasia y también el enfoque adoptado por las investigaciones confidenciales sobre suicidio en el Reino Unido.

Opción 3: Si las tasas de muerte son generalmente altas o si varían ampliamente de una comunidad a otra, el optar por emprender una investigación en una serie de comunidades específicas puede ser el enfoque con mejor relación costo-eficacia del que se pueden extraer lecciones. Estas

investigaciones también han de incluir datos de la comunidad. Los profesionales que participen en estas investigaciones pueden servir para abogar localmente por la introducción de investigaciones más amplias en el futuro.

Opción 4: Este es un enfoque valioso si las tasas de muerte son muy altas y no se cuenta con datos de la comunidad, o si hay problemas importantes para obtener datos de ciertos tipos de instituciones médicas, como hospitales privados. Como ocurre con la opción 3, los profesionales que participan pueden servir para abogar por la introducción más amplia de investigaciones similares en otras instituciones más adelante.

Investigar causas de muerte seleccionadas

Opción 5: Este enfoque, en el que se investigan todas las muertes por causas específicas en detalle, fue la metodología usada al principio por las investigaciones del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y posiblemente sea el enfoque más apropiado para los países que cuenten con recursos y altas razones de muerte por causas directas remediables. La mayor reducción de la mortalidad materna habitualmente se observa entre estos casos. Sin embargo, sigue siendo útil recabar detalles básicos sobre otras causas de mortalidad materna para poder hacer un seguimiento de las tendencias o refinar el proceso, una vez que se lo ha establecido.

Opción 6: Al igual que con la opción 2, este enfoque tiene la ventaja de limitar la investigación a determinadas causas de muerte seleccionadas que ocurren dentro de dependencias sanitarias, y tal vez sea apropiado para países que tienen razones muy altas de muertes o que no cuentan con datos de la comunidad.

Opciones 7 y 8: Estas opciones son el nivel mínimo que puede apoyar el proceso de investigación confidencial, pero puede resultar de utilidad como primer paso o como estudio piloto. Al emprender este tipo de investigación, es preciso asegurar que se evalúe un número adecuado de casos de los que se extraigan conclusiones tanto generales como específicas.

Paso 3: Planificar la recolección de datos y determinar el lapso de tiempo en el que se harán y completarán los informes

Recolección de datos

El Capítulo 3 detalla el tipo de datos que habría que considerar en la recolección, ya que existe una tendencia a que los sistemas de vigilancia de datos recaben demasiados datos sin un plan claro de para qué se los va a usar en términos de producción. Todas las investigaciones deberían elaborar un formulario normalizado de notificación de muertes maternas que oriente a las instituciones y a quienes recojan los datos de las muertes de una manera sistemática, para que siempre se hagan las mismas preguntas sobre cada aspecto de la atención brindada a cada mujer. El llenado de estos formularios puede servir también como un proceso de aprendizaje para los individuos y las instituciones involucrados. Los evaluadores regionales tendrán que llenar un formulario adicional que traduce la información del formulario de notificación y las notas de los casos en un formato normalizado, con campos o variables específicos. Puede ver algunos ejemplos de estos formularios de las investigaciones ya existentes, y que se pueden adaptar para uso local, además de los formularios disponibles en el sitio Web del CLAP/SMR.

Determinar el marco de tiempo para comunicar y completar el informe

Es importante determinar una escala de tiempo clara desde un principio, para que los evaluadores locales tengan plazos firmes para solicitar los informes de los casos y para que puedan ir haciendo publicidad, anunciando que se espera un informe. También es importante ser realista sobre la escala de tiempo que se establece, ya que definir el proceso puede llevar algún tiempo; además, el tiempo que lleva completar el primer ciclo de notificación depende del número probable de casos a evaluar. Aún después de completar las evaluaciones, es posible que a la comisión central le lleve un tiempo evaluarlos y preparar un informe. En general, la mayoría de los informes de investigación confidencial está lista al año de finalizar el ciclo del informe. En los países con cifras de muertes maternas menores, se usa un período de informes de tres años para poder juntar un número adecuado de muertes sobre las que basar las recomendaciones. En los países con altas tasas de muertes maternas, el período de comunicación podría ser más breve, pero en general no debe ser menor a un año: esto permitirá que se establezca el proceso.

Paso 4: Instalar equipos regionales de evaluadores, formar un grupo de coordinadores locales y entrenarlos

Evaluadores regionales

Dependiendo del número de muertes a evaluar y la carga de trabajo que se espera que conlleve, habrá que establecer una serie de equipos de evaluadores regionales o comisiones de revisión de expertos. Estas comisiones habrán de revisar anónimamente todos los casos en su área y reunir los hallazgos que luego enviarán a la comisión directiva central. No necesitan saber los nombres de las mujeres o de los trabajadores de la salud ni tienen la potestad de adoptar acciones disciplinarias. Se espera que ellos evalúen el caso y que hagan sus comentarios sobre las normas de atención que recibió la mujer, cotejándolas contra las mejores prácticas locales, que detecten cualquier barrera que haya encontrado al acceder al sistema, y que señalen las acciones de remedio que se podría adoptar en el futuro. Es importante tener en cuenta algunos aspectos del control de calidad para asegurar que se hace una revisión y comunicación normalizada y consistente. Todo eso se puede acordar en reuniones entre los evaluadores, con dos evaluadores que revisan cada caso o con evaluadores independientes que hagan revisiones aleatorias. Sin embargo, el control de calidad del nivel final se hará cuando la comisión directiva central revise todos los casos juntos antes de redactar y publicar el informe.

Los miembros de estos grupos habitualmente son grupos de trabajadores de la salud con conocimientos sobre el área de la salud que se está revisando. Por ejemplo las comisiones regionales del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte están formadas por obstetra, partera, patólogo, anestesista y médico de familia. En Escocia los evaluadores se reúnen cada seis meses para revisar todas las muertes, mientras que en Inglaterra el sistema de evaluación se hace por correo.

Formar un grupo de coordinadores locales y entrenarlos

Los coordinadores locales son responsables de informar al equipo de investigación regional o nacional de las muertes maternas y de asegurar que se llene correctamente el formulario de notificación. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, solía ser el Director de Salud Pública del área quien cumplía esa función, pero en los últimos tiempos ha sido remplazado por los supervisores locales de las parteras. El coordinador puede ser una persona específica en cada hospital: partera u obstetra, un superintendente o alguien que trabaje en el departamento de salud de la comunidad local. Como las muertes maternas que ocurren en cada institución no son muchas, la carga de trabajo no debería ser demasiado pesada. Los coordinadores locales tienen que asegurarse que todo el personal involucrado en la atención de las mujeres complete las secciones pertinentes y que se cuente con todo el resto de la información solicitada.

El coordinador local será la única persona en el proceso de investigación que sabe los nombres de las mujeres y de los trabajadores de salud. Si bien estos detalles no se muestran en el formulario de notificación, el coordinador local debe mantener la confidencialidad y asegurar que se guarde el registro de manera segura cuando no esté en uso. Es responsable de retirar del informe de notificación toda la información de identificación antes de enviarlo a los evaluadores regionales para su llenado.

Habitualmente es útil organizar jornadas de capacitación para los evaluadores regionales y los coordinadores locales, para asegurar la consistencia del enfoque de recolección y análisis de datos. Dentro de este contexto hay que considerar ciertos asuntos. Se deben organizar reuniones regulares de los evaluadores para asegurar la revisión y comunicación normalizada y consistente, aunque la comisión central ha de actuar como un panel de evaluación independiente. También se pueden organizar revisiones aleatorias con evaluadores independientes para verificar los hallazgos.

Paso 5: Evaluar regularmente las muertes, unificar y analizar los hallazgos y preparar las recomendaciones para la acción

Evaluación regular de los casos

Los evaluadores regionales deben enviar sus informes cada tres a seis meses a la comisión central de revisión de mortalidad materna. Aquí pueden reevaluarse y agregarse los datos y se puede recomenzar el análisis. A través de esta evaluación constante la comisión también puede identificar áreas en particular en las que el proceso de investigación no está funcionando lo bien que debiera y llevar a instituir acciones correctivas.

Durante este proceso, a menudo los hallazgos se hacen tempranamente evidentes, y si se identifican tendencias firmes, se puede comenzar a preparar las guías y recomendaciones aún antes de la publicación del informe. Es más útil publicar un informe que también contenga guías y recomendaciones firmes que sugerir que se las va a elaborar en el futuro. Además, cuanto más próximo al final del período de comunicación se produzca el informe final, más inmediato será el impacto que tendrá en la práctica local.

Análisis de los datos

Tanto los análisis cuantitativos como cualitativos dan un panorama sobre las causas de muerte materna. Una combinación de ambos puede dar un mejor panorama sobre las muertes maternas que ninguno de los dos aisladamente. El análisis cuantitativo muestra qué grupos de mujeres pueden estar en riesgo de muerte materna, por ejemplo, mujeres de determinados grupos étnicos, lugares de residencia o que tienen otras características en común. Luego los análisis cualitativos brindan una información más detallada de las causas precisas de muerte para las mujeres individuales de los grupos de mayor riesgo. Se recomienda enfáticamente a los lectores leer la sección pertinente en el Capítulo 3 que describe estas metodologías en detalle y da fuentes útiles de material de referencia.

¿Qué tipo de recomendaciones hacer?

La o las acciones emprendidas para disminuir la mortalidad vinculada al embarazo serán determinadas por los hallazgos del proceso de revisión y análisis. Las intervenciones para mejorar la salud materna y disminuir la mortalidad vinculada al embarazo caen dentro de tres tipos de estrategias, a saber:

- *Estrategias de prevención primaria que impiden que la afección ocurra,*
- *Estrategias de prevención secundaria, que detectan y tratan condiciones precozmente para minimizar sus efectos, y*
- *Estrategias de prevención terciaria, que tratan condiciones en una manera óptima para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad.*

Estas estrategias se analizan en detalle en el Capítulo 3.

Las investigaciones individuales a nivel del país podrán determinar, en base a sus propios resultados, qué mezcla de estas estrategias usar en la primera instancia.

No demasiadas recomendaciones de una vez

Es importante mantener el número de recomendaciones a un mínimo, para ayudar a que los profesionales y planificadores de la salud concentren su atención en los asuntos clave. Se pueden introducir recomendaciones más sofisticadas en una etapa ulterior de la investigación. Hay que asegurarse que las recomendaciones clave sean las que van a aportar el mayor rédito sanitario en la práctica. En las áreas clínicas, éstas probablemente se relacionen con el manejo de las complicaciones obstétricas comunes en los casos de muertes directas. Inclusive en áreas con una alta prevalencia de infección por VIH, las mayores mejoras para la salud se lograrán mejorando el manejo de las mujeres con complicaciones directas del embarazo donde intervenciones sencillas pueden tener un efecto inmediato salvando vidas. Como ejemplo, la investigación en Sudáfrica hizo solo diez recomendaciones en su primer informe, pero todas eran cruciales para mejorar la salud materna.¹⁰

Paso 6: Difundir los hallazgos y recomendaciones

La comisión para muertes maternas debería haber planificado formalmente cómo difundir el informe, pero siguiendo atentos a nuevas posibilidades. Es importante destacar desde el principio que sería imposible definir cuáles pueden ser las recomendaciones específicas.

La comisión debe considerar qué grupos e individuos pueden actuar utilizando los hallazgos del informe. Entre ellos se incluirán el Ministerio de Salud, médicos de sanidad pública y planificadores de salud, los grupos profesionales involucrados en la prestación de atención a la comunidad y en dependencias de salud, grupos de defensa del consumidor y representantes de instituciones religiosas o culturales específicas que también pueden facilitar cambios beneficiosos en las costumbres locales.

El formato y la difusión del informe dependen de las circunstancias en las que se produce. Pero es importante hacer llegar los mensajes clave a quienes pueden aplicar los hallazgos y hacer una diferencia real para salvar la vida de las mujeres. Los informes muy extensos, detallados y caros no sirven de nada si no se los puede difundir ampliamente. Una alternativa es elaborar un informe muy completo para los planificadores de la salud y los que elaboran las políticas, complementado con el uso de “resúmenes ejecutivos” más breves destinados a los trabajadores de la salud. Estos resúmenes pueden llevar la forma de un sencillo boletín o un librito breve, preferentemente con una introducción redactada por el Ministro de Salud o los líderes de las organizaciones profesionales médicas.

Es posible que la comisión para la mortalidad materna quiera hacer público el informe en algún evento nacional, como ser un lanzamiento oficial realizado por el Ministro de Salud, con participación de los medios, parlamentarios, profesionales de la salud y grupos de defensa del consumidor.

Paso 7: Evaluar y refinar

El cierre del ciclo de la auditoría, la evaluación de la captación, el impacto de las recomendaciones, y la modificación de los procedimientos en consonancia, es el último paso vital en cualquier proceso de auditoría. En el Capítulo 3 se analizan los aspectos clave. En el caso de muertes maternas es importante reconocer que el lograr reducciones importantes en las razones globales de mortalidad puede llevar tiempo, aunque los cambios de la práctica local pueden mostrar efectos bastante rápidamente. Ciertamente, puede dar la sensación de que las razones de mortalidad materna aumentan justo después de comentar una investigación confidencial a medida que se van precisando mejor los casos. Esto es normal y se debe prever que esto ocurra cuando se instaura el sistema.

En el Reino Unido la investigación identifica ciertas normas auditables clave para cuidados de maternidad, cuya captación se controla mediante revisiones regulares. En 1996, en 295 unidades de maternidad del Reino Unido se emprendió una auditoría de las recomendaciones que surgieron de la investigación de 1991–1993, con una tasa de respuestas de 100%.¹¹ La auditoría demostró que los servicios planificados para minimizar el riesgo materno estaban mejorando—había más unidades de maternidad en sitios en hospitales de

agudos, con más unidades de cuidados intensivos y bancos de sangre en los sitios, y si bien la mayoría de las unidades tenían protocolos locales para el manejo de las complicaciones severas, en algunas instancias eran anticuados. Por lo tanto, los resultados son útiles para revisar la práctica y planificar los servicios de salud materna. En el Cuadro 6.1 se muestran las normas auditables más recientes de UKCEMD.

Cuadro 6.1—Normas auditables establecidas por el CEMD del Reino Unido para 2000-2002

Cada unidad debe identificar un profesional líder para elaborar y actualizar regularmente guías multidisciplinares locales para el manejo de problemas obstétricos. Como mínimo, las guías deberían estar brindando lo siguiente:

- La identificación y el apoyo de las mujeres con embarazos de mayor riesgo y que parecen no adecuadas para atención a cargo de las parteras.
- Procedimientos de seguimiento para las mujeres que acuden regularmente a atención prenatal.
- El manejo de las mujeres que están en riesgo de recidiva o recaída de una enfermedad mental grave.
- El manejo y las estrategias de apoyo locales para las mujeres que relatan violencia doméstica.
- Manejo multidisciplinario para mujeres con problemas médicos concomitantes.
- El manejo de pre-eclampsia y eclampsia.
- El manejo de hemorragias obstétricas.
- El uso de tromboprolifaxis.
- El uso de antibióticos para cesárea.
- La identificación y el manejo del embarazo ectópico.

Las guías clínica deben colocarse en un lugar bien visible en todas las salas de cuidados antenatales y postnatales, la sala de partos, y en accidentes y salas de emergencias, y todas las guías que se da a todos los nuevos miembros del personal.

La aplicación de las guías debe estar sujeta a auditorías regulares.

Debe buscarse la opinión de las mujeres que consultan tarde o que no acuden a la cita para ayudar a brindar servicios apropiados en el futuro. También se debe buscar regularmente la visión de todas las mujeres que usan los servicios.

Todo el personal debe familiarizarse con el contenido de la información del informe de la investigación confidencial. De forma regular debe organizarse la capacitación del personal, particularmente en relación con la auditoría y las guías locales.

Estudio de caso 1: Investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en Malasia¹²

En 1991 se introdujo en Malasia un sistema confidencial de investigación sobre las muertes maternas para identificar deficiencias en la atención y recomendar medidas para remediarlas. Se basaba en el sistema usado en Inglaterra y Gales, pero se lo modificó para adaptarlo a las necesidades del lugar. Los hitos del proceso de investigación son la confidencialidad, la integralidad, oportunidad y naturaleza no punitiva.

En los hospitales públicos, el sistema requiere que un coordinador de las muertes maternas revise la muerte de cada mujer entre 15 y 49 años de edad y que decida si se requiere una investigación de muerte materna. Se examinan las notas de la paciente para ver si ha habido una amenorrea. Si ha ocurrido una muerte en el hogar, el coordinador de salud de la comunidad del distrito en cuestión revisa el caso y entrevista a los miembros de la familia. Los coordinadores presentan sus hallazgos a los obstetras en los hospitales que asistieron a la paciente o a los funcionarios médicos del distrito pertinentes. Las muertes en los hospitales privados son notificadas por la policía e investigadas por personal de la salud del distrito. Si bien la participación en el proceso de investigación no es obligatoria para los hospitales privados, casi todos cooperan en cierto grado.

Se establece contacto con el Responsable de Salud Familiar del estado, inicialmente por vía telefónica y posteriormente por escrito, y luego se pasa la información a la comisión de revisión del estado. Esta comisión envía un informe confidencial a la Comisión Técnica Nacional sobre la causa de muerte, las áreas subóptimas de atención, y las acciones de remedio necesarias. Esta comisión prepara un informe anual, con recomendaciones destinadas a reducir la mortalidad materna, y entabla conversaciones sobre su aplicación con diversos organismos. Los asuntos de preocupación general se notifican a las comisiones de aseguramiento de calidad en las regiones administrativas, sin hacer referencia a individuos u hospitales específicos.

Desde 1991 a 1996 se identificaron 1702 muertes relacionadas con embarazos. De éstas, 1186 (70%) fueron atribuidas a causas directas y 214 (13%) a causas indirectas. El resto de las muertes (17%) fueron atribuidas a causas fortuitas. Las principales causas de las muertes maternas fueron hemorragia puerperal, trastornos hipertensivos del embarazo, y embolia pulmonar de origen obstétrico.

En Malasia, luego de instituir las investigaciones confidenciales, hubo un aparente aumento de la razón de mortalidad materna, observándose una leve disminución tras la aplicación de las recomendaciones. Se interpretó que este aumento de la razón era debido a que se estaba logrando una notificación más completa de las muertes maternas.

El impacto de la investigación confidencial en Malasia se ha hecho sentir en los programas de estudio y en los componentes de capacitación de todas las categorías del personal de la salud, especialmente de enfermería, en el desarrollo de protocolos y manuales de entrenamiento, y en publicaciones e informes de amplia difusión.

Estudio de caso 2: Investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en Sudáfrica¹³

Sudáfrica introdujo una investigación confidencial sobre las muertes maternas en octubre de 1997, fecha en la que se enmendó la Ley de Políticas Sanitarias haciendo que todas las muertes maternas fueran tomadas como eventos notificables. El Ministro de Salud nombró una comisión para gerenciar el proceso, con el mandato de producir recomendaciones basadas en los hallazgos de las investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas, de modo tal que su aplicación llevara a una reducción de las muertes maternas en Sudáfrica.

El sistema primariamente se basa en datos recogidos en instituciones sanitarias y es muy parecido al sistema de UKCEMD. Cuando ocurre una muerte materna en una institución, se llena un formulario de notificación de muertes maternas en la Reunión de Mortalidad y Morbilidad Materna local. Se envía el formulario, junto con una copia de las notas del caso, a las Unidades provinciales de Salud Materno Infantil y de la Mujer (MCWH por su sigla en inglés) dentro de los primeros siete días; allí, la Secretaría Nacional de Investigaciones Confidenciales le asigna un número especial; el caso se hace anónimo y se envían el formulario y las notas del caso a los evaluadores provinciales. Cada caso es evaluado por lo menos por un médico y una partera y se lo devuelve a la unidad provincial dentro de los 30 días. Se remite el formulario de evaluación a la Secretaría Nacional. En la oficina nacional se reúnen los casos de las diversas categorías nosológicas y se las deriva a los responsables de 'capítulos' para que escriban el capítulo correspondiente a esa categoría nosológica. Se evalúa cada muerte materna con respecto a los factores evitables, las oportunidades perdidas y la atención inferior a la estándar en relación con la paciente y la comunidad, los factores administrativos y lo concerniente a los trabajadores de la salud. Un miembro de la comisión nacional vuelve a valorar una muestra aleatoria de casos para asegurar un alto nivel de valoración de los casos. Una vez reunidos los datos, se los analiza con los evaluadores, con las unidades provinciales de MCWH y el departamento nacional de representantes sanitarios, y se elabora un informe final con recomendaciones. La comisión decidió que las recomendaciones deben abarcar las principales causas de muerte materna, deben ser pasibles de aplicación dentro de las limitaciones de los recursos con que cuenta Sudáfrica y los avances en su ejecución deben ser mensurables. Posteriormente se destruyen los datos.

El informe se distribuye a todas las instituciones a través de las unidades provinciales de MCWH y se organizan talleres regionales para informar sobre las recomendaciones a todos los trabajadores de la salud que intervienen en la atención de las mujeres embarazadas. Se elabora un resumen ejecutivo que se eleva de manera independiente a todos los médicos y parteras en el país. Se producen panfletos en los 11 idiomas oficiales, destinados al público general, con los mensajes sanitarios esenciales que surgen del informe. Cada tres años se elabora un informe muy completo, mientras que en los años intermedios se elaboran informes interinos. Los informes interinos hacen un seguimiento de los cambios de los patrones de las patologías y alertan a las autoridades sanitarias sobre lo que está apareciendo.

El primer informe completo elaborado se refería al año 1998, y el informe siguiente cubrió los años 1999-2001. Anualmente se comunican aproximadamente 1000 muertes maternas. La proporción de causas directas de muerte materna está disminuyendo a expensas de un aumento de las causas indirectas de muerte materna. Actualmente, casi 40% de las muertes maternas se deben a causas indirectas y 60% son debidas a causas directas. La causa más común de muerte materna es la infecciosa, con infecciones no vinculadas al embarazo, incluyendo el SIDA, seguida de complicaciones de hipertensión gravídica, hemorragia obstétrica y sepsis puerperal. El número de muertes debidas a SIDA está aumentando permanentemente. Sin embargo, el número de muertes por aborto ha disminuido con el paso de los años. Esto ha coincidido con la introducción de la Ley de Elección de la Terminación del Embarazo en Sudáfrica. Los factores evitables más comunes vinculados a la paciente fueron el no comenzar un control del embarazo; el problema administrativo más común estuvo vinculado con el transporte y el problema vinculado a los trabajadores de la salud más común fue no seguir los protocolos normalizados.

La comisión nacional ha publicado guías de políticas y manejo que apuntan a las causas de muerte materna más comunes y se han distribuido esas guías a todas las instituciones. Se ha solicitado a una organización independiente que valore la aplicación de las diez recomendaciones en las instituciones y han realizado una encuesta al azar de las instituciones con ese fin.

El sistema CEMD se ha institucionalizado en Sudáfrica, simplificándose el proceso usando un programa diseñado especialmente que permitirá una generación más rápida de datos. El principal punto de enfoque en el próximo trienio será asegurar la aplicación de las recomendaciones y evaluar sus efectos.

Autores

Gwyneth Lewis. Director of the United Kingdom Confidential Enquiries into Maternal Deaths.

This chapter has been seen and discussed with Professor Robert Pattinson, Editor of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths for South Africa.

Referencias

- ¹ Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800-1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
- ² Oxley W, Phillips MH, Young J. Maternal mortality in Rochdale. *British Medical Journal* 1935; 1:304-307.
- ³ Godber G. The confidential enquiry into maternal deaths. In: McLachan G, ed. *A question of quality? Roads to assurance in medical care*. Oxford, Oxford University Press, 1976.
- ⁴ Walker AL et al. *Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales, "1952-1954"*. London, HMSO, 1957 (Reports on public health and medical subjects No. 97).
- ⁵ Campbell OMR, ed. *National maternal mortality study: Egypt 2000*. Cairo, John Snow, Inc., 2001.
- ⁶ Lewis G, ed. *Why mothers die 1997-1999*. Fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001 (ISBN 1-900364-65-4).
- ⁷ Rodrigo R et al. *Maternal deaths in Sri Lanka: a review of estimates and causes 1996*. UNICEF, Sri Lanka, 2002 (ISBN 995-9170-01-2).
- ⁸ Ministry of Health. *National maternal mortality study (Egypt, 1992-1993): preliminary report of findings and conclusions*. Cairo, Ministry of Health and Population, 1994.
- ⁹ Benbow A, Maresh M. Reducing maternal mortality: reaudit of recommendations in reports of confidential inquiries into maternal deaths. *British Medical Journal* 1998; 317:1431-1432.
- ¹⁰ The National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths, Department of Health, South Africa. *First interim report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa*. Pretoria, Department of Health, South Africa, 1998.
- ¹¹ Lewis G et al. *Why mothers die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom, 1994-1996*. London, The Stationary Office, 1998.
- ¹² Ministry of Health. *Evaluation of implementation of the confidential enquiries into maternal deaths in the improvement of salud materna services*. Kuala Lumpur, Ministry of Health, 1998.
- ¹³ Professor Robert Pattinson. Director of the South African Confidential Enquiry into Maternal Deaths.

Reports and papers in French that may be of interest include:

Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, Rapport au Ministre. Paris, mai 2001. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite>

Bouvier-Colle MH. Enquêtes confidentielles avec comités d'experts : une méthode d'évaluation des soins. L'exemple de l'Obstétrique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* 2002; 50: 203-217.

Mensajes Clave

- ✓ Los casos de morbilidad materna severa o “near miss” son más frecuentes que las muertes maternas y su estudio debe permitir formular conclusiones más sólidas en relación con los factores de riesgo, evitables o correctivos.
- ✓ Aparte de las autopsias verbales realizadas en la comunidad, cualquier enfoque acá descrito sirve para conducir un estudio de casos de riesgos de muerte (near miss).
- ✓ No existe una definición buena o mala de los casos de morbilidad severa o near miss. Lo que importa es que las definiciones utilizadas en un estudio sean apropiadas a las circunstancias locales, a fin de mejorar la salud materna a nivel local. Recomendamos de manera muy especial usar definiciones normalizadas, puesto que facilitarán la comparación con protocolos normalizados de tratamientos y comparaciones cuantitativas en la línea de tiempo, o entre dependencias médicas.
- ✓ Las sobrevivientes se recuperaron para contar sus historias. En estos estudios, es posible hablar con la mujer para conocer sus puntos de vista sobre lo sucedido y la atención que recibió.
- ✓ El estudio de sobrevivientes a complicaciones con riesgo de muerte es menos incómodo para los proveedores de servicios de salud que el análisis de las muertes maternas.

Por mucho tiempo las investigaciones sobre los servicios de salud materna han utilizado las muertes maternas como el punto de arranque de la investigación. Las muertes son los eventos adversos máximos del embarazo; el análisis de las circunstancias que condujeron a la muerte materna que se pueden evitar o mejorar no sólo en áreas clínicas, sino incluso los factores relacionados con el sector salud, comunidad o salud pública. En la última década, los casos de morbilidad materna severa surgen como un complemento o una alternativa prometedora a la investigación de muertes maternas. En particular, los casos situados en el extremo de la morbilidad (near miss) son vistos como una medida útil para evaluar y mejorar los servicios de salud materna.^{1,2}

Aunque a veces se muestra a las complicaciones obstétricas como una alternativa relativamente fácil de las muertes maternas, su definición y su identificación siguen siendo un problema, y en los países en desarrollo no hay suficiente experiencia en el uso de las complicaciones obstétricas severas como punto de partida de los análisis de casos. En este capítulo analizaremos las definiciones locales y la selección de los casos que se prestan al estudio. Presentamos dos estudios como ejemplos.

Los casos near miss están muy bien documentados en algunas industrias, como la aviación, en la cual para mejorar la seguridad se estudian los incidentes que pudieron tener enormes consecuencias. En los últimos años ha surgido el término “near miss” para valorar los servicios de salud, en particular la calidad de la atención obstétrica en grandes hospitales o a nivel regional en el contexto de la baja mortalidad que presenta Gran Bretaña ^{3,4}.

En los países en vías de desarrollo, inicialmente los eventos near miss eran vistos como una medición prometedora para evaluar los programas de maternidad sin riesgos a nivel demográfico.⁵ En un estudio realizado en Benín, se planteó como hipótesis que, en vista que las mujeres pueden recordar un suceso tan traumático como la morbilidad severa, las encuestas (basadas en entrevistas) realizadas para valorar la incidencia de la morbilidad severa pueden convertirse en un parámetro promisorio para la evaluación de los programas realizados a nivel poblacional. Sin embargo, el estudio mostró que lo que las mujeres recuerdan sobre sus partos no es suficientemente preciso como para utilizarlo en las encuestas.

Cuadro 7.1—Mejoramiento de la atención obstétrica mediante el análisis de la morbilidad severa: estudio de factibilidad en Benín, Ghana, Costa de Marfil y Marruecos.^a

Este proyecto de investigación colaborativa tenía como propósito desarrollar y aplicar una estrategia que mejorara la atención obstétrica en los hospitales de referencia, mediante un análisis sistemático de los near miss como termómetro de la calidad de la atención obstétrica. Se realizó en 12 hospitales de referencia de cuatro países africanos. Dicha estrategia consistía en:

- Crear un comité de investigación de casos de morbilidad materna severa en cada país para facilitar el desarrollo, aplicación y difusión de los hallazgos de las investigaciones.
- Crear equipos de trabajo en los hospitales para realizar los estudios en los centros de trabajo.
- Identificar los criterios válidos y fiables para la definición e identificación de los eventos de morbilidad materna severa (near miss).
- Realizar investigaciones exhaustivas en un subconjunto de casos de morbilidad severa para documentar la naturaleza de una atención deficiente y así formular las respectivas recomendaciones para mejorar dicha atención, los procedimientos organizativos y la realización de los cambios necesarios.
- Efectuar una evaluación cuantitativa de todos los casos estudiados para documentar la magnitud y causas de la morbilidad severa en los hospitales.

Por otro lado, el estudio reveló que los casos de morbilidad materna severa eran un punto inicial útil para las auditorías y estudios de casos en países en vías de desarrollo. ¹

^a El proyecto se inició en noviembre de 1998 y finalizó en septiembre del 2001. Los hallazgos se publicaron en la obra de Filippi V et al. *Cómo hacer (o no hacer)... auditorías obstétricas en entornos sin recursos: Lecciones de una auditoría multinacional de emergencias obstétricas. Políticas y planificación de salud* 2004; 19:57-66, y Sahel A et al. *Des catastrophes obstétricales évitées de justesse: les near miss dans les hôpitaux marocains [Catástrofes Obstétricas apenas evitadas: near miss en hospitales marroquíes]. Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones / Santé* 2001; 11:229-235.

Por esta razón, se llevó a cabo un estudio multinacional en cuatro países africanos para ver cómo estos casos podían servir de catalizadores de investigaciones exhaustivas de la atención hospitalaria, tal como se muestra en el cuadro 7.1. Se desarrollaron esfuerzos similares en Malasia⁶ y Sudáfrica.^{2,7}

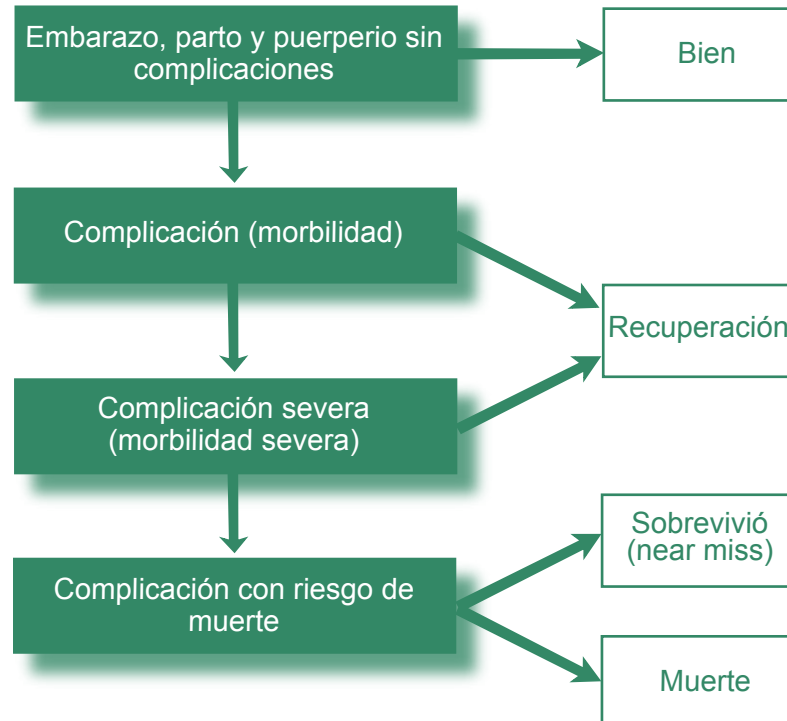
7.1 Explicación de la terminología utilizada en este capítulo

Se utiliza un sinnúmero de términos para describir los incidentes maternos severos como las complicaciones con riesgo de muerte, morbilidad materna severa y near miss. Estos términos son a menudo utilizados de manera intercambiable y pueden provocar alguna confusión.^{3,4,8,9}

El embarazo como un continuo entre la buena y la mala salud

El deterioro de la salud durante el embarazo representa un vínculo entre la salud normal y la muerte. Durante este estadio, el embarazo puede clasificarse como: sin complicaciones, con complicaciones (morbilidad), complicación severa (morbilidad severa) o con riesgos de muerte, tal como se muestra en la Figura 7.1. Durante la etapa de los riesgos de muerte, la mujer puede recuperarse, sufrir discapacidad temporal o permanente o finalmente morir. Por lo tanto, el término near miss se refiere a uno de los dos posibles resultados de la complicación con riesgo de muerte: la mujer sobrevive y se convierte en un caso near miss, o ella muere y se convierte en una muerte materna.

Figura 7.1 El embarazo como enlace entre la salud normal y la muerte



Como la filosofía en que se basan estos estudios es conocer cómo se puede mejorar al máximo los servicios de salud, la descripción de un caso ya sea near miss o morbilidad materna severa no reviste tanta importancia como el compromiso de evaluarlo, aunque esté definido a nivel local.

Ya que muchas de las referencias y ejemplos dados en el presente capítulo se refieren a estudios que utilizan el término “near miss”, dicho vocablo se referirá en el presente documento a cualquier estudio de mujeres que sobrevivieron a problemas severos del embarazo. No obstante, repetimos que al planificar el análisis de un caso, hay que definir definiciones útiles e importantes a nivel local.

Definición de “near miss”

No existe una definición universal aplicable de near miss. El manejo (de ahí la definición) de una hemorragia posparto en la UCI de un hospital terciario de una nación industrializada es muy diferente al de una mujer que se desangra en una dependencia sanitaria de un distrito sin infraestructura de banco de sangre en un país subdesarrollado. Lo que importa es que la definición a utilizarse en cualquier estudio corresponda a las circunstancias específicas que sirvan para fomentar mejoras en los servicios de salud *locales*.

En el estudio de Benín, el vocablo near miss se refiere a “una complicación obstétrica severa con riesgo de muerte que requiere una intervención médica urgente para impedir el posible fallecimiento de la madre”.^{1,10} La noción de atención médica urgente se incluyó porque el estudio se enfocó en las condiciones graves que amenazan la vida de la madre de forma inmediata.



La West Africa Near-Miss Audit Network utilizó la siguiente definición: “cualquier mujer embarazada o que haya dado a luz recientemente (6 semanas o menos después del parto o de la interrupción del embarazo), cuya sobrevivencia inmediata se vio amenazada pero sobrevive por casualidad o por la atención médica recibida.

El elemento de casualidad es importante porque las mujeres pueden sobrevivir a complicaciones severas sin recibir atención médica. Algo similar reconoció un estudio en Sudáfrica al definir el near miss como “una mujer muy grave que hubiese muerto de no haber tenido suerte y buena atención”.²

¿Qué es un estudio de casos near-miss?

Este tipo de estudio puede aplicarse a uno o varios casos que ocurran en una o varias dependencias médicas, ya sea en conjunto o sumado a los análisis de casos acaecidos en dependencias médicas. De hecho ya han sido incorporados en las metodologías de investigaciones confidenciales de muertes maternas de Sudáfrica y Escocia, además de varios países que buscan adoptarlos. Debido a que los casos son más fáciles de identificar dentro de las dependencias de salud, estos estudios no sirven para señalar los factores evitables en la comunidad.

En el capítulo 3 titulado Aspectos Prácticos de la Ejecución de Enfoques, así como en las secciones correspondientes a los Estudios de Casos Ocurridos en los Establecimientos sanitarios, Investigaciones Confidenciales y Auditoría Clínica, se presentan consejos prácticos y los pasos a seguir para desarrollar un estudio de casos near miss relevante para estos enfoques.

Una vez que se han escogido los casos para el estudio, las etapas del análisis de los casos near miss son muy similares a los pasos clásicos del ciclo de vigilancia. Se trata de establecer las mejores prácticas locales, comparar éstas con las prácticas actuales, aplicar las reformas correspondientes y reevaluar las prácticas. El ciclo se muestra en la figura 7.2. Al igual que el resto de enfoques de este manual, el propósito fundamental del estudio es mejorar la atención materna. En el cuadro 7.2 se da un ejemplo de los resultados de un estudio.

7.2 Ventajas y desventajas de los estudios de near-miss o de morbilidad severa

Ventajas

Un análisis más exhaustivo

Al igual que en las muertes maternas, una complicación obstétrica severa puede motivar la realización de un estudio de caso^{2, 11} o una auditoría.¹² En comparación con las muertes maternas, es más útil usar los casos near miss en auditorías o en estudios de casos, porque las complicaciones obstétricas son más frecuentes que las muertes maternas, lo que permite contar con un análisis cuantitativo más integral. En los hospitales de Benín y Sudáfrica, por ejemplo, los near miss fueron entre 5 y 10 veces más frecuentes que las muertes maternas.^{1, 2} Según la definición utilizada, en los países industrializados la proporción puede llegar hasta 117 casos near miss por una muerte materna.^{13, 14}

Cuadro 7.2— Acciones tomadas de conformidad con un estudio de casos near-miss en Papúa Nueva Guinea ^b

El médico interno llamó al doctor “A” para que atendiese a una madre primípara en trabajo de parto, debido al retraso en la segunda etapa de una presentación de cara. El Dr. “A” descubrió que el cuello uterino presentaba dilatación completa y que la cabeza del bebé estaba en la pelvis. El médico asistió a la mujer aplicando fórceps, luego de lo cual la mujer presentó un sangrado vaginal excesivo (unos 400-500 ml) que se contuvo con una infusión de oxitocina. (En este servicio obstétrico, la ventosa es el método común de asistencia de partos con presentación de vértice).

Durante la noche, las enfermeras de la sala observaron que la mujer seguía teniendo una hemorragia vaginal moderada. A la mañana siguiente todavía expulsaba gotas de sangre y el examen reveló una palidez severa y un cuello de útero lacerado. En un examen en la sala de operaciones se constató que el desgarro cervical parecía extenderse hasta el segmento uterino inferior. Se llamó a un especialista y se decidió que había que hacer una laparotomía. Había una rotura uterina que también afectaba la capa serosa del recto, con más de un litro de sangre en la cavidad peritoneal. Fue necesario recurrir a una histerectomía total para controlar el sangrado.

Después de la operación, se evaluaron los informes del parto para determinar cómo había ocurrido la ruptura. Se examinaron los fórceps, pero no había nada en las notas del caso que indicara la presencia de dificultades o problemas del posparto inmediato. Sin embargo, al revisar el registro de la sala de partos, se descubrió que el caso había sido descrito como una posición mentoposterior con extracción que requirió rotación mediante fórceps.

En una reunión el día siguiente con los especialistas, se preguntó al médico (Dr. A) encargado de asistir a la paciente cómo había procedido para asistir la presentación de cara posterior con fórceps. El Dr. “A” dijo haber realizado un giro manual de la cabeza a la posición transversa y luego haber aplicado los fórceps curvos para completar la rotación y extraer la cabeza. La junta entre el Dr. “A” y el grupo de especialistas arrojó las siguientes conclusiones:

1. Cuando se va a tratar un procedimiento poco conocido, debe estar presente la persona con mayor experiencia para guiar y aconsejar durante el procedimiento.
2. Los fórceps curvos no deben utilizarse para rotar la cabeza del feto.
3. Cualquier sangrado posparto anómalo debe investigarse, en especial cuando sucede a un parto instrumental.
4. El protocolo estándar para asistir una posición mentoposterior es la cesárea. Si se piensa que otra alternativa sería más apropiada, la decisión de no utilizar el procedimiento estándar debe someterse a consenso, participando en la discusión la persona más experimentada presente en la sala.

Lo anterior es sumamente importante en las auditorías clínicas, ya que para medir el cumplimiento con los criterios o metas establecidas se necesita juntar una gran cantidad de datos. En términos generales, una cantidad considerable de casos con complicaciones severas permitirá una cuantificación más detallada de los factores de riesgo y de los determinantes que un número relativamente pequeño de muertes maternas.

Otra posible ventaja de la morbilidad sobre la muerte materna en los estudios y auditorías es que algunas complicaciones con riesgo de muerte pudieron haber surgido durante la hospitalización de las mujeres, por lo que hay oportunidad de observar y estudiar la atención prestada en el hospital.

^b Profesor Glen Mola, Hospital General Port Moresby, Papúa- Nueva Guinea

Por otro lado, algunas muertes maternas en el hospital son inevitables porque las mujeres llegaron muy tarde y fallecen al poco tiempo. Eventos así pueden arrojar menos información si el objetivo de la investigación gira alrededor de la atención hospitalaria, como es el caso de las auditorías clínicas.

Aceptabilidad

En el contexto de los estudios de casos, al observar el resultado de la morbilidad obstétrica severa, detectamos otras tres posibles ventajas. Primero, si la mujer sobrevive a la complicación grave, su caso puede ser menos intimidante para el personal entrevistado en comparación con una muerte materna y, por tanto, la investigación tendrá un carácter menos punitivo. Ya que la mujer sobrevivió, pueden aparecer elementos positivos en la atención brindada, por lo que el personal quizá reciba felicitaciones por haber salvado esa vida. Segundo, al sobrevivir, en vez de los familiares, es la mujer a la que se le pregunta sobre la calidad de la atención recibida, lo que puede mostrar aspectos importantes sobre la calidad del servicio asistencial que en otras circunstancias pueden pasar desapercibidos. Además, la entrevista con la mujer permite complementar la información de los registros.

Finalmente, la participación de los profesionales en determinar las definiciones de los casos y asumir responsabilidad por la precisión e integridad de los datos sobre la morbilidad severa puede ser ya de por sí el primer paso para mejorar la calidad de la atención obstétrica.

Desventajas

Definir los casos a evaluar

A diferencia de las muertes maternas, la definición de la morbilidad obstétrica con riesgos de muerte no es tarea fácil, por lo que establecer una definición local requiere el esfuerzo y cooperación coordinada de todos los involucrados en el proceso de estudio. Este aspecto se discutirá unas páginas más adelante en este mismo capítulo.

No identifica los casos de la comunidad

Con este tipo de enfoque los eventos near miss pueden identificarse sólo en las dependencias médicas, ya que no brindan ninguna información sobre los ocurridos en la comunidad. En vista que la mayoría de estos casos requieren atención médica para salvar la vida de la mujer, los registros hospitalarios son las fuentes de información más probables de dichas complicaciones. Aunque algunos argumentan que los casos acaecidos en la comunidad también pueden identificarse porque las mujeres recuerdan un evento tan traumático como el “near miss”, ahora hay evidencia sustancial que demuestra lo contrario. Los estudios que evalúan los recuerdos de las mujeres sobre la morbilidad obstétrica sugieren grandes discrepancias entre el recuerdo de la experiencia del parto y las complicaciones médicas o near-miss diagnosticadas.^{15, 16, 17} Un grupo de tareas conformado para analizar la validación de testimonios de mujeres sobre las complicaciones obstétricas concluyó que “la estimación de la prevalencia de las complicaciones obstétricas, basada en los datos de las encuestas nacionales probablemente no sea válida o fiable.”¹⁸ Si bien esto no significa que sea

imposible obtener la perspectiva comunitaria sobre las afectaciones maternas severas, sí implica que los eventos adversos con riesgos de muerte deben ser identificados primero en el hospital, porque de lo contrario no habrá certeza sobre la naturaleza de muerte inminente de los casos estudiados.

Inclusive en medios donde las mujeres que dan a luz en dependencias médicas sean pocas, una investigación nacional de “near miss” no podría arrojar una perspectiva representativa de los factores evitables.

Determinación del caso

Es posible que la determinación del caso exija analizar muchísimos expedientes y notas de casos en cada dependencia sanitaria, y para lugares con grandes volúmenes de eventos de morbilidad severa, podría haber que tomar una submuestra de casos, si lo que se quiere es hacer estudios exhaustivos. Los criterios a seleccionar podrían ser por ejemplo, eventos que sólo ocurrieron en la noche o en los fines de semana, o tipos específicos de complicaciones.

Obtención del consentimiento

Las mujeres cuyos casos son objeto de estudio están vivas, y si la metodología del estudio contempla entrevistarlas además de analizar las notas de sus casos, hay que obtener sus consentimientos previo a la entrevista. Esto constituye una desventaja, ya que puede aumentar el nivel de preocupación de las mujeres sobre la calidad del servicio recibido y despertar una desconfianza injustificable contra el personal médico profesional que bien pudo haber salvado sus vidas. Es verdad, sin embargo, que en el estudio multinacional en África, esos problemas no ocurrieron. Es muy posible que la exposición de los proveedores y administradores de salud a los puntos de vista de las mujeres haya sido uno de los elementos más críticos para inducir cambios que lleven hacia una mejor atención. Hay una serie de elementos, desde el poder comprender cómo se sintió la mujer en su estadía en el hospital, a veces con una profunda vergüenza por lo ocurrido, hasta un sentimiento de agradecimiento hacia las mujeres que felicitaron al personal del hospital, que contribuyen a mejorar el servicio de salud.

7.3 Principios clave

Los estudios deben desarrollarse y conducirse en el contexto local de atención de salud

El umbral por encima del cual un evento obstétrico adverso pasa a amenazar la vida de la mujer depende del contexto del estado de salud general de la mujer y la infraestructura médica disponible. La probabilidad de que una mujer muera depende no sólo de su capacidad para soportar la complicación, sino también del acceso a servicios sanitarios y la calidad de atención que reciba. Por ejemplo, la pérdida de 500 ml de sangre puede no representar una amenaza a la vida para una mujer saludable sin anemia, pero sí poner en peligro la vida de la madre con anemia severa. Igualmente, la placenta previa puede implicar un alto riesgo de muerte si esa condición no se hubiera detectado previamente por medio de ultrasonido, pero una detección e

intervención oportuna con buenos servicios prenatales y de parto evitan que se convierta en algo grave. Otro ejemplo es el partograma, una representación gráfica del trabajo de parto; a pesar de tratarse de una herramienta que contribuye a precisar el diagnóstico de parto prolongado, en muchos países en vías de desarrollo su uso no se ha extendido.

Por lo tanto es vital desarrollar las definiciones requeridas para la encuesta dentro del contexto de los problemas de salud locales y de la disponibilidad de los servicios.

Todos los participantes en el estudio deben comprender, aceptar y adoptar las definiciones específicas para el contexto

A diferencia de la muerte materna, la morbilidad no es un evento inequívoco, por lo que las opiniones varían, inclusive entre los facultativos locales, en cuanto al mérito de incluir un caso en el estudio. Es más, algunos diagnósticos de complicaciones obstétricas severas pueden depender particularmente de factores médicos subjetivos. Como ejemplo, la naturaleza equívoca de la definición de entidades como distocia o labor prolongada, es bien conocida.^{19,20} La desproporción céfalo-pélvica (DCP) es difícil de determinar.²¹ En los EE.UU. en los años 80, las cesáreas para DCP eran seis veces mayores que en Irlanda entre mujeres con riesgos similares, pero estas diferencias supuestamente reflejan factores culturales más que diferencias reales en la epidemiología de la DCP.²²

Por lo tanto, para asegurar la consistencia del estudio de caso y la validez de los análisis, las definiciones deben establecerse entre profesionales médicos desde el inicio, siempre y cuando sean relevantes a la situación y práctica locales.

7.4 Proceso paso a paso para emprender un estudio near miss

Los pasos necesarios para realizar un *estudio de caso near miss* son similares a los otros enfoques descritos en este manual. Si se adopta el enfoque near miss para un Estudio de Casos Acaecidos en Establecimientos sanitarios, entonces hay que seguir los pasos del Capítulo 5; y para una Investigación Confidencial, hay que consultar el Capítulo 7. Si se programa una Auditoría Clínica, el Capítulo 8 describe el proceso de una manera más cabal. En el Capítulo 3 aparecen detallados los procesos comunes para todas las metodologías. Sin embargo, aquí hay algunos pasos adicionales a tener en cuenta al momento de ejecutar un estudio de casos near miss:

Los pasos adicionales son:

1. Establecer el propósito del estudio y la metodología a utilizar.
2. Decidir cómo definir “near miss” según el contexto del estudio seleccionado.
3. Acordar el umbral de los casos “near miss” que se habrá de estudiar.
4. Desarrollar una definición realista y práctica.
5. Considerar cómo identificar los casos.

Paso 1. Establecer el propósito del estudio y la metodología a utilizar

Si el propósito es utilizar las complicaciones con riesgo de muerte para monitorear o auditar el cumplimiento de estándares clínicos específicos (por ejemplo, en el contexto de una auditoría clínica), el primer requisito es que la complicación sea lo suficientemente común como para permitir análisis cuantitativos. Segundo, se debe desarrollar parámetros precisos para identificar y manejar la complicación. Una definición de pre-eclampsia especificada como *hipertensión y proteinuria*, por ejemplo, es muy vaga porque no especifica los niveles de presión sanguínea o el límite de proteinuria que ameriten una intervención. Es preferible que la definición incorpore algunos de los criterios para los cuales se establecieron metas. Por ejemplo, si uno de los criterios es que todas las mujeres con una presión sanguínea diastólica sobre los 95 mm/Hg deben recibir un tratamiento antihipertensivo, entonces será provechoso incorporar este nivel de presión sanguínea en la definición de la pre-eclampsia.

Si el propósito es aprender cualitativamente de los eventos adversos, como es el caso de los estudios de eventos ocurridos en las dependencias médicas o investigaciones confidenciales, las definiciones pueden ser menos rígidas, puesto que cada caso enseñará algunas lecciones útiles. No obstante, se recomienda enfáticamente utilizar definiciones normalizadas para facilitar la comparación con protocolos estándares de tratamiento.

Si el propósito es ilustrar las necesidades de recursos de salud o de habilidades técnicas para manejar bien los casos, lo mejor será identificar cualquier deficiencia o disfunción de los sistemas de órganos además de las complicaciones obstétricas. En Pretoria, donde las definiciones se basaban en disfunciones orgánicas, la constatación de que la hipovolemia era la forma más común de disfunción de órganos destacó la necesidad de reasignar los escasos recursos para poder hacer un manejo efectivo de estos problemas.²

Si el objetivo es estudiar la admisión correcta a la UCI, entonces la admisión en sí (sin importar la causa) es un buen punto de arranque. Aun así, hay que definir el parámetro de gravedad para saber si la admisión está justificada o no.

Paso 2: Definir los casos “near miss” según el contexto del estudio seleccionado

En la literatura se ha propuesto combinar tres tipos de enfoques para estudiar y definir las complicaciones obstétricas con riesgo de muerte y sobrevivencia. Estos enfoques contemplan definiciones basadas en: (a) Manejo de la complicación; (b) Señales y síntomas clínicos; (c) Sistema de órganos. Existe una gama de posibles enfoques, pero el más apropiado dependerá del contexto local.

Definiciones con base en el manejo de la complicación

Ingreso a una UCI

En las naciones industrializadas, la mayoría de las definiciones de las complicaciones obstétricas graves y casos “near miss” se basan en el manejo de las complicaciones.

El parámetro es la admisión a la UCI, independientemente de la causa médica.^{3, 9, 23, 24, 25}

Las principales ventajas de esta definición son la simplicidad y facilidad de obtener datos, ya que es posible que sólo sea necesario usar un registro. Además, comprende condiciones médicas no obstétricas que pueden constituir un riesgo de muerte y provocar el deceso, como la hemorragia cerebral y hepatitis. La desventaja más significativa radica en que la UCI identifica sólo a un grupo de condiciones de riesgo. En Francia, por ejemplo, la gran mayoría de muertes maternas se atendieron en la UCI, mientras que en Gran Bretaña únicamente un tercio de las muertes maternas recibió cuidados intensivos.^{25,26} El criterio de admisión a la UCI varía entre países, hospitales, clínicas y la capacidad y ubicación de las UCI también influye en el número de ingresos a estas unidades.²⁷ La definición de lo que es una UCI no es muy clara y varía según el hospital;⁹ algunos de los nosocomios ni siquiera tienen UCI. Debido a esas variaciones, las comparaciones entre uno y otro lugar deben interpretarse con sumo cuidado.

Intervenciones Mayores

Otros ejemplos de criterios basados en el manejo de complicaciones se refieren al uso de intervenciones mayores como histerectomía de emergencia, cesáreas, transfusión de sangre, hospitalización por más de cuatro días y accidentes con anestesia.^{2, 9, 10, 17, 28, 29}

A modo de ilustración, en un estudio realizado en Benín, se consideró toda mujer con hemorragia obstétrica que necesitara una intervención mayor para detener el sangrado como un caso near miss. Las intervenciones mayores comprendían la histerectomía, transfusión de sangre de dos litros o más para anemias graves y defectos de coagulación, un examen uterino manual con extracción de fragmentos de placenta, una cesárea y una sutura del cérvix o de vagina.^{10, 17} La principal razón que justifica esta elección fue que las intervenciones recibidas quedaban registradas en las notas hospitalarias, pero sin detallar los signos y síntomas clínicos.

Los criterios arriba señalados adolecen sin embargo de las mismas desventajas de la terapia intensiva, puesto que las indicaciones para su uso no son estándar y difieren de lugar en lugar. Por ejemplo, en Sudáfrica,² hubo que adaptar la definición de la hipovolemia severa propuesta para un hospital terciario (por ejemplo, hipovolemia que se requiera 5 unidades o más de sangre entera o concentrado de glóbulos para la resucitación) para adaptarla a los hospitales rurales. En el área rural, el umbral para la transfusión fue muy alto y los volúmenes de sangre utilizados fueron muy bajos. La definición adoptada para hipovolemia fue “toda disminución de la volemia que, independientemente de la disponibilidad de sangre o de que efectivamente se haya trasfundido a la paciente, requiriera una transfusión de cuatro unidades de sangre o concentrado de glóbulos para su resucitación (estas mujeres deben incluirse, aunque no hubiera sangre disponible).⁷ Lo anterior demuestra que cuando no se dispone de sangre no sirve confiar en la necesidad de transfusión, por lo habrá que utilizar otros criterios, probablemente clínicos.

Definiciones basadas en síntomas clínicos

Este tipo de definiciones descansan en diagnósticos o complicaciones obstétricas, por lo que tienden a enfocarse en las causas mayores de la mortalidad materna como hemorragia, trastornos hipertensivos y sepsis. Este enfoque es sencillo de interpretar y atrae de inmediato a investigadores médicos y no médicos porque las condiciones enumeradas tienden a reflejar las principales causas de muerte materna. En los países en vías de desarrollo, los datos de diagnósticos generales de las complicaciones pueden consultarse también con facilidad relativa en los registros hospitalarios.

Sin embargo, elaborar las definiciones con base en los síntomas de todos los tipos de complicaciones no es nada fácil. Los médicos deberán llegar a un consenso sobre las definiciones en cuanto al criterio de severidad, pero dicho consenso quizá no se alcance dada la diversidad de experiencias de los médicos.²⁹ Los criterios también dependerán de los medios disponibles para emitir los diagnósticos. Finalmente, los parámetros deben descansar en información que siempre se encuentre en los expedientes médicos, para facilitar la extracción y verificación de datos.

Los puntos anteriores se pueden ilustrar mediante las definiciones de sangrado vaginal severo. En un estudio europeo, Bouvier-Colle y col,³⁰ fundamentaron la definición de la hemorragia posparto con riesgo de muerte de acuerdo a los siguientes síntomas: si se pudo medir la pérdida de sangre, que ésta sea mayor a 1500 ml, o que provoca anomalías de la coagulación. Por otro lado, en un estudio realizado en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la pérdida severa de sangre se definió a partir de los 2000 ml.⁴ En lugares donde no se acostumbra medir rutinariamente la pérdida de sangre, será necesario buscar otros parámetros de hemorragia severa. En Benín, por ejemplo cualquier hemorragia posparto asociada con los síntomas de shock se considera como “near miss”.¹⁰ Es obvia la falta de consenso sobre lo que es una pérdida de sangre con riesgo de muerte, y las definiciones varían de acuerdo al contexto del estudio. No obstante, no hay ningún impedimento para usar las definiciones locales para evaluar la calidad del servicio en un hospital y formular las recomendaciones correspondientes.

Definiciones basadas en los sistemas de órganos

Un enfoque interesante para definir los casos near miss es el sistema de órganos.² Una mujer con fallo o deficiencia orgánica (deficiencia renal o descompensación cardíaca) durante o dentro de las seis semanas posteriores al embarazo tiene grandes posibilidades de fallecer si no recibe una atención adecuada.² Por ejemplo, una hemorragia se puede convertir en una amenaza de muerte si provoca una disfunción vascular (hipovolemia), renal (oliguria) o de la coagulación. Por otro lado, la infección puede amenazar la vida si la mujer muestra síntomas de disfunción respiratoria, inmunológica o cerebral.

La definición que se apoya en el sistema de órganos describe con mayor exactitud el fenómeno de las complicaciones con riesgo de muerte o “near miss” porque selecciona sólo los extremos muy severos. Sin embargo, este enfoque no escapa totalmente a las debilidades de los enfoques anteriores,

porque los parámetros que definen el deterioro o deficiencia del sistema de órganos dependen del manejo clínico instituido (Ej. el ingreso a la UCI o histerectomía de emergencia). Además, el diagnóstico de un fallo de órganos puede requerir tecnologías no disponibles en los hospitales de países en vías de desarrollo (Ej. medición de la saturación de oxígeno).

Paso 3: Acordar el umbral de los casos a ser estudiados

Después de haber decidido qué casos incluir, el siguiente paso es definir dónde, en el proceso continuo mostrado en la figura 7.1, debe dispararse el punto de arranque del estudio. ¿En qué punto se encuentra el umbral de la severidad para saber exactamente cuándo un caso se convierte en grave o representa un riesgo de muerte? Aunque este umbral sea fácil de definir para algunas condiciones (por ejemplo, pocos se opondrían a afirmar que la ruptura del útero entraña riesgo de muerte), en otros casos es algo difícil (¿Cuál es el umbral para una hemorragia vaginal severa o para un trabajo de parto prolongado?).

De nuevo, es necesario considerar el contexto en el que se realizará el estudio. Algunas condiciones en ciertos contextos constituyen casos de vida o muerte, pero en otros no, por lo que quizá sea necesario aplicar toda una gama de parámetros clínicos (como signos y síntomas) para definir que una complicación amenaza la vida. Como se mencionó en páginas anteriores, puede que una hemorragia severa requiera una definición menos rigurosa en el caso de una paciente con anemia severa que con una paciente saludable. Además, al escoger los criterios basados en el manejo clínico de la complicación, es necesario considerar los recursos disponibles. Por ejemplo, como se observó en líneas anteriores, si no hay una reserva regular de sangre, el criterio basado en la necesidad de transfusiones no funciona, por lo que habrá que utilizar otros criterios, probablemente clínicos.

En lugares donde las auditorías y los estudios de casos se ejecutan en más de una instalación médica es necesario estandarizar las definiciones de los casos. Aunque tal vez no siempre sea posible, ciertamente hará más comparables a todas las dependencias.

Paso 4: Desarrollar una definición realista y práctica

Una buena definición operativa debe comprenderse con facilidad y ser utilizada por todo el personal involucrado; los datos deben recopilarse con facilidad de los registros o informes disponibles. Esto implica que al momento de elaborar las definiciones, hay que tener en mente la calidad de los registros existentes. Aunque los esfuerzos para definir y estudiar casos puedan en sí ser un catalizador para llevar mejor los registros, es importante hacer un análisis previo de los registros para asegurarse de la calidad de la información disponible antes de intentar definir una “near miss”. Si no existe la costumbre de computar la pérdida de sangre o de no anotarla, entonces hay que buscar otros parámetros para determinar los casos de hemorragia severa. Igualmente, si no se acostumbra utilizar el partograma, la definición de un trabajo de parto anormal tendrá que basarse en los síntomas anotados en los registros.

Para tomar en cuenta la calidad variable de los registros, quizá sea útil trabajar con varias definiciones en vez de sólo una. En Benín, por ejemplo, el sangrado vaginal se calificó como una amenaza de muerte si la mujer estaba en shock o cuando se había necesitado una intervención mayor para detenerla. Se optó por ello en vista que no siempre los síntomas de shock figuraban en los registros, a pesar de haberse presentado.^{10,17}

Paso 5: Indicar cómo identificar los casos

Ya hemos descrito los problemas que surgen con la identificación de los casos acaecidos en la comunidad. Por lo tanto, sólo hay dos maneras de establecer un caso.

Registros

A lo interno de las instituciones, los datos de las complicaciones normalmente se obtienen de una serie de registros y notas de casos, incluyendo admisión, parto, alta, traslado, terapia intensiva y registros quirúrgicos.³¹ Es posible que se admita a las mujeres con complicaciones en diferentes salas del hospital, y el seguimiento de las pacientes por medio de los diferentes expedientes no es fácil, puesto que muchos de estos carecen de una identificación clara de la paciente. Cuando haya que consultar más de un expediente la doble contabilización puede representar un problema.

Los expedientes existentes comúnmente necesitan modificación para proporcionar el dato requerido. La mayoría de los expedientes de hospitales llevan registro del tipo de parto y de las intervenciones obstétricas, pero parece inadecuado especificar las complicaciones que llevaron a indicar las intervenciones.^{31, 32, 33} En Marruecos, por ejemplo, 28% de las intervenciones mayores, con el potencial de salvar la vida, no mencionaban la indicación.³⁴ Es más probable que falte información para las admisiones de emergencia, las cuales también es probable que representen complicaciones más graves.

Informes rutinarios del personal

Si se llevan a cabo reuniones regulares del personal, los eventos obstétricos se pueden identificar en estas reuniones², haciendo un estudio de las notas de casos, o puede que un miembro del personal la identifique por medio de la revisión habitual de los casos conocidos en todos los departamentos de la institución, y que la notifique al coordinador

7.5 Variantes de la investigación de morbilidad severa

Este capítulo se enfoca en la investigación de morbilidad obstétrica con riesgo de muerte debido a que se cree que los eventos cercanos al extremo de mayor severidad de la gama de morbilidad revelan un gran número de facetas en el acceso y en la calidad de la atención. Sin embargo, el evento que impulse una auditoría o una revisión de casos no necesita ser tan extremo, aunque una revisión de rutina de la atención brindada puede ser igualmente informativa. Una auditoría regular o estudio de caso del uso de partograma, por ejemplo, puede que revele deficiencias que necesiten una acción urgente para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

Igualmente un estudio del uso de uterotónicos puede ser particularmente relevante, ya que su uso puede servir para salvar vidas, pero puede también ser perjudicial cuando se utiliza inapropiadamente.

Antes de emprender una revisión de casos a gran escala o auditorías, es importante pensar cuidadosamente acerca del tema de investigación y seleccionar temas que enfatizen las áreas donde las mejoras no solamente se deseen, sino que sean posibles. A veces, es más probable que se induzcan cambios por el estudio de temas muy específicos, como el uso del partograma o de uterotónicos, que si se hace el estudio de áreas problemáticas que abarquen todo el sistema sanitario.

Finalmente, aunque las entrevistas a mujeres proporcionan perspectivas valiosas de su percepción de los eventos, los equipos de trabajo del hospital pueden decidir no utilizarlas, ya sea porque el objetivo del estudio es estrictamente técnico o porque no es factible o sostenible hacerlo.

Cuadro 7.3—Un estudio de near miss, en Benín, Ghana, Costa de Marfil y Marruecos

Más que enfocarse en un análisis agregado de las deficiencias en la atención en una gran cantidad de casos, como en las auditorías clínicas basadas en algún criterio, y revisiones de casos de muerte materna, este proyecto se concentra en la participación y la interacción entre todos aquellos que proporcionan y/o organizan la atención obstétrica en cada reunión de revisión de casos individuales. No sólo se espera que la participación activa de los proveedores y administradores de los servicios de atención en el proceso de revisión aumente su sentimiento de apropiamiento de las conclusiones y responsabilidades, sino que al promover una cultura de autocrítica, se espera que este proceso produzca un efecto más sostenible en el mejoramiento de la calidad de la atención obstétrica.

Se acordó utilizar este enfoque porque:

- Los “near miss” son un problema importante de salud pública y fueron más comunes que las muertes.
- La discusión de los casos “near miss” es menos amenazante para los entrevistados que hablar sobre las muertes maternas. Debido a que la mujer sobrevivió, pueden aparecer los elementos positivos de la atención, y se puede felicitar al personal por salvarle la vida a la mujer.
- En estudios de casos “near miss”, es posible hablar con la mujer. Esto es importante ya que es una oportunidad de obtener el punto de vista de la misma sobre la atención que recibió, lo que también complementa la información de los registros.

Paso 1 – Establecer un criterio near miss

Cada equipo ejecutó este paso crucial durante un taller realizado en su propio país. Los criterios de definición de los “near miss” se seleccionaron de acuerdo a su frecuencia, el contexto de las fuentes en cada uno de los países, y la calidad de los registros médicos de las pacientes. Se hizo una armonización de las definiciones durante un taller internacional. Se alcanzó un consenso en cuanto a las características clínicas principales de los eventos “near miss” para cinco complicaciones: trastornos hipertensivos, hemorragias, infecciones, distocia y anemia en el embarazo.

Paso 2 – Establecer las mejores prácticas

Este paso se inició durante un taller en el propio país al que asistieron obstetras, parteras, investigadores de la salud pública y elaboradores de políticas. Sin embargo, en esta etapa inicial solamente se estableció un número limitado de directrices explícitas de tratamiento. El proceso de llegar a un subconjunto de criterios de tratamiento estándares continuó mientras estaban en curso las revisiones de los casos. Con el tiempo, se esperaba que la misma revisión de casos pudiera pasar de un cambio de reglas implícitas de la mejor práctica a normas más explícitas y verificables de atención obstétrica.

Paso 3 – Desarrollo de una estructura para reuniones de revisiones de casos individuales

Cada equipo del hospital estableció reglas locales para conducir las reuniones. Se consideró primordial el uso confidencial de la información y que no diera lugar a castigos. Se promovió intensamente una participación activa en la discusión de todos aquellos involucrados directamente en la atención clínica de la mujer, administración hospitalaria y representantes de áreas de apoyo. Estas reglas básicas también incluían el lugar, la frecuencia y duración de las reuniones, identificación de un moderador, facilitador y relator y la definición de un formato para presentaciones e informes finales. Es probable que algunas de estas reglas evolucionarán y cambiarán a lo largo del tiempo.

Además, se desarrolló un amplio marco para ayudar con el estudio sistemático de cada caso. Este marco consistió en una lista de verificación de preguntas sistemáticas que ayudaran a identificar las posibles deficiencias en la atención.

Para cada caso, se hicieron los tres análisis siguientes:

1. El manejo de la mujer, desde su arribo al hospital hasta que se le dio el alta (puerta a puerta), identificando aquellos elementos que salieron bien y aquellos que no. Se clasificaron las deficiencias en la atención bajo seis títulos: traslado, admisión, diagnóstico, tratamiento, control y tratamiento adicional y alta.

2. Los factores o razones que facilitaron la buena atención y los factores o razones que dificultaron o impidieron que se diera un buen servicio. Estos también se clasificaron bajo seis títulos: personal, medicinas, equipos, protocolos, organización y administración, paciente y familia.
3. Las áreas en el proceso de atención que se pudieran mejorar, y las acciones o soluciones acordadas para garantizar la mejor atención posible para emergencias obstétricas futuras.

Paso 4 – Identificación de casos y entrevistas a las mujeres

Los casos fueron identificados de los expedientes del hospital y notas de cada caso. Puesto que los casos “near miss” eran demasiado comunes en estos hospitales, hubo que establecer criterios de selección, ya sea para asegurar que las revisiones de los casos fueran representativas, o para concentrarse en un área de interés en particular (por ejemplo, la atención nocturna). Después del alta, se visitó a la mujer en su casa, entrevistándola sobre la atención que había recibido en el hospital. Para asegurar la sostenibilidad del enfoque de auditoría, en Benín y Costa de Marfil estas entrevistas estuvieron a cargo de los trabajadores sociales del hospital. Esta información se incorporó en la discusión durante un estudio de caso.

Paso 5 – Revisión de un número de casos “near miss”

Cada uno de los hospitales decidió un número de reuniones regulares sobre el estudio. Después de una larga discusión de un caso utilizando el marco analizado en el Paso 3, el equipo de estudio propuso soluciones y recomendaciones de acción y se les asignó la responsabilidad a los individuos de darle seguimiento a las acciones propuestas. Al final de la reunión se completó un formulario de resumen y en la siguiente reunión se estudiaron las acciones tomadas.

Paso 6 – Resumen de las conclusiones y renovación de los criterios y normas de selección, de ser necesario

Al cabo de seis meses, cada asistente de la investigación realizó una evaluación de los patrones recurrentes de las deficiencias en la atención. Luego se las presentaron a los equipos del hospital y a los elaboradores de políticas durante un taller. El objetivo de este taller fue volver a analizar el proceso de revisión de casos, incluyendo la selección de temas para a revisar y la elaboración de los criterios estándar.

Paso 7 – Práctica de reevaluación

Esta segunda ronda del estudio de manejo de los “near miss” continuó con una segunda evaluación de las pautas de las deficiencias en el servicio.

¿En qué se diferenció esta revisión de casos de las revisiones de casos que se hacían de rutina, durante las reuniones con el personal? Los médicos y otros miembros del personal de salud normalmente se reunían en la mañana para discutir los casos que ingresaron durante la noche o en las últimas 24 horas. El estudio de los “near miss” presentados aquí es diferente de este tipo de revisiones de casos en los siguientes aspectos:

- Las reuniones se estructuraron para seguir un marco analítico; involucraron a los administradores hospitalarios e incluyeron las pautas de confidencialidad y transparencia.
- Para cada estudio de enfermedad particular, se elaboraron procedimientos normalizados de atención explícitos y formales. Aunque este proceso toma su tiempo, se espera que los criterios estrictos para los “near miss” y el reconocimiento recurrente de la necesidad de disponer de normas durante las reuniones de revisión faciliten el desarrollo de una serie de criterios importantes para la atención
- El estudio de “near miss” no está limitado al manejo clínico de la paciente (la exactitud del diagnóstico o lo apropiado del tratamiento). También, se tomó en cuenta la opinión de la paciente sobre el cuidado que recibió.
- Lo que se destacó de la revisión de casos fue encontrar soluciones para los problemas identificados, más que en describir el problema. Durante las reuniones, se analizaron las razones del problema, se propusieron las soluciones y se hizo el seguimiento de las acciones sugeridas. Es posible que éste sea el aspecto más difícil del ciclo, pero sin eso, no habría mejoras en la prestación de atención y el personal del hospital podría perder confianza en el sistema de auditorías.

Cuadro 7.4—Estudio de caso 2: Hemorragias obstétricas severas en Francia. Un ejemplo de la auditoría de los casos de morbilidad materna

El ochenta por ciento de las muertes maternas originadas por hemorragias son evitables, según el Comité Nacional de Estudio de la Mortalidad Materna. Por otra parte, Francia tiene un mayor índice de mortalidad materna por hemorragias que ningún otro país europeo con similares niveles de asistencia médica. Para investigar la idoneidad del servicio y tratamiento de la hemorragia obstétrica, entre 1995 y 1996 se realizó una encuesta en tres regiones administrativas. Se incluyeron todas las mujeres que vivían en la región y estaban embarazadas o habían dado a luz recientemente. Se estudiaron todos los casos de hemorragia obstétrica severa.

Paso 1 – Establecimiento de los criterios para hemorragias severas

Una hemorragia que ocurre en un momento como resultado del embarazo (nacimiento, aborto, cesárea, embarazo ectópico) se define como severa si la paciente pierde el equivalente a 1500 ml de sangre o más, si se había calculado, o si había necesitado expansores plasmáticos; pérdida equivalente a 2500 ml o más en 24 horas, o el equivalente expresado en concentrado de glóbulos; que requirió transfusión, histerectomía o que provocó la muerte materna.

Paso 2 – Estructura de la revisión de los casos

Un comité de expertos fue establecido: cinco obstetras (no vinculados a las dependencias cuyos casos se estudiaron), dos anestesiólogos, dos epidemiólogos. El grupo estableció un marco para evaluar la calidad.

Paso 3 – Establecimiento de las mejores prácticas

Los criterios de evaluación de la calidad de la atención de hemorragia severa se extrajeron de la literatura internacional o de la experiencia clínica de los expertos médicos; estos se muestran en la Tabla 7.2. Se definieron tres categorías de la calidad de la atención:

- apropiada (se cumplió la totalidad de los criterios).
- totalmente inadecuada (la mayoría de los criterios no se alcanzaron)
- insuficiente (solamente no se alcanzaron uno o dos criterios, o la opinión de los expertos no fue clara)

Paso 4 – Identificación de casos y recopilar información

Investigadores capacitados completaron en retrospectiva un cuestionario para cada caso, incluyendo: temas demográficos; historial médico y obstétrico; atención prenatal durante el embarazo; parto y el período inmediato posparto; tipo de anestesia y medicamentos utilizados; tratamiento médico o quirúrgico para la hemorragia; administración de la transfusión, oxitocina o prostaglandina y la hora de estas intervenciones.

También se recopiló información relacionada a cada paciente sobre los aspectos organizativos de las dependencias obstétricas: cantidad de partos anuales; sector público o privado; niveles de dotación del personal, incluyendo presencia en el sitio de anestesistas y especialista de obstetricia las 24 horas; banco de sangre en el sitio, unidad de terapia intensiva en el sitio; pautas para tratar la hemorragia

Paso 5 – Revisión de los casos de morbilidad con riesgo de muerte

Los casos fueron anónimos y fueron asignados al azar a equipos compuestos por un obstetra y un anestesiólogo. Los equipos clasificaron los casos, y si no se ponían de acuerdo, el caso era discutido por el grupo entero de expertos, tomándose una decisión consensuada.

Resumen de los resultados

De los 165 casos estudiados, el 51 % fueron partos vaginales, 19% partos operativos vaginales y 30% de partos por cesárea. La causa principal de hemorragia fue atonía uterina. En general 62% de las pacientes recibió una atención apropiada, 14% una atención insuficiente y 24% recibió una atención totalmente inadecuada. En varias áreas se destacó la necesidad de diagnósticos y reacciones más rápidos, más eficientes: entre el parto y el diagnóstico de la hemorragia (más de 45 minutos en 21% de los casos); entre el diagnóstico y el alumbramiento manual de la placenta o la ejecución de una exploración uterina manual (más de 15 minutos en 49% de los casos); y la no administración de prostaglandinas al fallar los oxitócicos (85% de los casos). Finalmente los factores característicos asociados con la atención inferior a la estándar fueron los casos de falta de disponibilidad de anestesistas durante las 24 horas en los hospitales y el bajo número de partos en las dependencias.³³

Tabla 7.2 Criterios para el estudio de near miss por hemorragias adoptados por el estudio francés (Cuadro 7.4)

Criterio Seleccionado	Justificación
1. ¿El tiempo transcurrido entre el parto y el diagnóstico de la hemorragia fue menos de 45 minutos?	Consenso del Grupo de Expertos
2. ¿Después del diagnóstico de la hemorragia se realizó un alumbramiento de la placenta manual o una exploración uterina en menos de 15 minutos?	Consenso del Grupo de Expertos
3. ¿Tiempo transcurrido en minutos entre el diagnóstico de la hemorragia y la administración de la anestesia (en ausencia de una epidural previa)?	Consenso del Grupo de Expertos
4. ¿Se administraron antibióticos profilácticos en el caso de un alumbramiento manual de la placenta, una exploración uterina manual, o parto por cesárea?	Referencia SFAR, ³⁵ Smaill ³⁶
5. ¿Se administró la oxitocina dentro de los primeros 15 minutos de observar la atonía uterina?	Consenso del Grupo de Expertos
6. ¿Se administraron las prostaglandinas en los primeros 20 minutos de determinar la falla de oxitocina?	Referencia Goffinet ³⁷
7. ¿Si la hemoglobina cayó debajo de los 7g/dl , tuvo lugar la reposición con coloide o se administraron productos sanguíneos?	Referencia SFAR/ANDEM ³⁸
8. ¿Se consideró una intervención quirúrgica o radiológica si el tratamiento no tuvo éxito en los 60 minutos de diagnosticada la hemorragia o después de 120 minutos del parto?	Consenso del Grupo de Expertos

Autores

Carine Ronsmans and Veronique Filippi, Unidad Epidemiológica de Enfermedades infecciosas, Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, Londres, El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Estudio de Caso 1: Carine Ronsmans and Veronique Filippi. Gracias a Rudiger Pittrof por ayudar a preparar el Cuadro 7.3.

Estudio de Caso 2: Marie-Hélène Bouvier-Colle, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) Unité 149-Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes, 123 bd Port-Royal, 75014 Paris.

Referencias

- 1 Filippi V et al. Near miss: morbilidad y mortalidad materna (carta). *Lancet* 1998; 351:145–146.
- 2 Mantel GD et al. Morbilidad materna severa: un estudio piloto de definición para near miss. *Diario Británico de Obstetricia y Ginecología*. 1998; 105:985–990.
- 3 Graham SG, Luxton MC. El requisito de asistencia a terapia intensiva para la población embarazada. *Anestesia* 1989; 44:581–584.

- 4 Stones W et al. Una investigación de morbilidad materna con identificación de episodios “near miss” con amenaza de muerte. *Instituto de la Salud* 1991; 23:13–15.
- 5 Filippi V et al. Los ‘near miss’: ¿Son las complicaciones de riesgo de muerte indicadores prácticos para programas de maternidad segura? Documento presentado a IUSSP seminario de Enfoques Innovadores para la evaluación de la Salud Reproductiva, Manila, Filipinas, de septiembre 24-27 de 1996.
- 6 Sivalingam N, Looi KW. Experiencia clínica con el manejo de los casos near miss en obstetricia. *Revista Médica de Malasia* 1999; 54:496–503.
- 7 Ghandi M et al. Auditoría perinatal y natal de mortalidad y grave morbilidad materna en el norte de KwaZulu. Actualización del Fondo de Sistema de Salud (Número 45), Duraban, Health Systems Trust, 1999.
- 8 Drife JO. ¿Reportes maternos “near miss”? *Revista Médica Británica* 1993; 307:1087–1088.
- 9 Baskett TF, Sternadel J. Terapia intensiva materna y mortalidad near miss en obstetricias. (near-miss mortality). *Revista Británica de Obstetricia y Ginecología* 1998; 105:981–984.
- 10 Filippi V. *Valoración de las percepciones de las mujeres en morbilidad obstétrica de near miss en el sur de Benín*. Londres, Universidad de Londres, 1999 (Tesis de Doctorado).
- 11 Sahel A et al. Des catastrophes obstétricales évitées de justesse : les near miss dans les hôpitaux marocains [Catástrofes Obstétricas apenas evitadas: near miss en hospitales Marroquí]. *Cahiers d’Etudes et de Recherches Francophones / Santé* 2001; 11:229–235.
- 12 Wagaarachchi PT et al. Reflejar fielmente: cambiando la práctica obstétrica por medio de auditoría clínica enfocadas en criterios en los países en desarrollo. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia* 2001; 74:119–130.
- 13 Stephens IA. ICU admisión desde un hospital obstétrico. *Revista Canadiense de Anestesia* 1991; 38:677–681.
- 14 Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Prueba y pronósticos de una morbilidad obstétrica severa: estudio de control de caso. *Revista Médica Británica* 2001; 322:1089–1093.
- 15 Stewart MK et al. Temas para medir la morbilidad materna: lecciones del proyecto de Encuesta sobre Maternidad Segura de Filipinas. *Estudios en Planificación Familiar* 1996; 27:29–35.
- 16 Ronsmans C et al. Recuerdos de mujeres sobre complicaciones obstétricas en el sur de Kalimantan, Indonesia. *Estudios en Planificación Familiar* 1997; 28:203–214.
- 17 Filippi V et al. Expedientes de mujeres con complicaciones obstétricas severas (near miss) en Benín. *Estudios en Planificación Familiar* 2000; 31:309–324.
- 18 Informe del encuentro del equipo en la validación del reporte de las mujeres de las complicaciones obstétricas en encuestas nacionales *Asuntos de la Atención Materna* 1997; 6:15–16.
- 19 Crowther C et al. Monitoreando el progreso de la labor. En : Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Atención efectiva en el embarazo y parto* Vol. 2. Parto. Oxford, Editorial Universidad de Oxford, 1989:833–845.
- 20 Lomas J, Enkin M. Variaciones en índices de parto operativo. En: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Atención efectiva en el embarazo y parto* Vol. 2. Parto. Oxford, Editorial Universidad de Oxford, 1989:1182–1195.
- 21 Van Roosmalen J, van der Does CD. Índices mundiales de nacimientos por cesaria. *Medicina Tropical y Geográfica*.1995; 47:19–22.
- 22 Sheehan KH. Secciones de cesaria por distocia: una comparación de prácticas en dos países. *Lancet* 1987; 1:548–551.
- 23 Ng TI et al. Admisiones Obstétricas a la unidad de terapia intensiva – un estudio retrospectivo. *Anales de la Academia de Medicina, Singapore* 1992; 21:804–806.
- 24 Fitzpatrick C et al. Mortalidad materna near miss (NMM). *Revista Irlandesa de Medicina* 1992; 85:37.

- 25 Bouvier-Colle MH et al. Pacientes obstétricas atendidas en la unidad de terapia intensiva y mortalidad materna. *Revista Europea de Obstetricia y Ginecología y Biología Reproductiva* 1996; 65:121–125.
- 26 Lewis G et al. *Porque las madres mueren. Reporte de investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas en el Reino Unido, 1994-1996*. Londres, La Oficina Fija, 1998.
- 27 Kilpatrick SJ, Matthey MA. Pacientes obstétricas requiriendo cuidados críticos. Un estudio de cinco años. *Fondos* 1992; 101:1407–1412.
- 28 De Bernis L et al. Morbilidad y mortalidad materna en dos poblaciones diferente de Senegal: Un estudio futuro (encuesta MOMA). *Revista Británica de Obstetricia y Ginecología* 2000; 107:68–74.
- 29 Prual A et al. Morbilidad severa maternal de causas obstétricas en el oeste de África: Índices y porcentajes de casos de fatalidad. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*; 78:593–602.
- 30 Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Groupe MOMS-B. Mortalité maternelle et morbidité grave dans trois régions françaises : résultats de MOMS, une enquête européenne multicentrique [Mortalidad materna y morbilidad severa en tres regiones de Francia: resultados de MOMS, un multicentro Europeo de Investigación]. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2001; 30 (6 suppl.):S5–S9.
- 31 Calculo de la Evaluación . *Hacia el mejoramiento de monitoreo y evaluación en la salud materna y perinatal. Medidas de un taller en el uso de los registros de nacimiento como fuente de datos para la atención médica materna y perinatal*. Arlington, VA, 2–4 marzo, 1999.
- 32 Nirupam S, Yuster EA. Atención obstétrica de emergencia: evaluando la disponibilidad y monitoreando el progreso. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 1995; 50 (2 suppl.):S79–S88.
- 33 Bouvier-Colle MH et al. Evaluación de la calidad de la atención para hemorragias obstétricas severas en tres regiones de Francia. *Revista Británica de Obstetricia y Ginecología* 2001; 108:898–903.
- 34 Belghiti A et al. Monitoreando las necesidades obstétricas sin cumplir a nivel de distrito en Marruecos. *Medicina Tropical y Salud Internacional* 1998; 3:584–591.
- 35 Martin C, coordinador. Recommandations pour la pratique de l'antibioprofylaxie en chirurgie. Actualisation 1999 des recommandations issues de la Conférence de consensus de décembre 1992 [Antibiótica profilaxis para cirugía.. 1999 actualización de recomendaciones de una conferencia de consenso en diciembre 1992]. Paris, Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR), 1999.
- 36 Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiótica profilaxis la sección de cesaría (Estudio Cochrane). En: *la Biblioteca Cochrane Library*, Número Oxford, Software Actualizado, 2000.
- 37 Goffinet F. Hémorragies de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines [Hemorragia durante el parto: manejo en Francia y valor de prostaglandinas]. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris) 1997; 26 Suppl 2:26–33.
- 38 Société Française d'Anesthésie et Réanimation. Les apports d'erythrocytes pour la compensation des pertes sanguines en chirurgie de l'adulte. Texte résumé des recommandations. [Utilización de células de sangre roja para la compensación de pérdida de sangre quirúrgicas en pacientes adultas. Resumen de recomendaciones]. Paris, SFAR-ANDEM, 1993.

Mensajes Clave

- ✓ La medicina basada en la evidencia promueve la identificación y aplicación de las buenas prácticas en la clínica.
- ✓ El grado en el cual la gente aplica las buenas prácticas nunca es tan bueno como la gente piensa.
- ✓ Al realizar la auditoría clínica, es más útil centrarse en uno o más aspectos detallados de la práctica que intentar hacer todo de una sola vez.
- ✓ Se pueden hacer mejoras en la práctica paso a paso.

La palabra “auditoría” se usa frecuentemente para referirse a una amplia gama de métodos empleados para supervisar, investigar y comunicar los resultados sanitarios, así como a la estructura o el proceso de atención. El término “auditoría de muertes maternas” es similarmente amplio y se utiliza para describir revisiones de casos de muerte materna, investigaciones confidenciales y de supervisión de muertes maternas; sin embargo, “auditoría clínica” tiene un significado más específico y ha sido descrito recientemente como “un proceso de mejora de la calidad que busca mejorar la atención de los pacientes y los resultados obtenidos, mediante la revisión sistemática de la atención prestada, cotejándola contra criterios explícitos y la puesta en práctica de cambios. Se seleccionan determinados aspectos de los procesos y de los resultados de la atención y se los evalúa sistemáticamente contra criterios explícitos. Donde estuviere indicado, se ejecutan modificaciones a nivel individual, de equipo o de servicios, y se continúa con la supervisión para confirmar que los cambios redundan en mejoras en la prestación de la atención médica”.¹ En este contexto, la palabra “clínica” se aplica al trabajo de médicos, parteras, personal de enfermería y otros profesionales de salud. Si bien en general la auditoría clínica tiende a utilizarse para investigar la estructura y el proceso de atención, también se la puede utilizar para analizar los resultados sanitarios.

Mucha gente que ha participado en procesos de auditoría opina que puede influir considerablemente en la calidad de la atención de los pacientes.² Esto es precisamente lo que ocurre en el Reino Unido, donde el gobierno y los líderes de la profesión médica han adoptado muchas medidas para promover ese enfoque. La auditoría clínica que abarca determinados temas seleccionados fue iniciada por el gobierno del RU en 1989, como parte de las reformas del servicio sanitario. Actualmente ya es parte fundamental del conjunto de esfuerzos destinados a promover la prestación de servicios que sean clínicamente eficaces.³ Los organismos profesionales que nuclean a médicos y enfermeros han tomado la iniciativa en su promoción, pero se les han unido también trabajadores de la salud de todas las disciplinas y sectores.

^aTambién denominada “auditoría clínica basada en criterios”

El gobierno británico ha creado un Instituto Nacional para la Excelencia Clínica que da soporte y coordina un programa nacional para la elaboración de pautas clínicas y de auditorías clínicas¹ pero, a pesar del apoyo gubernamental, todavía sigue siendo un proceso donde los clínicos y los trabajadores de la salud revisan su propio trabajo contra estándares acordados y basados en la evidencia.⁴

Hay dos tipos principales de auditorías que se aplican a la salud materna. El primer tipo – incidente crítico/auditoría de eventos adversos- incluye métodos tales como *investigaciones confidenciales de las muertes maternas* y *revisiones de casos de muerte materna*. Esta metodología tiende a concentrarse en los resultados de las auditorías (como la muerte o la morbilidad) más que en la estructura o el proceso de atención, y generalmente no evalúa la atención que recibieron las mujeres, comparándola contra criterios clínicos predefinidos. El segundo tipo - *la auditoría clínica*, implica una evaluación contra criterios acordados explícitamente –ese es el objeto de este capítulo. Algunos autores, entre quienes estamos nosotros, se refieren a menudo a esta técnica como *la auditoría clínica basada en criterios*, para asegurar que quede perfectamente clara la distinción.

8.1 El ciclo clínico de la auditoría

En la auditoría clínica está implícito que el proceso intenta mejorar la práctica clínica basada en los hallazgos de la auditoría. Esta práctica mejorada puede medirse contra los criterios y los objetivos convenidos, y así quedar sujeta a repetición de la auditoría. Es decir, que las auditorías clínicas deben incluir un ciclo en el cual de última se cierre el ciclo de auditoría, como se ilustra esquemáticamente en la Figura 8.1.



En este capítulo, la metodología de la auditoría descrita se concentra fundamentalmente en la atención brindada a los casos de morbilidad materna severa o casi fatales (“near misses”). El uso de la auditoría clínica para investigar los resultados sanitarios es un enfoque relativamente nuevo comparado con el resto de los métodos descritos en esta guía. Todavía no

se la ha aplicado ampliamente al área de la mortalidad materna o la morbilidad grave en países desarrollados.⁵ Sin embargo, este tipo de auditorías puede ser una poderosa herramienta para mejorar la atención que se brinda a las mujeres que presentan complicaciones del embarazo.

8.2 Principios clave

La terminología y los conceptos vinculados a las auditorías clínicas requieren una cierta explicación introductoria. Una de sus características distintivas es que el mismo proceso de revelar que un nivel acordado de atención no está siendo cumplido, paralelamente identifica los cambios específicos de la práctica clínica necesarios para mejorar la situación. Por lo tanto, lo que se enfatiza en la auditoría clínica es mejorar directamente la calidad de la atención.

Selección de los temas

Una auditoría clínica se centra generalmente en un asunto que constituye una parte integrante del proceso de atención. Tiende a elegirse un tema acotado, más que uno amplio. Por ejemplo, se elegiría el tema “*hemotransfusión en casos de hemorragia obstétrica*” en vez del tema más amplio “*manejo general de la hemorragia obstétrica*”. Otro ejemplo podría ser “*el uso de antibióticos en el manejo de la sepsis*” más que “*manejo integral de la sepsis puerperal*”. Aquí, sin embargo, queremos demostrar que la auditoría clínica se puede aplicar a las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida, y así contribuir directamente a la prevención de muertes y de morbilidad materna.

Criterios explícitos

Una auditoría clínica implica la comparación directa de la atención brindada a los casos particulares, contra criterios de la mejor práctica en el manejo de esos tipos de casos determinados y acordados previamente. Si bien la palabra *criterios* tiene un significado de sentido común o cotidiano, aquí los *criterios clínicos de la auditoría* se definen específicamente como declaraciones sucintas sobre la atención óptima.

El concepto de mejor práctica o de práctica basada en la evidencia⁴ puede no serle muy familiar a los profesionales de salud en algunos países. En términos sencillos, significa que se utiliza la evidencia de la investigación para especificar el manejo óptimo de las afecciones comunes y que los clínicos concuerdan con aplicar ese manejo. Tal vez no todos los clínicos se sientan cómodos con eso, por lo que habitualmente se necesitan talleres y otras instancias para aumentar la percepción de los profesionales para poder introducir la auditoría clínica.

Un conjunto de criterios referentes a un tema o a una complicación en particular no prescribe necesariamente todos los elementos de la gestión; más bien abarca aquellas prácticas:⁶

- que sean esenciales, más que opcionales,
- para las que existen evidencias de investigación contundentes,

- las cuales se puedan auditar usando notas del caso, y
- que sean prácticas realistas, teniendo en cuenta la capacidad de la dependencia en términos de personal y recursos.

En comparación, habría una pauta clínica o un protocolo que establecería, paso a paso, todas las acciones que hay que emprender en una situación dada.

Por ejemplo, los criterios para el tema “*hemotransfusión en casos de hemorragia obstétrica*” podría incluir lo siguiente:

- Todas las mujeres en las que se estima una pérdida de por lo menos 1500 ml de sangre en el período postparto deben recibir una transfusión de sangre.
- La transfusión de sangre debe comenzar dentro de la primera hora de tomada la decisión de transfundir.
- Durante la transfusión de sangre debe llevarse una cuadrícula del balance de fluidos.

En algunos casos de auditorías clínicas, comparar entre la práctica y los criterios implica analizar a cada paciente cuyo manejo caiga dentro del área específica seleccionada para la auditoría. Puede constatarse entonces que si se utiliza este estilo de auditoría clínica para todas las causas de muerte materna, podría demorarse mucho para completarla, puesto que habría que considerar muchos subtemas, entre los que se podría incluir por ejemplo, la transfusión de sangre, el uso de antibióticos, y la demora en llevar a una mujer a la sala de operaciones.

Por lo tanto, un enfoque más realista es concentrarse en las principales complicaciones que llevan a la muerte, y considerar a cada una de ellas como tema de auditoría. En ese caso se seleccionan los criterios que reflejen las mejores prácticas en el manejo de cada tipo de complicaciones que amenazan la vida.⁴ En un sentido, ese tipo de enfoque es de hecho una combinación de una auditoría clínica y una auditoría de eventos adversos; más adelante en este mismo capítulo se presenta un ejemplo.

Objetivos

Hay otro concepto que requiere explicación. La *auditoría clínica* implica comparar el tipo y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes individuales, no sólo con criterios previamente convenidos, sino también con los objetivos. Un ejemplo de un criterio que ya se ha mencionado es que “*la transfusión de sangre comenzará dentro de la primera hora de tomarse la decisión de transfundir.*” El objetivo de este criterio podría ser que se cumpla en 100% de los casos. Pero si en alguna dependencia se constata por ejemplo, que hay carencia de personal y una importante sobrecarga de trabajo en el laboratorio, se puede fijar un objetivo más bajo, como 80%.

Escala de tiempo

La auditoría clínica implica un proceso continuo, cíclico. Se hace un repaso de todos los casos que ocurren durante un período convenido, y se agregan los hallazgos, transmitiendo luego lo hallado al personal de la dependencia. Debe repetirse el ciclo de revisión y de devolución de los hallazgos hasta que se hayan cumplido las metas convenidas, luego de lo cual se puede elegir un nuevo tema o una nueva complicación.

Dónde se puede aplicar

La auditoría clínica se puede realizar en cualquier dependencia sanitaria donde se lleven registros de la atención clínica de pacientes, y donde haya personal disponible para extraer la información de los registros. Podría realizarse a nivel del distrito, regional, o aún a nivel nacional, aunque lo más frecuente es que la realicen las propias dependencias sanitarias a nivel local.

Representatividad de los hallazgos

Los resultados de una auditoría clínica son muy específicos de la dependencia donde fue conducida: no es fácil transferirlos a otras instituciones sin caer en suposiciones sobre combinaciones de casos y nivel de recursos. De hecho, generalmente cuando varias dependencias realizan auditorías al mismo tiempo, a menudo presentan los resultados por separado y de manera anónima para cada uno.

Habiendo explicado y aclarado los conceptos clave, es posible confirmar que, en el contexto de estas pautas, la auditoría clínica se refiere al análisis crítico sistemático de la calidad de la atención brindada a los casos de complicaciones obstétricas que amenazan la vida en las dependencias sanitarias.

8.3 Propósito de la auditoría clínica

Los profesionales y los administradores de salud utilizan los resultados de una auditoría clínica de complicaciones que ponen en peligro la vida para mejorar la atención prestada y así reducir la fatalidad de los casos entre las mujeres que presentan complicaciones que ponen en peligro la vida. Es preciso destacar que la auditoría clínica es complementaria de las *revisiones de las muertes* por cada dependencia, más que algo alternativo. Por ejemplo, una auditoría puede alertar a los clínicos de la necesidad de volver a considerar algunos casos particulares de muerte materna, e igualmente, durante una revisión de casos, pueden surgir nuevos criterios para una auditoría. En el Cuadro 8.1 se presenta una descripción de los cambios de opinión del personal luego de realizar una auditoría clínica basada en criterios en Jamaica y Ghana.

Como una auditoría clínica es un ejercicio confidencial, los pacientes y los parientes no deben ver los hallazgos. Esto debería tranquilizar a los que se preocupan por el hecho que al acordar ciertos criterios puedan aumentar los riesgos de demandas judiciales. Por consiguiente, la naturaleza confidencial de la auditoría es esencial para que pueda continuar, y que no se pueda identificar al paciente ni a los trabajadores de la salud individualmente.

Cuadro 8.1- Cambios en las percepciones luego de realizar auditorías clínicas basadas en criterios⁵

Se analizó la factibilidad de conducir una auditoría clínica basada en criterios en los hospitales de distrito, como parte de un proyecto de investigación colaborativo en Jamaica y Ghana. En el Cuadro 8.3 se incluye una descripción detallada de ese ejemplo en forma de estudio de caso. Aquí solamente se mencionará el modo en que la experiencia cambió la percepción de los médicos y del personal de enfermería y administrativo de varios asuntos vinculados a su trabajo y el ejercicio de su profesión.

Uno de los requisitos iniciales era que se aceptara que los colaboradores no clínicos de la auditoría, a menudo funcionarios de archivos de documentos, pudieran registrar los detalles de la práctica clínica con exactitud y objetividad. Esto se hizo usando formularios de recolección de datos cuyo llenado no requiriera ningún juicio clínico, consistiendo mayormente en respuestas “sí/no”.

Además, el personal se dio cuenta que más allá de las preferencias individuales, es posible que un grupo de expertos alcance un consenso sobre qué es lo que constituye una buena práctica. Acto seguido había que conciliar la discrepancia que surgía del hecho que un cuestionario había demostrado que el personal sabía bien cuál era la mejor práctica, pero la evidencia demostraba que aún así no siempre se la aplicaba. Cuando se preguntó si eso simplemente reflejaba un mal registro de las historias de los pacientes, hubo que ponerse de acuerdo que si algo no se había registrado había que asumir que no había sido hecho. Como quedaba expresado claramente en el dialecto patois de Ghana, “book no lie” (los libros no mienten).

Cuando se volvió a evaluar la práctica clínica después de ponerse de acuerdo sobre los estándares y objetivos a los que había que apuntar, la devolución de los hallazgos al personal que había intervenido en la atención tuvo tantas manifestaciones de encomio y aliento por haber aplicado una buena práctica, como recriminaciones por no hacerlo. Para entonces se aceptó que los hallazgos reflejaban genuinamente la práctica- como dijo alguno “es como pararnos frente a un espejo”.

De lo que finalmente la gente se dio cuenta fue que la conducción de una auditoría clínica basada en criterios podía mejorar la manera de hacer las cosas en la práctica clínica. De hecho, los miembros del personal se sintieron tan alentados por la experiencia que en las reuniones de difusión en ambos países recomendaron generalizar la adopción del método.

La viabilidad de conducir la auditoría clínica en países en vías de desarrollo

Alguien podría pensar que los recursos requeridos harían difícil conducir auditorías clínicas en países en vías de desarrollo. Pero en un artículo sobre la auditoría clínica,⁷ Maher describe nueve ejemplos de auditorías realizadas en Malawi. Dyke⁸ ha sostenido convincentemente que no sólo sería deseable, sino también factible, realizar auditorías en Papua Nueva Guinea, y también se ha descrito una auditoría quirúrgica en Papua Nueva Guinea.⁹

8.4 Ventajas y desventajas de la auditoría clínica

Las ventajas de la auditoría clínica incluyen los siguientes elementos:

- Como sucede con los otros enfoques empleados en este manual, el proceso de hacer participar al personal local para que reflexione sobre su práctica actual y en la fijación de objetivos es un mecanismo eficaz para instaurar mejoras en el cuidado. Es fundamental recalcar el elemento participativo de la auditoría.
- Además, un resultado habitual de las auditorías clínicas basadas en las dependencias es que el personal procede a desarrollar protocolos locales multidisciplinarios de práctica clínica referentes a los asuntos auditados. A menudo estos protocolos incorporan los criterios de buenas prácticas empleados en la auditoría, o los que se modifican a raíz de la experiencia de auditoría.
- En los países donde el total compromiso de los profesionales y los recursos así lo permiten, los hallazgos que surgen de auditorías nacionales pueden llevar a la elaboración de pautas clínicas de aplicación nacional.

Las desventajas de la auditoría clínica incluyen los siguientes elementos:

- La auditoría clínica se limita al cuidado clínico en las dependencias sanitarias en las cuales se realiza y no se puede utilizar esa información para investigar asuntos en la comunidad.
- Dada la necesidad de hacer una recolección y un análisis objetivo de los datos, lo ideal es que los que ayudan en la auditoría (como el personal de archivos) estén a la orden para ubicar las historias de los pacientes y para realizar la extracción de la información.

8.5 Proceso paso a paso para auditorías clínicas en establecimientos sanitarios

Esta sección brinda una descripción detallada de cómo se puede conducir una auditoría clínica en dependencias sanitarias. En resumen, los seis pasos del proceso son:

1. Fijar el proceso de auditoría
2. Establecer los criterios de buenas prácticas y definir los casos
3. Medir la práctica actual
4. Hacer la devolución de los hallazgos y fijar objetivos locales
5. Aplicar los cambios en la práctica donde estuviere indicado
6. Volver a evaluar la práctica y transmitir los nuevos hallazgos

Paso 1: Fijar el proceso de auditoría

Lo habitual sería que sean el jefe del servicio clínico o la partera o el médico obstetra de mayor jerarquía quienes den comienzo a una auditoría clínica, pero cualquier profesional de la salud puede tomar la iniciativa si cuenta con el consentimiento de sus colegas. La dirección de la dependencia sanitaria debe apoyar la iniciativa. Los clínicos, parteras, enfermeras, así como el personal del laboratorio y de archivos médicos deben estar dispuestos a colaborar. El apoyo gubernamental puede influir en gran medida en la promoción de la auditoría.¹⁰

Hay que identificar un equipo de auditoría multiprofesional, representativo de los diversos cuadros implicados en la prestación del servicio. La composición exacta de ese equipo dependerá del tipo de asuntos o de las complicaciones que se haya elegido auditar. Por ejemplo, si se eligió “hemorragia obstétrica que amenaza la vida” como tema de la auditoría clínica, se invitaría a participar a algún miembro del servicio de hemoterapia. Pero el equipo no debe ser demasiado grande, y se debe esperar que cada uno en el equipo sacrifique algo de su tiempo para dedicarlo a esa tarea. Por encima de todo, debe haber por lo menos un miembro del personal clínico realmente comprometido, que puede dedicar suficiente tiempo a dirigir la auditoría y a presentar los resultados.

La recolección de datos y su análisis puede estar a cargo de funcionarios de auditoría no médicos (por ejemplo funcionarios de registros médicos), pero tal vez se necesiten recursos adicionales para financiar la extracción de datos si no se dispone de personal para esa tarea. En algunos casos puede haber una oficina de auditoría nacional o regional que puede dar soporte a las dependencias sanitarias, por ejemplo, ayudando a identificar criterios o decidiendo las acciones específicas que se habrá de tomar para lograr un cambio en la práctica clínica.

El foco de atención de una auditoría puede ser un asunto específico, tal como el uso de medicación en casos de eclampsia, o una complicación específica, como detención del trabajo de parto. El proceso de selección generalmente es conducido por obstetras o parteras de mucha experiencia, y puede surgir de la realización de revisiones de casos de muerte materna, o de auditorías anteriores que hayan revelado cuidados inadecuados.

Después de completar la fase inicial dentro de la dependencia, los pasos restantes transcurren habitualmente como un proceso cíclico con cinco elementos principales, según lo descrito en la Figura 8.1. Este proceso concluye con la decisión de si repetir el ciclo o no.

En dos de los estudios de casos destacados en este manual se presentan ejemplos de la aplicación de este ciclo. El primer estudio de caso, que se presenta en el Cuadro 8.3, describe el uso de la auditoría clínica basada en criterios para investigar complicaciones obstétricas que amenazan la vida, con el fin de mejorar la calidad de la atención en Ghana y Jamaica; actualmente se encuentra disponible un manual de campo sobre la auditoría clínica basada en criterios que surge de esta experiencia.¹⁰ En el Cuadro 7.1 en el Capítulo 7 se describe un segundo caso que muestra cómo se aplicaron los mismos tipos de principios en un estudio de casos casi fatales (“near-miss”) en Benin, Ghana, Costa de Marfil y Marruecos.

Paso 2: Establecer los criterios de buena práctica y definir los casos

Identificar las pautas y normas disponibles como fuente de criterios de la buena práctica

En algunos lugares se pueden utilizar las pautas y normas nacionales existentes. Además, hay normas internacionales publicadas por organismos tales como *IMPAC*^b (*Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*) de la Organización Mundial de la Salud que se puede utilizar y adaptar valiéndose de equipos de expertos locales. En algunas situaciones, es posible

que ya se haya realizado una revisión sistemática de las evidencias sobre el tema de la auditoría, y se la puede identificar usando uno de los otros recursos a los que se hace referencia en el Cuadro 8.2.

Cuadro 8.2- Recursos para obtener información sobre la práctica basada en la evidencia de obstetras y parteras

- *La Biblioteca Cochrane*. Esta fuente de revisiones sistemáticas y de ensayos controlados aleatorizados está disponible en CD-ROM de Update Software Ltd., Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, Reino Unido. Si dispone de acceso a Internet, puede hallar la información más reciente en <http://www.update-software.com>
- *La Biblioteca de Salud Reproductiva (RHL) (WHO Reproductive Health Library) 6a edición*. Está disponible en CD-ROM en la OMS. La Biblioteca de Salud Reproductiva (RHL) apunta a los países ^c en vías de desarrollo y se distribuye gratuitamente a la gente en esos países. Si no, está a la venta en Update Software Ltd.

Para quien no disponga de soporte informático o acceso a Internet, el elemento obstétrico de la Biblioteca Cochrane está disponible en su versión completa en una publicación de dos volúmenes *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Atención eficaz del embarazo y el parto). Su tamaño y costo limitan la disponibilidad, pero las conclusiones principales están disponibles en una guía de costo más accesible - *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Guía para el cuidado eficaz en el embarazo y el parto- tercera edición) por Enkin M y col. de Oxford University Press (2000).

Especificar la categoría de complicaciones que ponen en peligro la vida o procesos de atención que se piensa auditar y cuál será el período a cubrir

En la primera ronda de auditorías lo habitual es concentrarse en la categoría de complicaciones más comunes y más graves. Es difícil definir un número mínimo de casos que sirva sistemáticamente para todas las situaciones. Si bien no hay ningún número fijo, si se quiere obtener porcentajes significativos de los casos manejados según los criterios, en general es deseable incluir por lo menos 10 casos. Sin embargo, los investigadores tienen que decidir por sí mismos si habrá que alcanzar conclusiones y tomar medidas en base a un número más pequeño, particularmente debido a la gravedad de los casos auditados. El tiempo que llevará recoger este número de casos variará según el tamaño y el tipo de dependencia sanitaria.

Por ejemplo, mientras que todos los casos de eclampsia o de rotura uterina podrían considerarse como situaciones con peligro de muerte, no se pensaría lo mismo en todos los casos de hemorragia postparto o de infección puerperal. Para ilustrar este aspecto, la definición de trabajo para los casos de hemorragia postparto primaria que pone en peligro la vida en la auditoría conducida en Ghana y Jamaica⁶ fue:

^b IMPAC es un sistema completo de normas, estándares y herramientas que se pueden adaptar y aplicar a nivel nacional y de distrito para el apoyo de esfuerzos del país para reducir la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. Disponible en el Departamento de la Salud Reproductiva y de la Investigación, OMS, Ginebra. Consulte el sitio web <http://www.who.int/reproductive-health> por más información

^c Disponible del Departamento de la Salud Reproductiva y de la Investigación, OMS Ginebra. Consulte el sitio web <http://www.who.int/reproductive-health> por más información.

Características esenciales

1. Sangrado del tracto genital dentro de las 24 horas siguientes al parto.
2. Gestación de feto > 24 semanas.

Otras características

Por lo menos una de las siguientes:

1. Percepción de una pérdida de sangre mayor a 1000 ml.
2. Signos clínicos de shock (pulso > 100/min, presión arterial sistólica <100 mm/Hg).

Identificar las prácticas para auditar y formular criterios sucintos

Al identificar los criterios o estándares locales, recurra al juicio de expertos locales, incluyendo expertos de otras dependencias locales, regionales o nacionales, como le parezca apropiado.

Un conjunto de criterios referentes a un asunto o a una gestión particular sobre una complicación abarcaría aquellas prácticas:

- que sean esenciales y no opcionales,
- para las que existen evidencias de investigación firmes,
- que se puedan revisar usando las notas de la historia,
- que sean realistas en vista de la capacidad que tiene la dependencia en términos de personal y recursos.

La Tabla 8.1 muestra ejemplos de los criterios empleados para la rotura uterina y trabajo de parto detenido en el estudio de casos de Ghana y Jamaica descritos al final de este capítulo.

Paso 3: Medición de la práctica actual

Recolección de datos

- Elabore los formularios de auditoría. Éstos se desarrollan en base a los criterios y se los utiliza para establecer si en cada caso específico se siguieron las buenas prácticas. Los formularios así desarrollados necesitan ser sometidos a prueba y deben hacerse las modificaciones correspondientes. En el sitio Web del CLAP/SMR se incluyen ejemplos de los formularios de auditoría que se han utilizado en otros estudios.
- Enseñe al personal que va a extraer los datos de las historias de los pacientes cómo ingresarlos en los formularios de la auditoría.

Tabla 8.1 Criterios de las mejores prácticas para el manejo del trabajo de parto detenido y rotura uterina usados en el estudio de casos en Ghana y Jamaica⁶

Complicaciones que amenazan la vida	Criterios
Trabajo de parto detenido	<ol style="list-style-type: none"> 1. El rápido parto del feto debe ocurrir dentro de las 3 horas (Ghana) o 2 horas (Jamaica) del diagnóstico. 2. Debe evacuarse la vejiga urinaria. 3. Debe mantenerse una cuadrícula de control (líquidos, pulso, presión arterial). 4. Debe asegurarse una vía IV e hidratación. 5. Deben administrarse antibióticos de amplio espectro. 6. Debe realizarse la clasificación y compatibilidad de la sangre.
Rotura uterina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando se sospecha o se diagnostica una rotura uterina debe realizarse cirugía de emergencia en el plazo de 2 horas (Ghana) o 1 hora 2. Debe evacuarse la vejiga urinaria 3. Debe mantenerse una cuadrícula de observación (líquidos, pulso, presión arterial).

- Especifique los registros y otras fuentes para identificar los casos relevantes. Al principio los casos generalmente se identifican en base a los registros de las dependencias sanitarias, como los registros de admisión y de alta, el parto, los registros de la sala de operaciones y de la sala de urgencias, y los libros de defunción, o listados que llevan los profesionales de la salud con mayor antigüedad en la dependencia. Es importante no ignorar ninguna muerte materna fuera de la unidad de gineco-obstetricia y de mujeres admitidas en el postparto. Ver en el Capítulo 3 los pasos a emprender para limitar los sesgos en la selección al identificar los casos.
- Obtenga las notas de caso y calcule las proporciones de los no recuperados para calibrar la posible magnitud del sesgo de la selección.
- Compruebe que los casos concuerdan con las definiciones.
- Extraiga la información e ingrésela al formulario estructurado de auditoría. Los datos recogidos de rutina deben utilizarse siempre que sea posible, mientras que los datos adicionales (tales como informes del laboratorio) se recogerán solamente cuando sea absolutamente necesario. Las historias clínicas de los pacientes y otra documentación clínica que se lleva de rutina, como las anotaciones de enfermería, los registros del banco de sangre y las entradas de los registros de sala de operaciones, constituyen fuentes importantes de información. Es crucial respetar la confidencialidad del proceso de extracción, generalmente sin hacer mención de los nombres de los profesionales que intervinieron en la atención del caso. Esto mantiene el espíritu esencial de la auditoría como herramienta educativa no punitiva, destinada a mejorar la calidad de la atención.

En la primera ronda de auditoría es posible que los datos requeridos no figuren en las historias médicas, aunque cuando se interroga a los miembros del personal, pueden afirmar que el procedimiento en cuestión se realizó efectivamente. Esto, por supuesto, refleja un registro insuficiente. Es preciso

destacar que para los propósitos de la auditoría, si una práctica o un procedimiento no se registra, se debe asumir que no se hizo. Es preciso dar una capacitación inicial apropiada, seguida de cursillos de perfeccionamiento más adelante para los que colaboren en la auditoría, a los efectos del control de calidad del proceso de recolección de datos. Periódicamente se debe hacer un doble control de las entradas de datos para un subconjunto de casos.

Sintetizar los datos, interpretarlos y extraer las conclusiones

- Analice los datos para ver la proporción de casos que cumplieron con los criterios de buena práctica. Esto se puede hacer a mano, pero si se está considerando un número importante de casos, conviene ingresar la información en una base de datos informática sencilla y luego calcular los porcentajes. En el estudio de caso de Ghana y Jamaica se utilizó EPI-INFO^d. Haga una encuesta con cuestionario al personal pertinente. En algunas situaciones, puede ser útil también realizar una encuesta con cuestionario para determinar las prácticas y el grado de formación del personal. Esto permitirá atribuir las eventuales deficiencias de atención a la carencia de conocimientos y no a la falta de aplicación de esos conocimientos.

Paso 4: Hacer la devolución de los hallazgos y fijar objetivos locales

- Repase los hallazgos con personal jerárquico de obstetricia, de parteras y personal administrativo y póngase de acuerdo en los hallazgos clave.
- Presente un resumen de los hallazgos clave sobre la práctica actual a todo el personal en reuniones en el hospital. Consiste primero en animar al personal a que diga en qué medida piensan que se están cumpliendo los criterios elegidos para esta vez, y luego mostrándoles las proporciones determinadas en la auditoría. Habitualmente esto revelará que los criterios se están cumpliendo con menor frecuencia que lo que desearía el personal, constituyendo así un estímulo para el cambio.
- Alcance un consenso sobre la proporción de casos que deberían conocerse para cada criterio, y fije objetivos realistas a alcanzar para la siguiente ronda de auditoría.
- Acuerde realizar cambios accesibles y realizables en la práctica clínica y/ o en la provisión de servicios que pudieran ayudar a cumplir los objetivos.
- Puede invitar expertos externos a participar en este paso del proceso.

Paso 5: Aplicar los cambios de la práctica donde estuviere indicado

Suponiendo que los resultados de la auditoría mostraran que algunos aspectos de la atención hubieran sido deficientes, el paso siguiente a tomar es identificar las razones de las deficiencias. Si los criterios fueron válidos, otras razones por las que podrían no haber logrado cumplir los objetivos incluyen:

^d Este programa informático puede obtenerse de forma gratuita de: www.cdc.gov/epi/epiinfo.htm.

- La organización de la atención es deficiente.
- El conocimiento es inadecuado.
- Las habilidades son inadecuadas.
- Las actitudes son inapropiadas.

Las razones tienden a caer dentro de las primeras tres categorías. Se infiere que las actitudes son inadecuadas si se excluyen las otras tres razones posibles.¹¹ Por ejemplo, cuando el profesional de la salud se muestra renuente a dar una correcta atención a las mujeres seropositivas, a pesar de disponer de recursos protectores adecuados tales como guantes quirúrgicos y el conocimiento y las habilidades necesarios, por defecto se puede atribuir esa reticencia a actitudes inadecuadas.

Los cambios y las acciones que se precisen para cumplir con los objetivos serán específicos a las razones identificadas y la situación específica. Pueden incluir la redacción de protocolos clínicos, sesiones de formación del personal, asegurándose que se apliquen los protocolos a través de, por ejemplo, rondas diarias de visita de las salas o ateneos semanales de revista de casos. Es posible que si se transmite al personal los hallazgos, especificando un plazo antes de que se vuelva a evaluar esa práctica, ya de por sí, eso lleve al cambio.

Paso 6: Volver a evaluar la práctica y transmitir los nuevos hallazgos

Las actividades en este paso son esencialmente las mismas que las del Paso 3 (Medir la práctica actual).

- Especifique el plazo necesario para recoger el número de casos suficiente para la segunda ronda de la auditoría.
- Confirme los registros y otras fuentes para escoger los casos relevantes.
- Consiga las notas de los caso y calcule cuál es la proporción que no se consigue.
- Compruebe que los casos cumplen con las definiciones.
- Extraiga la información e ingrésela al formulario estructurado de la auditoría.
- Analice los datos para hallar la proporción de casos que cumplen con los criterios de buena práctica.
- Repase los hallazgos con personal jerárquico de obstetricia, de parteras y personal administrativo.
- Presente un resumen de los hallazgos a todo el personal.
- Acuerden los cambios que se harán a nivel de la práctica clínica o en el área administrativa.
- Decida si se justifica realizar otra ronda del ciclo de auditoría. Si es así, esa ronda puede comenzar en el Paso 2, revisando los criterios de buena práctica o desarrollando criterios nuevos. Si se han de mantener los criterios originales, el proceso puede comenzar en el Paso 4.

8.6 Otras fuentes de información

El Capítulo 3 describe los principios generales que constituyen la base de los enfoques de este manual, muchos de los cuales serán relevantes para la auditoría clínica.

Recientemente el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte ha publicado un manual muy completo sobre *Los*

*principios para la mejor práctica en la auditoría clínica*¹, que está disponible en forma de libro o se puede descargar de Internet en www.nice.org.uk.

El Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte ha preparado una serie de folletos prácticos útiles sobre cómo “*Buscar las evidencias*”, “*Cómo desarrollar pautas*” y un nuevo folleto “*Para comprender las auditorías*”. También se encuentran disponibles las pautas actuales de RCOG para una serie de patologías. Se puede descargar todo gratuitamente del sitio Web de RCOG en www.rcog.org.uk.

También hay resúmenes muy útiles de principios importantes en: Berg C et al., eds. *Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2001.

Las siguientes publicaciones pueden ser particularmente provechosas para los países en vías de desarrollo:

Graham WJ et al. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries.⁶

Criterion-based audit manual. New York, NY AMDD Columbia University, 2003 (comunicación de Internet de mayo de 2003 en <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/resources.html>)

Wagaarachchi et al. Conducting criterion-based clinical audit of obstetric care: a practical field guide.¹⁰

Cuadro 8.3 - Estudio de caso. Usando la auditoría clínica basada en criterios para mejorar la calidad de la atención obstétrica: un estudio de viabilidad en Ghana y Jamaica, 1998-2000⁵

Este proyecto de investigación colaborativo evaluó el uso de la auditoría clínica basada en criterios como un medio para medir y mejorar la calidad de la atención obstétrica a nivel del hospital de distrito. Se concentró en la valoración y manejo de las cinco principales complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida - hemorragia, eclampsia, infección del aparato genital, trabajo de parto detenido y rotura uterina.

Se aplicó y evaluó el modelo de auditoría en cuatro hospitales de distrito – dos en Ghana (Goaso y Berekum) y dos en Jamaica (St Ann’ Bay y Spanish Town). Los cuatro hospitales funcionan como centros de referencia de emergencias obstétricas de primer nivel, con cifras anuales de nacimientos que varían entre 650 y 6500.

Pasos a seguir al conducir una auditoría clínica basada en criterios

Paso 1: Fijar el proceso de auditoría

En este proyecto, los colaboradores del Ministerio de Salud en el país se pusieron en contacto con el Director Médico o Funcionario Médico Superior (FMS) en cada hospital para introducir el concepto de auditoría clínica basada en criterios. Se analizaron los requisitos del estudio en términos del tiempo que tiene que dedicar el personal y para ejecutar cualquier cambio en la práctica clínica indicado por la auditoría. Habría que poner fondos externos a disposición para financiar el trabajo de los colaboradores de la auditoría para la primera ronda, pero se destacó la necesidad de que también participara el personal de archivos del propio hospital. A través del FMS se distribuyó a todo el personal del hospital que trabaja con pacientes de maternidad un resumen de una página de las metas, los objetivos y el cronograma del proyecto.

Paso 2-Establecer los criterios de buena práctica y definir los casos

Este paso crucial consiste en una revisión estructurada de la literatura, seguida por tres reuniones de un equipo de expertos para evaluar los criterios que hayan surgido.¹⁰ Se organizaron paneles en Escocia, Ghana y Jamaica. Se acordó un conjunto final de 37 criterios de las mejores prácticas para las cinco complicaciones que amenazan la vida, junto con definiciones de trabajo de casos. Los criterios para los casos de hemorragia obstétrica que ponen en peligro la vida incluyeron:

- la necesidad de establecer el hematocrito o la hemoglobina de la paciente, y
- que se debe utilizar ocitócicos en el tratamiento de la hemorragia postparto.

Si bien existen estándares publicados que los grupos pueden adaptar para su propio uso, este proyecto intentó desarrollar sus propios criterios. Una vez que se establecieron los criterios, los cuatro pasos siguientes del ciclo tenían lugar en cada hospital.

Paso 3 – Medir la práctica actual

Se hizo una valoración basal de la práctica actual revisando las historias de las pacientes que hubieran presentado alguna de las cinco complicaciones en el correr de los 12 a 18 meses anteriores. El proceso de revisión primero exigía identificar los casos con peligro de muerte relevantes de todas las fuentes, tales como los registros de admisión y de alta. Luego de conseguir las historias de los pacientes, había que confirmar que la mujer cumplía con la definición del caso. Los colaboradores no médicos de la auditoría extrajeron entonces la información de las historias de las pacientes, ingresándolos a un formulario estructurado para cada tipo de complicación. Se utilizaron los formularios para registrar si se había realizado o no una mejor práctica en particular. Los datos de todos esos formularios fueron incorporados en una base de datos informática y analizados usando EPI-INFO. Además, se realizó una encuesta a todo el personal del hospital utilizando un cuestionario, con el fin de comprobar las prácticas y conocimientos que declaraban.

Paso 4-Hacer la devolución de los hallazgos y fijar los objetivos locales

Se celebraron dos reuniones con el personal en cada hospital para que el equipo del proyecto devolviera los hallazgos sobre las prácticas y conocimiento actuales. En la primera reunión se realizó una revisión detallada de todos los resultados con personal de jerarquía de obstetricia, parteras y administrativo. A la segunda reunión asistió todo el personal pertinente, destacando las áreas clave que necesitaban mejoras y elogiando las buenas prácticas. Se distribuyó un folleto sumario de una página.

El propósito de ambas reuniones era animar al personal a identificar la aparición de atención de mala calidad en el manejo de los cinco tipos de complicaciones con peligro de muerte y a desarrollar maneras de evitarlos, planteando objetivos realistas para la siguiente ronda de auditoría. Lo más importante, los cambios tenían que ser asequibles.

Paso 5-Aplicar los cambios en la práctica donde estuviere indicado

Se acordó un período de doce meses para la puesta en práctica. Un ejemplo de un cambio identificado fue la necesidad de utilizar sulfato de magnesio en el tratamiento de las convulsiones de la eclampsia, en vez de una combinación de drogas menos eficaces.

Paso 6 – Volver a evaluar la práctica y transmitir los nuevos hallazgos

El ciclo de la auditoría se cerró con una segunda ronda de revisión del manejo de las complicaciones seleccionadas, cotejándolo contra los criterios convenidos. Nuevamente se transmitió al personal pertinente el grado de satisfacción de los objetivos fijados, y se tomó una decisión sobre el valor de otra ronda del ciclo de auditoría.

Resultados

El ciclo dentro de cada hospital (Pasos 3-6) llevó 18 meses. La revisión inicial de las prácticas en cada hospital se basó en un total de 555 complicaciones con peligro de muerte. En esta serie hubo 18 muertes maternas. En total se logró recuperar 75% de las historias de las pacientes con las complicaciones identificadas a través de los registros, oscilando entre 58% y 83% en los cuatro hospitales.

Solamente alrededor de un cuarto de las complicaciones aparecía en más de un registro, indicando que si se hubiera consultado solo una fuente, se habría dejado afuera una gran cantidad de casos. Los hallazgos de la evaluación basal generalmente revelaron niveles buenos de conocimiento del personal de la mejor práctica de manejo de las complicaciones, pero la evidencia de la auditoría de las historias de los pacientes demostró que ese conocimiento no siempre se aplicaba. En términos generales, el manejo de la primera línea de estas emergencias era bueno, pero había carencias con respecto a los posteriores controles y atención de esas mujeres. También hubo muchas deficiencias en el mantenimiento de los registros. En la primera ronda de reuniones de devolución en los cuatro hospitales se propusieron algunos mecanismos comunes para alcanzar mejoras. Estas incluían: a) la disponibilidad de protocolos clínicos, b) revisiones de las estructuras de supervisión y de los papeles y las responsabilidades en las salas de maternidad, c) enlace con la administración del hospital con respecto a las instalaciones adicionales de archivo de la documentación, hemocultivos, historias clínicas estructuradas y partogramas de las pacientes, y d) reuniones y talleres de capacitación para avalar el uso de protocolos y para mejorar la calidad de los registros en las historias médicas.

La segunda revisión de la práctica en cada hospital se basó en un total de 342 complicaciones con peligro de muerte. En comparación con los hallazgos de la revisión inicial de la práctica sobre los datos reunidos de los cuatro hospitales, se vieron cambios significativos en los porcentajes de casos que cumplían con los criterios de la mejor práctica. He aquí algunos ejemplos:

- En casos de la hemorragia obstétrica, la proporción de mujeres en las que se realizaron estimaciones de clasificación y compatibilidad sanguínea y valoración de niveles de hemoglobina.
- Control clínico del pulso y de la presión arterial para detectar el deterioro temprano tras el control de una hemorragia importante.
- Mantenimiento de las cuadrículas de balance de líquidos en las pacientes con eclampsia.
- La proporción de pacientes tratadas con antibióticos de amplio espectro en casos de sepsis genital.

Lecciones aprendidas

Surgieron varias lecciones clave sobre el uso de la auditoría clínica basada en criterios en los hospitales de distrito:

- La importancia de seleccionar los criterios que se avenguen a la situación local, y de recurrir a la pericia local.
- La necesidad de aplicar definiciones de trabajo para asegurarse que los casos entrañen peligro de muerte.
- La importancia de usar fuentes múltiples para detectar casos.
- La ventaja de usar colaboradores no médicos en la auditoría, que desensibilizan el proceso de la revisión y que resulta más asequible y sostenible, posiblemente haciendo que el personal de archivos médicos adopte este papel de modo permanente.
- La oportunidad que la auditoría le ofrece al personal de recibir comentarios sobre su práctica en un marco educativo y no punitivo.
- La necesidad de mejorar la calidad de los registros que se hacen en las historias médicas y del archivo de la documentación.

Actualmente hay un manual de campo disponible que describe la auditoría clínica basada en criterios en base a esta experiencia.¹⁰

Autores

Colin Bullough y Wendy Graham, Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Aberdeen, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Cuadro 8.1: Wendy Graham (Universidad de Aberdeen, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Prabhath Wagaarachchi (Universidad de Aberdeen, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Affette Mc Caw-Binns (Universidad de las Antillas, Jamaica), Kojo Yeboah Antwi (Ministerio de Salud, Ghana), Gillian Penney (Universidad de Aberdeen y Universidad de Edimburgo, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Marion Hall (Trust NHS de los Hospitales de la Universidad de Grampian, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)

Referencias

- ¹ National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Principles for best practice in clinical audit*. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002 (ISBN 1-85775-976-1).
- ² Halligan AW et al. Achieving best practice in maternity care [commentary]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104:873-875.
- ³ Mann T. *Clinical audit in the NHS: using clinical audit in the NHS: a position statement*. Whetherby, National Health Service Executive, 1996.
- ⁴ Burnett AC, Winyard G. Clinical audit at the heart of clinical effectiveness. *Journal of Quality in Clinical Practice* 1998; 18:3-19.
- ⁵ Wagaarachchi PT et al. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001; 74:119-130.
- ⁶ Graham WJ et al. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:614-620.
- ⁷ Maher D. Clinical audit in a developing country. *Tropical Medicine and International Health* 1996; 1:409-413.
- ⁸ Dyke T. Can medical audit be practised in district hospitals in Papua New Guinea? *Papua and New Guinea Medical Journal* 1993; 36:114-119.
- ⁹ Waters DAK. Quality assurance in surgery: surgical audit in the developing world. *Papua and New Guinea Medical Journal* 1993; 36:120-125.
- ¹⁰ Wagaarachchi PT et al. *Conducting criterion-based clinical audit of obstetric care: a practical field guide*. Aberdeen, Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, 2001.
- ¹¹ Penney GC. Audit. In: O'Brien PMS, Broughton Pipkin F, eds. *Introduction to research methodology for specialists and trainees*. London, RCOG Press, 1999:94-106.

Los siguientes informes y trabajos pueden resultar de interés:

L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles [Clinical audit: methodological bases for the evaluation of professional practices]. Paris, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)/Service Évaluation en établissements de santé, April 1999.

Ego A, Subtil D, Goffinet F. Évaluation de l'activité des maternités. In: Blondel B, Goffinet F, Breart G, eds. *Évaluation des soins en obstétrique. Pour une pratique fondée sur les preuves* [Evaluation of obstetric care, Towards evidence-based practice]. Paris, Masson, 2001:183-208.

Bouvier-Colle MH et al. Evaluation of the quality of care for severe obstetric haemorrhage in three French regions. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108:898-903.



Por mayor información, por favor contacte:

Maternidad Segura

Centro Latinoamericana de Perinatología / Salud de la mujer y reproductora

CLAP-SMR

Organización Panamericana de la Salud - OPS

Av. Italia s/n, piso 16

Tel: 598 7 487 29 29

Fax: 598 7 487 25 93

E-mail: postmaster@clap.ops-oms.org

Por actualizaciones de esta publicación, por favor visite
la sección de salud materna y del recién nacido de OMS
en el sitio web de salud reproductiva

www.who.int/reproductive-health

MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS

Análisis de las muertes y las complicaciones
para una maternidad segura



Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2009