

COMISION NACIONAL PARA EL MONITOREO Y REDUCCIÓN DE LAS MUERTES DE MUJERES POR CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA, PUERPERIO Y ABORTO



**COMISION NACIONAL PARA EL MONITOREO Y  
REDUCCIÓN DE LAS MUERTES DE MUJERES POR  
CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA, PUERPERIO  
Y ABORTO**

**INFORME AÑO 2007**

## • ANTECEDENTES

El respeto irrestricto de los derechos humanos y el acceso universal a la salud ha sido desde el comienzo de la presente Administración una meta prioritaria. Desde esta perspectiva, la salud de la mujer se ha constituido en una prioridad política de relevancia ineludible.

Dentro de esta problemática, la mortalidad de mujeres vinculadas al embarazo es considerada una de las expresiones de mayor inequidad y dramatismo, ya que se trata de mujeres jóvenes y de muertes generalmente evitables.

El día 20 de Noviembre de 2006 la Sra. Ministra de Salud Pública Dra. María Julia Muñoz crea la “Comisión nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto” (Ord. 75 Ref. N° 001-3707/2006, M.S.P.). Anexo 1

El día 18 de mayo de 2007 se reunió por primera vez en las oficinas del Programa de Salud de la Mujer y Género la “Comisión nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto” (Comisión).

### **Los miembros de la Comisión**

Los miembros designados para integrar la Comisión surgen de la Ordenanza Ministerial, y son:

Dr. Fabián Rodríguez (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, DIGESA)

Dra. Teresa Puppo (Unidad Asesora de Información Poblacional, DIGESA)

Dra. Adriana Brescia (DIGESA)

Dra. Ima León (ASSE)

Dr. Washington Lauría (Cátedra de Ginecología, Facultad de Medicina)

Dr. Hugo Rodríguez (Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina)

Obst. Part. Cecilia Fernández (Escuela de Parteras)

Psic. Ana Ramírez (Instituto de las Mujeres, MIDES)

El miembro representante de los Directores Departamentales de Salud de la DIGESA corresponderá a aquél donde se ha producido el deceso.

A la fecha aún no ha sido designado el representante del Congreso Nacional de Intendentes.

La Secretaría está a cargo de la Sra. Cristina Bracco.

### **Objetivos de la Comisión**

Según resolución ministerial, los objetivos de la Comisión son:

a) Contribuir a la vigilancia de la totalidad de las muertes de mujeres por causa de embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto.

b) Mantener un diagnóstico permanente de la situación epidemiológica de estas muertes en todo el territorio nacional, incluyendo instituciones públicas y privadas, considerando aspectos sociales, económicos, políticos, jurídicos y todos aquellos que posibiliten acciones específicas para su solución.

c) Proponer directivas, instrumentos legales y criterios éticos que concreten estrategias para la reducción de las muertes.

d) Promover el proceso de articulación e integración de las diferentes instituciones públicas o privadas e instancias comprometidas con la temática.

e) Movilizar e integrar los diversos sectores de la sociedad vinculados a la problemática, con especial énfasis en la comunidad como agente sanitario esencial para el monitoreo y la reducción de las muertes.

### **Funcionamiento de la Comisión**

Desde su conformación, la Comisión se ha estado reuniendo el primer viernes de cada mes en la Dirección del Hospital de la Mujer, Dra. Paulina Luisi.

En una primera instancia, se diseñó un Protocolo de Acción. Se crearon formularios protocolizados para el análisis de las historias clínicas y se describió una modalidad para la captación de casos.

La Comisión utiliza distintas formas para la captación de casos.

1. Certificados de Defunción. Uruguay cuenta con un excelente sistema de registros de defunción llegando a una cobertura mayor del 99%. Cuando una persona fallece, el médico certifica la defunción en los formularios oficiales, lo que es una condición necesaria para la inhumación del cadáver en cementerios públicos o privados. Una vez realizada la sepultura, el certificado de defunción es llevado a la Oficina de Registro Civil para notificar la muerte y desde allí es enviado a la División de Estadística del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.). El tiempo promedio que tarda en llegar un certificado de defunción desde ocurrido el deceso a su llegada al M.S.P. es de aproximadamente un mes. En este momento la Comisión toma conocimiento oficial de la muerte.
2. La Comisión ha desarrollado un Certificado de Auditoría de Muerte Materna (Anexo 1). El Director Técnico de la Institución donde ocurrió el deceso debe notificar a la Comisión la ocurrencia del fallecimiento. Como este sistema es de reciente implementación, aún no está funcionando adecuadamente.
3. La Comisión ha sensibilizado a la Sociedad Civil Organizada cuya área de influencia sea la comunidad, para que informe extraoficialmente a la Comisión de la ocurrencia de una posible Muerte Materna.

Cuando la Comisión toma conocimiento de la ocurrencia de una Muerte Materna, nos comunicamos con el Director Técnico de la Institución y le solicitamos que nos envíe el Formulario de Auditoría de Muerte Materna (Anexo 2).

Una vez obtenido el Formulario, si se constata que estamos frente a una Muerte Materna, se solicita al Director Técnico de la Institución que envíe al Programa de la Salud de la Mujer y Género del M.S.P. la fotocopia de la Historia Clínica de la fallecida.

Cuando la Comisión recibe la Historia Clínica, dos miembros de la misma son designados para estudio de la misma y confección del Formulario protocolizado de análisis de historia clínica (Anexo 3). En la próxima reunión mensual se presenta el informe para discusión y confección de recomendaciones consensuadas.

### **Autopsia Verbal**

Está en estudio la construcción de otra serie de protocolos que permitan registrar información relevante en variables psico-sociales. Esta metodología permitirá, -siendo cuidadosos de los aspectos éticos-, acercarse a la historia y la ruta recorrida por la mujer, una mirada multidisciplinaria sobre los factores determinantes personales, familiares y socio-comunitarios.

Es una oportunidad para efectuar un acercamiento entre los servicios de salud y las familias. Recoger cuáles son las representaciones sobre lo sucedido, qué papel juegan los otros miembros de la familia en estas circunstancias, cuáles son las nuevas necesidades se configuran a partir de la situación y evaluar si existen posibilidades de ser cubiertas también por las instituciones establecidas.

Estos datos serán relevantes, actuando como retroalimentación en las acciones de los equipos de salud en los diferentes niveles de atención, así como incidir en las actividades de prevención promovidas por grupos comunitarios organizados y a la apropiación de conocimientos de las/los ciudadanos en general.

### **Desde un enfoque de Derechos**

A nuestro entender, el funcionamiento de la Comisión debe estar transversalizada de un enfoque de Derechos. Múltiples son las facetas en la vida de las mujeres, pero el ejercicio de la sexualidad y en particular los aspectos vinculados a la maternidad tienen un alto impacto en sus vivencias.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales, las historias clínicas y de vida, probablemente darán pistas sobre la medida en que están pudiendo ser ejercidos estos derechos, como por ejemplo:

- Derecho a acceder a información y asistencia apropiada para disfrutar de la sexualidad de manera plena y responsable
- Derecho a decidir libre y responsablemente sobre tener o no tener hijos
- Derecho a procurar una vida sana desde una concepción de salud integral
- Derecho a una maternidad sin riesgos

Asimismo, de que manera van logrando el acceso a los recursos necesarios para llevar a la práctica las decisiones tomadas de manera segura y efectiva.

- **DEFINICIONES UTILIZADAS**

**Muerte Materna:**

Defunción de una mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Incluye las muertes que ocurran después de los 42 días post-parto hasta un año después, si dicha muerte se debió a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, la del parto o del puerperio.

**Muerte obstétrica directa:**

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

**Muerte obstétrica indirecta:**

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

**Causas de muerte:**

El diagnóstico de causa de muerte debe ser hecho de acuerdo a las reglas para el llenado del Certificado de Defunción, colocando la secuencia lógica o cadena de acontecimientos que llevó a la muerte:

**Ejemplo:**

- a. Hemorragia intracraneana
- b. Emergencia hipertensiva
- c. Pre-eclampsia severa

- **LA MORTALIDAD MATERNA**

La mortalidad materna debe ser considerada como un grave problema de salud independientemente del número de mujeres fallecidas por esta causa, ya que la gran mayoría corresponden a muertes evitables causadas por situaciones donde se expresa la inequidad de género y el avasallamiento de los derechos humanos.

Las consecuencias negativas ante esta tragedia trascienden generaciones.

Cada vez que una mujer en edad reproductiva muere, los marcadores de mortalidad infantil, abandono escolar, drogadicción, violencia doméstica y pobreza en esa familia aumentan sensiblemente.

También es importante tener presente que dado que el elemento que nuclea a las familias en nuestra sociedad suelen ser las mujeres, la mayoría de estas familias se disgregan luego de la muerte de la mujer y el círculo de la pobreza se perpetúa y se concreta en un problema ineludible y de compleja solución.

La única manera de enfrentar con responsabilidad este tema es reconociendo a la mujer en todo su valor, no priorizando el rol reproductivo biológico por encima del rol productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad.

Es imperativo e impostergable que se sitúe a la mujer en primer plano como ciudadana plena en ejercicio de sus derechos.

Concomitantemente, la capacitación del personal de salud interviniente debe ser de excelencia y debe mantener continuidad; y los sistemas de control, auditoría y seguimiento deben estar atentos, desarrollados e integrados.

Uno de los aspectos más dramáticos que surgen del estudio de la mortalidad materna es que su disminución no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología ni grandes inversiones, sino buenos niveles profesionales multidisciplinarios y el compromiso social a una cultura de la salud orientada a la promoción y educación para la salud basada en derechos con perspectiva de género.

Otro concepto que jerarquiza la inequidad presente en estas muertes es que la gran mayoría de las muertes maternas son muertes evitables mediante la atención médica aplicada y oportuna.

A escala mundial, de acuerdo a cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), ocurren en la actualidad alrededor de 650.000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países denominados como subdesarrollados.

## • LA MORTALIDAD MATERNA Y LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

La OMS en su Comunicado de prensa conjunto OMS/UNICEF/Fondo de Población de las Naciones Unidas del 12 de octubre de 2007 informa que “la razón de mortalidad materna (el número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) está disminuyendo demasiado lentamente para que se pueda alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), que consiste en «reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes».

Para alcanzar el quinto ODM es necesario reducir en un 5,5% anual la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, pero las cifras publicadas por la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial muestran una reducción anual inferior al 1%.

En 2005 fallecieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576.000 fallecidas en 1990. El 99% de estas muertes se registraron en países en desarrollo.

En 2005, la razón de mortalidad materna más elevada correspondió a las regiones en proceso de desarrollo o subdesarrolladas, con una cifra de 450 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, muy lejos de las 9 muertes por 100.000 registradas en las regiones desarrolladas y de las 51 por 100.000 registradas en la Comunidad de Estados Independientes (CEI). Además, la pequeña disminución de la razón de mortalidad materna mundial refleja principalmente la reducción que ha tenido lugar en países con una mortalidad materna relativamente baja. En los países con las mayores cifras iniciales apenas ha habido progresos en los últimos 15 años.

Las nuevas estimaciones de la mortalidad materna muestran que se está haciendo progresos en los países de ingresos medios, pero que la reducción anual entre 1990 y 2005 en el África Subsahariana ha sido tan sólo del 0,1%. La reducción necesaria del 5,5% anual no se ha alcanzado durante ese periodo en ninguna región; Asia Oriental fue la que más se acercó a esa cifra, con una reducción del 4,2% anual. En África del Norte, Asia Sudoriental y América Latina y el Caribe, la reducción también ha sido relativamente más rápida que en el África Subsahariana.

Un poco más de la mitad de las muertes de mujeres relacionadas con el embarazo, parto, puerperio, cesárea o aborto (270.000) se produjeron en el África Subsahariana, seguida de Asia Meridional (188.000). Juntas, estas dos regiones sufrieron el 86% de las muertes maternas registradas en el mundo en 2005.

Cerca del 65% de esas muertes se registraron en 11 países. La cifra más elevada correspondió a la India (117.000), seguida de Nigeria (59.000), la República Democrática del Congo (32.000) y Afganistán (26.000).

La probabilidad de que una niña/adolescente de 15 años muera de una complicación relacionada con el embarazo y el parto a lo largo de su vida es más elevada en África con 1 de cada 26. En las regiones desarrolladas, esa probabilidad es de 1 de 7.300 niñas. De los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, el Níger fue el que presentó mayor riesgo (1 de cada 7).

La razón de mortalidad materna indica el riesgo de muerte que corren las mujeres en cada embarazo. Cuando la fecundidad es elevada, como ocurre en el África Subsahariana, las mujeres corren ese riesgo muchas veces a lo largo de sus vidas.

Para alcanzar el quinto ODM y reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes antes de 2015 hay que dar prioridad a la mejora de la atención sanitaria a las mujeres y a la consecución del acceso universal a los servicios de salud reproductiva, que incluye el acceso a la planificación familiar, la prevención de los embarazos no planificados y la prestación de una atención de calidad al embarazo y al parto, y en particular de atención obstétrica de urgencia.

Sin embargo, los servicios de salud sólo pueden ayudar si la mujer puede utilizarlos. En caso de urgencia obstétrica, es fundamental que se identifiquen los signos de peligro y se busque atención rápidamente. Hay que disponer de medios de transporte y tener al alcance servicios que dispongan de equipamiento y personal adecuados. La mejora de la educación de las mujeres, de su capacidad de decisión en materia de búsqueda de atención sanitaria y de la igualdad entre los sexos, son elementos esenciales de las estrategias destinadas a reducir la mortalidad materna.”

▪ **LA MORTALIDAD MATERNA EN URUGUAY**

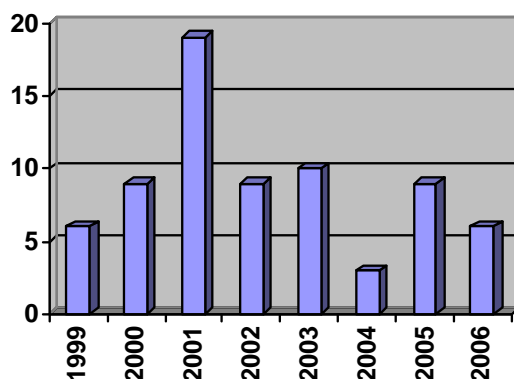
La raz3n de mortalidad materna del Uruguay en los 3ltimos a3os ha oscilado entre el 0.6 y el 3.6 por 10.000 (en Uruguay se toma 10.000 en lugar de 100.000 nacidos vivos debido al n3mero de nacimientos de nuestro pa3s), teniendo su m3xima expresi3n en el a3o 2001.

Tabla 1. Mortalidad Materna en Uruguay a partir del a3o 1999

URUGUAY			
A3o	Nacimientos Uruguay	Muertes Maternas	
		F.A.	Raz3n /10.000
1999	54055	6	1.1
2000	52770	9	1.7
2001	51959	19	3.6
2002	51953	9	1.7
2003	50631	10	2.0
2004	50052	3	0.6
2005	47334	9	1.9
2006	47422	6	1.2

F.A. Frecuencia Absoluta

Gr3fica 1. N3mero de Muertes Maternas en Uruguay desde el a3o 1999



En el M.S.P. no se cuenta con la historia cl3nica de las mujeres que han muerto en este per3odo de tiempo, por lo que es poca la informaci3n que la Comisi3n pudo obtener de estos

decesos. No obstante hemos podido recabar el número de ellos por causa de Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (A.P.C.R.) y su frecuencia relativa.

Tabla 2. Nacimientos, Muertes Maternas y Mortalidad Materna por Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo en Uruguay, a partir del año 1999

URUGUAY					
Año	Nacimientos Uruguay	Muertes Maternas Totales		Mortalidad Materna por A.P.C.R.	
		F.A.	Razón /10.000	F.A.	F.R. %
1999	54055	6	1.1	1	16.6
2000	52770	9	1.7	0	0
2001	51959	19	3.6	8	42.1
2002	51953	9	1.7	5	55.5
2003	50631	10	2.0	6	60
2004	50052	3	0.6	1	33.3
2005	47334	9	1.9	2	22.2
2006	47422	6	1.2	2	33.3
2007 *		14		2	14.3

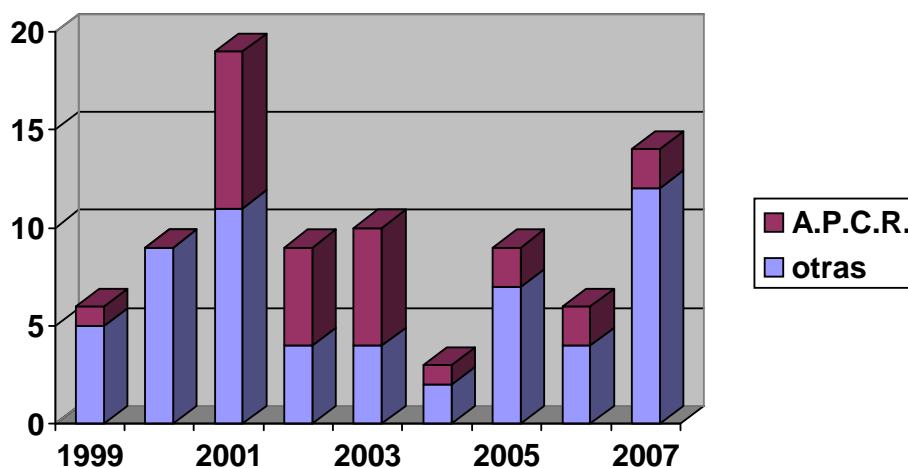
\* Al momento de realización de este informe no se tiene el número total de nacimientos en Uruguay, por lo que no se ha podido calcular la Razón de Mortalidad Materna

A.P.C.R. Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo

F.A. Frecuencia Absoluta

F.R. Frecuencia Relativa (Frecuencia Absoluta de Mortalidad Materna por APCR x 100 / Frecuencia Absoluta de Mortalidad Materna total)

Gráfico 2. Mortalidad Materna Total y por Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo en Uruguay a partir del año 1999



No es posible el cálculo exacto de la razón de Mortalidad Materna del año 2007 debido a que al día de hoy no se dispone del número de nacimientos anual. De todas formas podemos observar que al menos duplicará las cifras del año 2006.

Al respecto del A.P.C.R. podemos informar que en el año 2007 ocurrió una sola muerte, cuando en los últimos dos años habían ocurrido dos muertes por año. El porcentaje de muertes por A.P.C.R. en el total ha disminuído considerablemente de 33.3% a 14.3%

Las muertes registradas por A.P.C.R. desde el año 2002 fueron de mujeres que no acudieron a los servicios donde se implementa la Normativa 369/04 del M.S.P.\*

Podría llamar la atención el número de Muertes Maternas ocurridas en el año 2007, que muestra un aumento con respecto a los años precedentes. La Comisión opina que este aumento es debido al mejor sistema de vigilancia ya descrito con anterioridad secundario a la creación de la Comisión. Luego de un estudio de los años precedentes aplicando la metodología de funcionamiento de la Comisión (y teniendo en cuenta que a mayor dilación la metodología tiene mayor imprecisión) hemos concluido que podría existir un subregistro importante en el número muertes de los años precedentes. Este subregistro ha mejorado a partir del año 2005, es moderado desde el año 2001 y podría ser muy importante con anterioridad a este año.

**\* Normativa 369/04 del M.S.P.:** La Normativa: *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, regida por la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública 369-04, es desde el 6 de agosto de 2004 una Norma de atención sanitaria a nivel nacional. La misma describe las características que debe tener la consulta de asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado-no aceptado e intención de aborto. Esta incluye una consulta inicial o previa al aborto y una consulta de atención integral post-aborto.

• **EPIDEMIOLOGÍA 2007**

La Comisi3n ha detectado catorce muertes maternas en los primeros doce meses del a3o 2007.

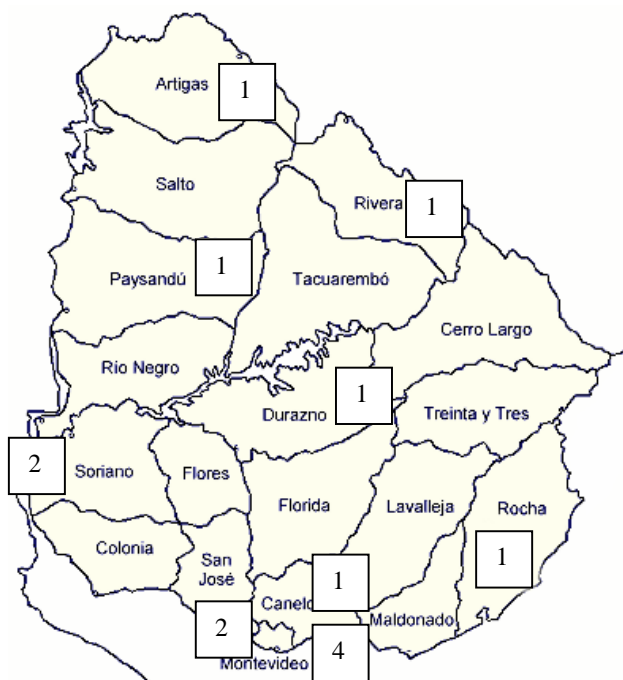
De estas catorce muertes, hemos obtenido la historia cl3nica de trece mujeres. A la fecha, una de las instituciones asistenciales no ha enviado a la Comisi3n el formulario de Auditoría de Muerte Materna ni la Historia Cl3nica de la fallecida pese a así haberlo solicitado en varias oportunidades. De este caso cl3nico hemos obtenido datos no oficiales, cuando los mismos han sido corroborados por varias fuentes y no han dejado lugar a dudas han sido incluidos en el presente informe, cuando así no lo fue no se incluyeron. Esto explica que en alguna gráfica o tabla el número total puede ser de trece en vez de catorce.

Hay otro dato importante a considerar. Dado que la Comisi3n se vale de la Sociedad Civil Organizada como informante, hemos detectado a través de esta una muy probable Muerte Materna en cuyo registro oficial figura como de etiología “Suicidio”.

Se trata del caso de una mujer que se suicida a los cuatro días de haberse practicado un A.P.C.R.

La Comisi3n ha decidido no incluir este caso en el informe anual, más allá de esta mención. Sin embargo creemos importante resaltar la importancia de incluir a la Sociedad Civil Organizada y a la propia comunidad y líderes locales como fuente de informaci3n y denuncia.

Figura 1. Muertes Maternas en Uruguay en el a3o 2007



COMISION NACIONAL PARA EL MONITOREO Y REDUCCION DE LAS MUERTES DE MUJERES POR CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO, CESAREA, PUERPERIO Y ABORTO

En la figura 1 se encuentra referenciado el lugar donde vivía la mujer fallecida, que en esta ocasión coincide con el lugar donde se controló el embarazo.

Este lugar no siempre corresponde con el lugar de fallecimiento ya que en algunas ocasiones las mujeres han sido trasladadas a centros de referencia de tercer nivel en los últimos momentos de su atención.

A continuación se presenta una tabla donde se puede observar los nacimientos y defunciones en cada departamento de nuestro país (extraído del Instituto Nacional de Estadísticas).

Departamento	Nacimientos		Defunciones			
	2005	2006	Generales		Menores 1 año	
	(*)	(*)	2005	2006	2005	2006
Total	47.144	47.422	32.319	31.483	601	497
Montevideo	18.208	18.842	14.531	...	228	199
Resto País	28.917	28.568	17.757	...	373	298
Artigas	1.138	1.081	605	...	15	15
Canelones	7.304	7.174	4.631	...	90	69
Cerro Largo	1.139	1.279	810	...	31	14
Colonia	1.629	1.696	1.260	...	20	23
Durazno	839	825	517	...	9	1
Flores	319	333	256	...	4	6
Florida	944	893	693	...	5	11
Lavalleja	808	800	648	...	11	6
Maldonado	2.369	2.410	1.203	...	33	23
Paysandú	1.925	1.815	1.010	...	17	20
Río Negro	887	893	398	...	11	10
Rivera	1.613	1.681	873	...	20	27
Rocha	968	919	768	...	13	7
Salto	2.102	2.129	1.021	...	38	20
San José	1.364	1.451	1.004	...	20	11
Soriano	1.334	1.239	845	...	14	7
Tacuarembó	1.361	1.338	762	...	10	12
Treinta y Tres	674	612	453	...	11	16
En el exterior	19	-	31	...	-	-

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Dirección General del Registro del Estado Civil.

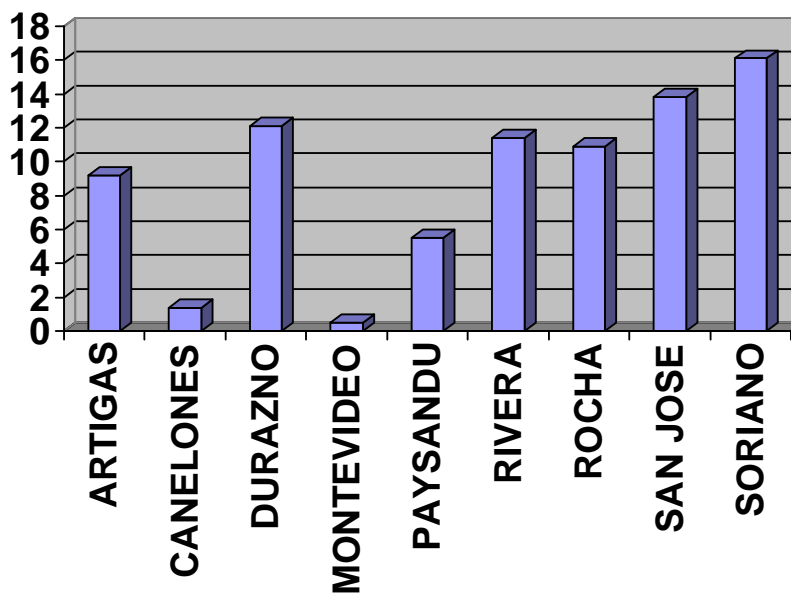
Teniendo en cuenta que el número de nacimientos del año 2007 no tiene porque diferir significativamente con la del año 2006, y que a la fecha no se dispone del dato actualizado, hemos confeccionado una tabla de razón de mortalidad materna estimada para cada departamento donde ocurrieron muertes utilizando el número de nacimientos del año precedente, que se presenta a continuación.

Tabla 3. Razón de mortalidad materna estimada en los departamentos donde hubo muertes maternas

DEPARTAMENTO	NACIMIENTOS	MUERTES	RAZÓN / 10.000 estimada
ARTIGAS	1.081	1	9.2
CANELONES	7.174	1	1.4
DURAZNO	825	1	12.1
MONTEVIDEO	18.842	4	0.5
PAYSANDU	1.825	1	5.5
RIVERA	873	1	11.4
ROCHA	919	1	10.9
SAN JOSÉ	1.451	2	13.8
SORIANO	1.239	2	16.1

A continuación se puede observar en un gráfico de barras la razón de mortalidad materna de estos departamentos.

Gráfico 2. Razón de mortalidad materna estimada en los departamentos donde hubo muertes maternas



## DESCRIPCIÓN GENERAL

A continuación se puede observar en la tabla 4 los datos generales de las catorce mujeres que han fallecido en el presente año. Los casos clínicos han sido dispuestos al azar.

En un caso clínico se podrá observar que falta el dato de los antecedentes obstétricos; esto se debe a que la historia clínica enviada no tenía este dato y se omitió enviar la Historia Clínica Perinatal.

Otro caso clínico no presenta dos variables y en cuanto al recién nacido solamente hemos corroborado que ha nacido vivo y ha tenido una buena evolución neonatal; este caso corresponde al que no se envió la historia clínica por parte de la Institución.

Tabla 4

ESTADO CIVIL	EDAD	ACTIVIDAD	ANTECEDEN TE OBSTETRICO	EDAD GESTACIO NAL	RECIÉN NACIDO peso	CONTROL
SOLTERA	31	LABORES	Primigesta	38	2970	9
CASADA	18	LABORES	Primigesta	26	1100 óbito	4
SOLTERA	19	ESTUDIANTE	Primigesta	11	aborto	0
SOLTERA	34	DESOCUPADA	1G1AE	31	1930	0
CASADA	37	EMPLEADA	3G3CST	39	3300	7
CASADA	19	LABORES	Primigesta	26	1150 óbito	1
CASADA	35	LABORES	2G2PNT	40	3100	5
SOLTERA	31	PENSIONISTA BPS		37	2930	0
SOLTERA	27	LABORES	2G2PNT	9	Aborto	0
CASADA	34	LABORES		37	3140	0
SOLTERA	27	DESOCUPADA	3G1A2PNT	39	3030	4
CASADA	40	LABORES	10G10PNT	36	2720 óbito	2
SOLTERA	18	LABORES	Primigesta	33	2065	4
CASADA		LABORES		38	VIVO	7

CONTROL: Se refiere al número de controles durante el embarazo

G: Gesta

AE: Aborto Espontáneo

CST: Cesárea a término de la gestación

PNT: Parto normal a término de la gestación

BPS: Banco de Previsión Social

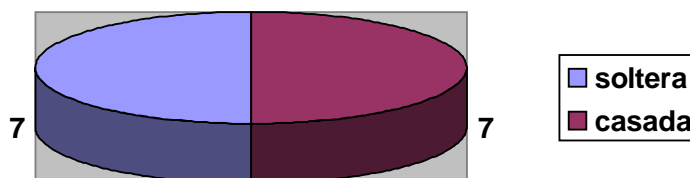
La edad de la mujer está medida en años, la edad gestacional del embarazo está medida en semanas de amenorrea y el peso del recién nacido en gramos

En las próximas páginas se describirán algunas variables de interés para su mejor análisis.

## ESTADO CIVIL

De las 14 mujeres fallecidas, siete eran casadas y las otras eran solteras. De las solteras, cuatro tenían pareja estable pero ninguna vivía con su pareja.

Gráfico 3. Estado Civil



*De las mujeres solteras, una tenía dos hijos que han quedado a cargo de los abuelos de los niños. Esta mujer se encontraba en situación de calle y era adicta a la pasta base.*

*Según sus padres, esta adicción generó tal deterioro familiar que derivó en que la joven abandonara su hogar y se desvinculara de su familia y sus hijos.*

*Cursando un embarazo de término con cuatro controles obstétricos consulta en trabajo de parto y se asiste el nacimiento de una niña de 3030gr con una buena evolución neonatal.*

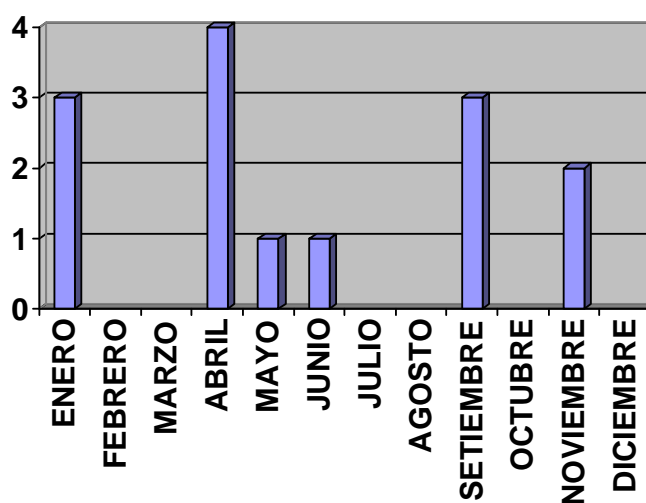
*Durante el trabajo de parto se constatan cifras de hipertensión arterial y se hace diagnóstico de preeclampsia severa.*

*En el puerperio instala genitorragia importante, posteriormente se constata un trastorno de la crisis y pese a las medidas terapéuticas termina falleciendo.*

## FECHA DE FALLECIMIENTO

En algunos países hemos observado que existen algunos meses donde la incidencia de Muerte Maternas es mayor que el promedio. Afortunadamente, en nuestro país no es posible extraer conclusiones en cuanto a la distribución mensual de las muertes, debido a que el número de muertes registrado es pequeño y por lo tanto no nos lo permite.

Gráfico 4. Distribución anual de las muertes



*La primera muerte materna del año 2007 ocurrió en la primera semana de enero. Era una mujer de más de treinta años que nunca había podido quedar embarazada. Padece de una obesidad mórbida junto a la comorbilidad que suele tener esta patología.*

*Cursaba un embarazo de término con 9 controles obstétricos y consulta por cefaleas haciéndose diagnóstico de Preeclampsia Severa.*

*Se realizó una cesárea y se obtuvo un recién nacido de 2970gr con un Apgar 3/8 con buena evolución posterior.*

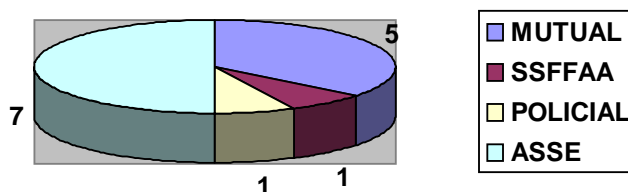
*La mujer fallece durante la cesárea. La niña queda a cargo del padre.*

## SERVICIO DE ATENCI3N DE SALUD

Cinco mujeres estaban afiliadas al servicio mutual y otras siete correspondían a ASSE. A la sanidad de las Fuerzas Armadas y el Hospital Policial correspondían las otras dos mujeres.

De las mujeres de asistencia mutual, tres correspondían a afiliaci3n por DISSE, correspondiendo a mujeres de bajo nivel econ3mico.

Gr3fico 5. Servicio de atenci3n de salud



*Una de las mujeres que han fallecido este a3o tenía 2 hijos, uno de los cuales había nacido hace cuatro meses por un parto normal.*

*Durante el puerperio consulta en dos oportunidades por genitorragia por lo que se la comienza a estudiar.*

*Finalmente se hace diagn3stico de Coriocarcinoma y fallece a los cuatro meses del parto por complicaciones de aquella enfermedad.*

*Los ni3os quedaron a cargo del padre.*

## EDAD

Toda muerte materna ocurre en mujeres en edad reproductiva y por lo tanto en mujeres jóvenes con una esperanza de vida perdida de al menos cuarenta años. El rango de edad de las mujeres fallecidas durante el año 2007 es de 18 a 40 años y la edad promedio fue de 28 años.

La mayoría de las mujeres tenían entre 30 y 40 años.

Cuatro de las mujeres que han fallecido eran adolescentes, dos de las cuales tenían 18 años y otras dos 19.

Tabla 5. Distribución por edad

1	18
2	18
3	19
4	19
5	27
6	27
7	31
8	31
9	34
10	34
11	35
12	37
13	40
14	*

\* Corresponde a la Historia Clínica no enviada, la Comisión recibió información discordante en cuanto a este dato por lo que no se incluye.

*La mujer de mayor edad tenía 40 años y era madre de 10 hijos.*

*Había solicitado la ligadura tubárica en los dos últimos embarazos. En ambas ocasiones se la había indicado que luego del nacimiento de sus hijos concurriera al equipo de salud para solicitar la paraclínica pertinente y practicarse la intervención quirúrgica. Esto nunca se llevó a cabo ya que una vez ocurrido el nacimiento de sus hijos no tenía tiempo para concurrir al centro de salud para realizarse los exámenes paraclínicos pertinentes.*

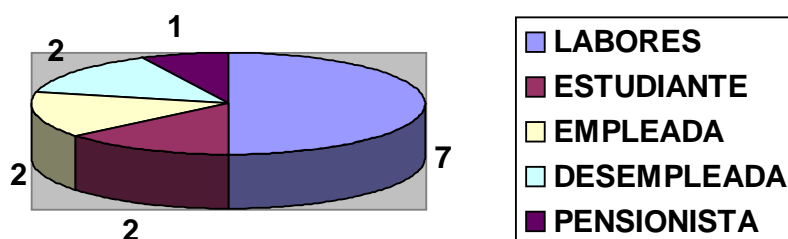
*El presente embarazo había sido no planificado y ocurrió por falla del método anticonceptivo utilizado.*

### ACTIVIDAD

De las catorce mujeres fallecidas siete eran ama de casa y dos estudiantes. Estas dos estaban cursando secundaria.

Una era empleada doméstica, otra pensionista y la otra se encontraba desempleada y a la fecha de su fallecimiento estaba buscando empleo.

Gráfico 6. Distribución por actividad



*La joven que falleció por complicaciones secundarias al aborto provocado en condiciones de riesgo era estudiante.*

*Como método abortivo utilizó un medicamento que se trae de contrabando de Argentina denominado Oxaprost® (Misoprostol con una cubierta de Diclofenac Sódico). En el mercado ilegal los comprimidos suelen venderse sueltos, en condiciones de muy mala higiene.*

*Había ido junto a una amiga a conseguir el Oxaprost® la cual también utilizó esta medicación. La amiga salvó su vida pero se le practicó una histerectomía con anexectomía bilateral por una sepsis post aborto.*

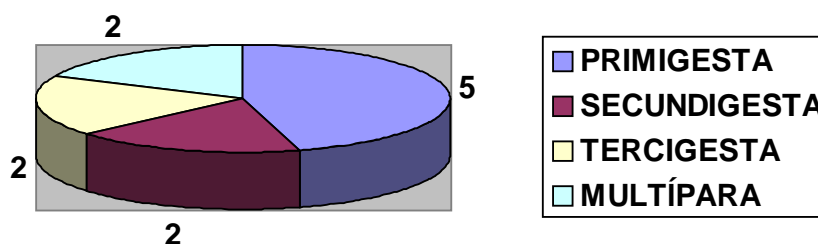
## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Los antecedentes obstétricos tienen una relevancia especial, ya que nos informan de la cantidad de hijos que quedarán huérfanos de madre. Estos suman un total de veintidós.

Ocho de ellos son recién nacidos, de los cuales dos son pretérminos de 33 semanas de edad gestacional.

Las patologías que determinaron la muerte de estas mujeres también provocaron dos abortos y tres óbitos fetales.

Gráfico 7. Distribución por antecedentes obstétricos



*Una de las muertes maternas correspondió a una joven que presentaba una enfermedad autoinmune crónica. Esta enfermedad estaba siendo tratada con medicación que le impedía quedar embarazada, por lo que la abandona con la intención de poder concebir.*

*En el segundo trimestre desarrolla una preeclampsia severa, óbito fetal y posteriormente fallece a los pocos días del puerperio.*

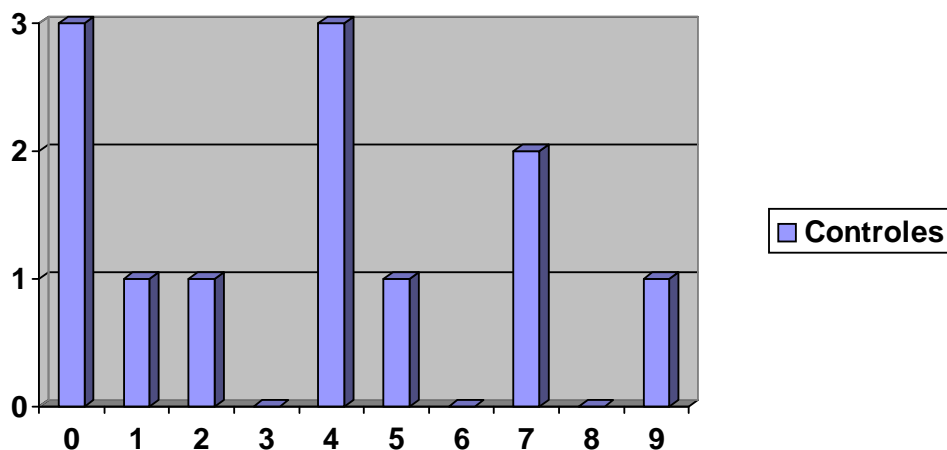
## CONTROLES OBSTÉTRICOS

Una de las variables con mayor asociación a los malos resultados materno-perinatales es el número de controles obstétricos.

Si dejamos de lado a la mujer que se practicó un aborto, podemos decir que de las once mujeres fallecidas siete tenían un embarazo mal controlado en cantidad (según la OMS se considera un embarazo mal controlado en cantidad cuando el número de controles es menor de 5). Estos guarismos permiten inferir que el 63.6% de las mujeres fallecidas tenían un embarazo mal controlado.

Tres no habían tenido ningún control y otras dos tenían un solo control y dos controles.

De las catorce, solamente dos tenían el embarazo bien controlado en cantidad y calidad.



*Una de las mujeres fallecidas no se controló el embarazo en forma adecuada debido a que vivía en una zona rural.*

*El centro de salud más cercano a su domicilio dista varios kilómetros de su casa. Los días que llueve una cañada cercana se desborda impidiendo el tránsito.*

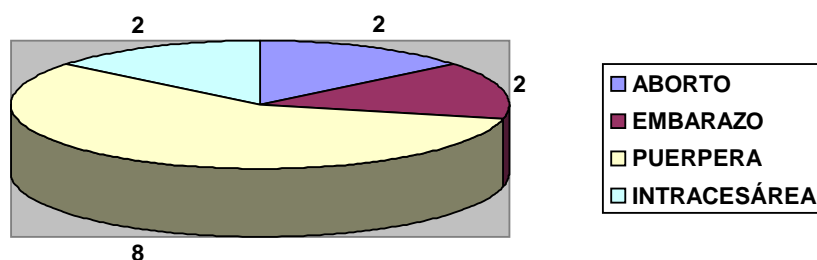
## ENFEMEDAD DE BASE

De las catorce muertes acontecidas, dos fueron por complicaciones infecciosas del aborto provocado en condiciones de riesgo.

La frecuencia relativa ha sido de 14.3%, por lo que ha sido la menor registrada desde el a1o 2001.

Cuatro fallecimientos acontecieron durante el embarazo (dos de ellas fallecen intrac3srea) y ocho durante el puerperio.

Gr3fico 8. Distribuci3n seg1n enfermedad de base



*Una de las mujeres que fallece era asm3tica y tabaquista y hab3a tenido un parto normal hac3a menos de una semana. Durante el puerperio comenz3 con tos, expectoraci3n purulenta y fiebre.*

*Pese a la sintomatolog3a no consult3 a m3dico ya que las tareas domiciliarias y el cuidado de su hija no se lo permit3a.*

*Cuando consulta al servicio de salud ya se encontraba cursando una sepsis. Fallece a los pocos d3as.*

## ETIOLOGÍA

Las complicaciones infecciosas siguen siendo la principal causa de muerte de las mujeres durante el embarazo parto puerperio y aborto. Sepsis de origen renal, pulmonar y uterino fueron los diagnósticos realizados.

Los Estados Hipertensivos del Embarazo son la segunda causa de muerte, tres mujeres fallecen por esta causa. Dos de ellas cursaban preeclampsia y la otra era una hipertensa crónica.

### Caso 1

Mujer de 18 años con antecedentes personales de hepatitis autoinmune, primigesta cursando un embarazo de 33 semanas de amenorrea que ingresa con diagnóstico de sepsis de probable origen renal. Se practica una cesárea obteniéndose un recién nacido de 2065gr con buena evolución posterior. La mujer fallece en el puerperio inmediato.

### Caso 2

Mujer de 18 años sin antecedentes a destacar que al momento del ingreso se hace diagnóstico de sepsis post aborto provocado en condiciones de riesgo. Fallece luego de haberse practicado plan mayor con ligadura de vena cava.

No había concurrido a Servicios de Asesoramiento según Normativa 369/04 M.S.P.

### Caso 3

Mujer de 40 años, asmática, con antecedentes obstétricos de 10 partos de término que cursando un embarazo de 36 semanas consulta por ausencia de movimientos fetales e hidrorrea. Se hace diagnóstico de óbito fetal y rotura prematura de membranas y se asiste al parto. Reingresa a la semana del parto con diagnóstico de sepsis y fallece por esta causa.

### Caso 4

Mujer de 19 años con antecedentes personales de lupus, esclerodermia con abandono de tratamiento previo al embarazo, primigesta, que ingresa a 27 semanas con óbito fetal y cifras de hipertensión arterial. Se asiste parto del óbito y durante el mismo se producen desgarros vulvovaginales y atonía uterina con hemorragia importante. Fallece por complicaciones hemorrágicas en el puerperio mediato aunque no se pudo descartar un tromboembolismo pulmonar (en la casuística figura como complicación “hemorrágica”).

### Caso 5

Mujer de 33 años, asmática de larga data con múltiples internaciones por esta causa y tabaquista. Cursaba una neumonía en los primeros días del puerperio, se hace diagnóstico de sepsis de origen pulmonar y es trasladada a CTI. En la evolución se hace diagnóstico de tromboembolismo pulmonar y se comienza tratamiento con Estreptokinasa y fallece por una hemorragia abdominal masiva secundaria al tratamiento instituido (también figura como de etiología “hemorrágica”).

Caso 6

Mujer de 34 a1os y antecedentes personales de drogadicci3n, hipertensi3n arterial cr3nica e infarto agudo de miocardio y diabetes. Antecedentes obst3tricos de un aborto espont3neo y actualmente cursando 34 semanas de un embarazo sin control. Se hace diagn3stico de esteatosis hep3tica, se practica una ces3rea y fallece a los pocos d1as por disfunciones org3nicas m3ltiples.

Caso 7

Mujer de 27 a1os en situaci3n de calle y drogadicci3n. Antecedentes obst3tricos de 3 gestas, 2 partos y un aborto. Cursa embarazo de 38 semanas e ingresa en trabajo de parto. Se asiste el mismo y posteriormente instala genitorragia importante constat3ndose desgarros vaginales y aton1a uterina. Desarrolla trastorno de la crisis, es multitransfundida, intevenida quir3rgicamente realiz3ndose histerectom1a y ligadura de vasos hipog3stricos. Fallece en el postoperatorio por un infarto mesent3rico.

Caso 8

Mujer de 37 a1os y antecedentes de diabetes y antecedentes obst3tricos de 3 ces3reas con buena evoluci3n de los neonatos. Se practica una ces3rea a las 38 semanas y posteriormente reingresa a los 9 d1as de puerperio con una sepsis de origen genital.

Caso 9

Mujer de 35 a1os con antecedente de haber tenido un parto normal hace cuatro meses y consulta por genitorragia. Se hace diagn3stico de coriocarcinoma y en los estudios de valoraci3n se diagnostican met3stasis cerebrales y hep3ticas.

Caso 10

Una mujer presentaba un aneurisma cerebral no diagnosticado ni sintom3tico y fallece durante la pr3ctica de una ces3rea por hemorragia cerebral (en la casu1stica figura como "otras").

Caso 11

Mujer de 26 a1os y antecedentes de obesidad m3rbida, hipertensi3n arterial cr3nica e hipotiroidismo mal controlado. Cursando un embarazo de t3rmino con 9 controles es ingresada con una crisis hipertensiva. En el momento de realizarse la ces3rea desarrolla un edema agudo de pulm3n y fallece. El reci3n nacido tuvo buena evoluci3n.

Caso 12

Mujer de 18 a1os sin antecedentes a destacar cursando su primer embarazo. Desarrolla una pielonefritis grav1dica a las 26 semanas y posteriormente una sepsis con 3bito fetal. Se asiste al parto del 3bito y posteriormente la mujer fallece previo realizaci3n de intervenci3n quir3rgica que inclu1a plan mayor con ligadura de vena cava.

Caso 13

Mujer de 27 años sin antecedentes a destacar, y antecedentes obstétricos de dos hijos vivos menores de cinco años. Cursando un embarazo no deseado, utiliza misoprostol para interrumpir en forma voluntaria el embarazo a las 14 semanas de amenorrea. Ingresa en shock séptico y fallece luego de practicarse plan quirúrgico mayor.

Caso 14

Mujer de 34 años procedente de medio rural. Cursa embarazo de término no controlado produciéndose el parto en domicilio. Nace un recién nacido vivo pero la madre fallece en shock hipovolémico por hemorragia puerperal aguda. En la autopsia se constata retención placentaria.

Gráfico 9. Distribución según Etiología

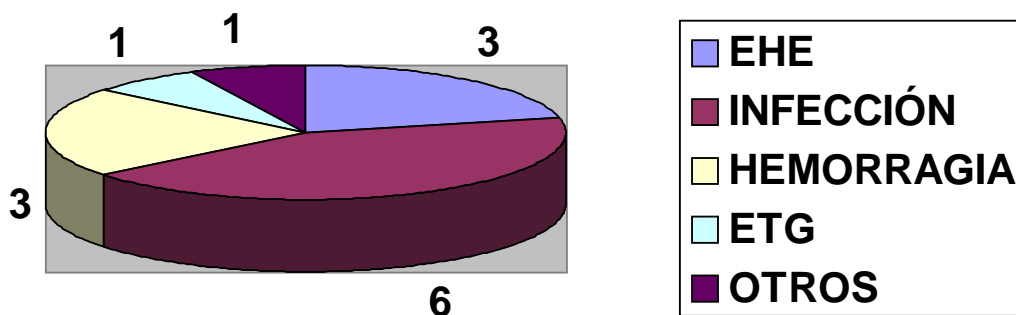


Tabla 6. Etiolog3a

<b>ESTADO cuando comienza la enfermedad</b>	<b>ESTADO en el momento del fallecimiento</b>	<b>COMORBILIDAD</b>	<b>CAUSA DE FALLECIMIENTO</b>
Aborto	Post Aborto	Ninguna	Sepsis (post aborto)*
Aborto	Post Aborto	Ninguna	Sepsis (post aborto)
Embarazo	Puerperio	Ninguna	Hemorragia
Embarazo	Puerperio	PNG, CA	Sepsis (renal)
Puerperio	Puerperio	Endometriitis post ces3rea	Sepsis (uterina)
Embarazo	Intraces3rea	Obesidad m3rbida, HTAc	IAM**
Embarazo	Intraces3rea	Aneurisma Cerebral	Hemorragia Cerebral
Puerperio	Puerperio	Coriocarcinoma	Coriocarcinoma
Puerperio	Puerperio	Endometriitis post ces3rea	Sepsis (uterina)
Embarazo	Puerperio	Hepatitis t3xica	SDOM
Embarazo	Puerperio	Neumon3a, Sepsis, TEP	Hemorragia
Embarazo	Puerperio	PEs, AU, hemorragia, trastorno de la crisis	Infarto Mesent3rico
Embarazo	Puerperio	LES, Esclerodermia, PEs, TEP	Hemorragia
Embarazo	Puerperio	RPM, CA, Endometriitis	Sepsis (uterina)

\* Entre par3ntesis se encuentra el 3rgano de origen de la sepsis

\*\* No se pudo descartar la embolia de l3quido amni3tico

HTAc: Hipertensi3n Arterial Cr3nica

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

PNG: Pielonefritis Aguda Grav3dica

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

PEs: Preeclampsia Severa

LES: Lupus Eritematoso Sist3mico

RPM: Rotura Prematura de Membranas

CA: Corioamnionitis

SDOM: S3ndrome de disfunci3n org3nica m3ltiple

EH: Esteatosis Hep3tica

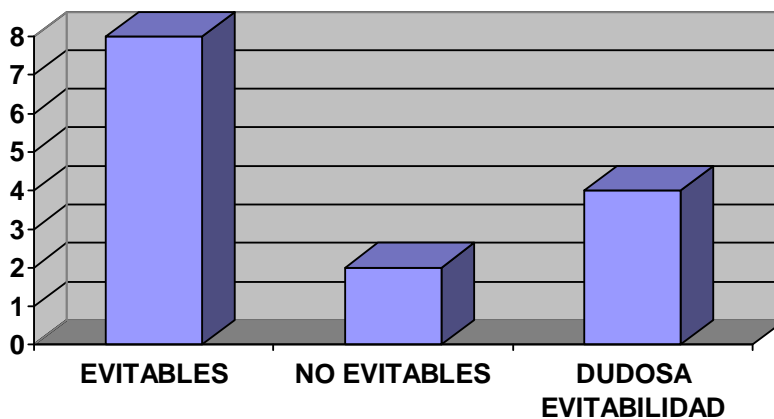
AU: Aton3a Uterina

- **EVITABILIDAD DE LA MUERTE**

Este ítem surge de un análisis teórico y de formularios internacionales de recolecci3n de datos y análisis (Anexo 3).

Hecha esta aclaraci3n debemos informar que la Comisi3n ha concluido que 8 de las muertes eran evitables y otras cuatro fueron de dudosa evitabilidad.

Gráfico 10. Evitabilidad de la Muerte Materna



*Una de las causas de evitabilidad es la consulta tardía.*

*La mayoría de las mujeres que consultaron tardíamente lo hicieron porque postergaron su salud por tareas domiciliarias y de atención de sus familias.*

La Comisión desea agradecer a todas aquellas personas e Instituciones que han colaborado desinteresadamente para facilitar la tarea encomendada.

Durante estos meses, en cada una de las historias de estas mujeres hemos percibido la dedicación y compromiso de muchos integrantes del equipo de salud, todos y todas ellas nos enorgullecen y enaltecen nuestras profesiones y labores.

También hemos tenido presente a todos y todas esos niños y niñas que deberán crecer sin la presencia física de estas mujeres, ni del dolor de las familias que deberán aprender a vivir con estas ausencias.

Por último queremos decir que no ha sido fácil apreciar el enorme sufrimiento y angustia que estas mujeres han tenido que padecer mientras iban perdiendo su vida.

Estamos obligados a aprender de cada una de estas historias.

Este esfuerzo está dedicado a todos y todas ellas.

La Comisión  
20 de Noviembre de 2007

*Ministerio de Salud Pública*

Montevideo; 20 NOV 2006

**VISTO:** el índice de muertes de mujeres, vinculadas al embarazo, parto, cesáreas, puerperio y aborto que persiste en el Uruguay en niveles superiores a los esperables;

**CONSIDERANDO:** I) que a pesar de los mecanismos existentes persisten dificultades para su completo monitoreo con un subregistro importante, por lo que es necesario mejorar la denuncia, vigilancia y auditoria de dichas muertes;

II) que es pertinente la adopción de medidas concretas que contribuyan a reducir la muerte de mujeres por las causas citadas;

**ATENTO:** a lo precedentemente expuesto;

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

**RESUELVE:**

- 1º) Créase la “Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto”, la cual será de carácter técnico – consultivo, con los siguientes objetivos:
- a) Contribuir a la vigilancia de la totalidad de las muertes de mujeres por las causas que se detallan en el acápite del numeral 1º.
  - b) Mantener un diagnóstico permanente de la situación epidemiológica de éstas muertes en todo el territorio nacional, incluyendo instituciones públicas y privadas, considerando aspectos sociales, económicos, políticos, jurídicos y todos aquellos que posibiliten acciones específicas para contar con un diagnóstico siempre actualizado.
  - c) Proponer directivas, instrumentos legales y principios éticos que concreten estrategias para la obtención de datos y la reducción de las muertes de referencia.

- d) Promover el proceso de articulación e integración de las diferentes instituciones públicas o privadas e instancias comprometidas con la temática.
  - e) Movilizar e integrar los diversos sectores de la sociedad vinculados a la problemática, con especial énfasis en la comunidad como agente sanitario esencial para el monitoreo y la reducción de las muertes.
- 2º) Serán miembros de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa de embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto, los siguientes enunciados:
- a) Un representante del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género de la Dirección General de la Salud.
  - b) Un representante de la Unidad Asesora de Información Poblacional de la Dirección General de la Salud.
  - c) Un representante de los Directores Departamentales de Salud de la Dirección General de la Salud.
  - d) Un representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
  - e) Dos representantes de la Universidad de la República - Facultad de Medicina, uno por la Cátedra de Ginecotología y uno por la Cátedra de Medicina Legal.
  - f) Un representante de la Escuela de Parteras Universidad de la República – Facultad de Medicina.
  - g) Un representante del Instituto de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social.
  - h) Un representante del Congreso Nacional de Intendentes.
- 3º) Encomiéndase al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género la puesta en marcha de la presente Ordenanza así como la operativa a desarrollar por parte de la Comisión.

*Ministerio de Salud Pública*

- 4º) Se faculta a ésta Comisión a consultar con Instituciones públicas y privadas relacionadas con el tema, o con personas físicas según cada caso.
- 5º) Cúrese oficio al Ministerio de Desarrollo Social y al Congreso Nacional de Intendentes.
- 6º) Tomen nota la Dirección General de la Salud, el Programa Nacional de la Mujer y Género, la Unidad Asesora de Información Poblacional, el Sr. Coordinador de la Direcciones Departamentales de Salud y la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Cumplido, pase a Comisiones M.S.P.-A.S.S.E.

Ord. N° 757

Ref. N° 001-3707/2006.

3t.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
archivado en el Dpto. de  
Secretaría General y Acuerdos.

  
Ma. CRISTINA ROCA  
Directora Dpto.  
Secretaría General y Acuerdos  
M. S. P.

  
Dra. MARIA JULIA MURCO  
Ministra de Salud Pública

Anexo 2



**FORMULARIO DE AUDITORIA DE MUERTE MATERNA**

Fecha de envío:

Autogenerado:

Este formulario debe llenarse en forma completa cuando ocurra una muerte materna (*muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de un plazo de 42 días a partir de la terminación del embarazo (aborto, parto, cesárea, embarazo ectópico, enfermedades trofoblásticas gestacionales), independientemente de la duración y de la ubicación del embarazo, por cualquier causa derivada del embarazo, o agravada por éste, o relativa a la forma en que se ha dispensado el tratamiento, pero no por causas accidentales o incidentales*). (Clasificación internacional de enfermedades, Xª revisión, OMS, Ginebra, 1992).

Debe realizarse una auditoría a nivel local por parte del Médico tratante y el Jefe de servicio correspondiente de acuerdo a la ordenanza 23/87, decreto 571/87. Debe verificarse el llenado completo del formulario del reverso (Historia Clínica Perinatal Base – SIP, CLAP-MSP).

El Director Técnico del Centro Asistencial donde ocurrió el deceso será responsable de enviar en las primeras 72hrs. hábiles este formulario completo al Programa Nacional Salud de la Mujer y Género, MSP, Fax (02) 409-7230, e-mail: [mujerygenero@msp.gub.uy](mailto:mujerygenero@msp.gub.uy)

Nombre y Apellido de la fallecida:

Nº de Certificado de Defunción:

Nº de Cédula de Identidad:

Fecha de fallecimiento:

Causa de muerte:

Nombre del Médico responsable de la auditoría:

Dirección:

Tel/Cel:

e-mail:

Nombre del Jefe de Servicio:

Tel/Cel:

e-mail:

Nombre del Director Técnico del Centro Asistencial:

Tel/Cel:

e-mail:

Institución:

Departamento:

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

e-mail:

Breve Resumen de la Historia Clínica:

Este formulario y la historia clínica perinatal base debe estar lleno con letra de imprenta y legible.

**Anexo 3 FORMULARIO DE AUDITORIA DE MUERTE**

FECHA		DEPARTAMENTO		AUTOGENERADO	
-------	--	--------------	--	--------------	--

**DATOS GENERALES**

NOMBRE				EDAD		CEDULA	
DEPARTAMENTO			LOCALIDAD		BARRIO		
DIRECCION				TELEFONO			
ESTADO CIVIL	1. CASADA	2. UNIÓN EST	3. SOLTERA	4. OTRO	5. N/C		
ESCOLARIDAD	1. NINGUNA	2. PRIMARIA	3. SECUNDARIA	4. UNIVERSITARIA	6. N/C		
ULTIMO AÑO APROBADO		TRABAJO NO – SI CUAL			LABORES		
ETNIA	1.BLANCA	2.NEGRA	3.INDIGENA	4.MESTIZA	5.OTRO		

**ANTECEDENTES**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO OBSTÉTRICOS										
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	GESTA		PARA		CESAREA		ABORTO		OTRO	
NAC VIVOS		NAC MUERTO		F. U. NTO		EDAD HIJOS				
F.U.M.		F.P.P.		EG		N° DE CONSULTAS PRENATALES				
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO										
¿REFERIDA SEGÚN RIESGO?	1. SI *	2. NO	* ¿DONDE?					N/C		
ESTADO NUTRICIONAL	1. NORMAL	2. BAJO PESO	3. OBESA	4. OBESA MORBIDA						
¿TUVO HOSPITALIZACIONES PREVIAS DURANTE ESTE EMBARAZO?	1. SI *		2. NO							
* ¿DONDE?					*DIAGNOSTICO					
* ¿DONDE?					*DIAGNOSTICO					
FECHA INGRESO			FECHA EGRESO			DIAS INTERNACION				
FECHA INGRESO			FECHA EGRESO			DIAS INTERNACION				
DIAGNÓSTICO INGRESO										
TRATAMIENTO										
DIAGNÓSTICO EGRESO										
COMENTARIO										

**CONTROL DEL EMBARAZO**

DONDE SE CONTROLÒ													
QUIEN LO CONTROLÒ	GINEC		PART		MFAM		OTRO						
COMO SE CONTROLÒ				CANTIDAD			CALIDAD						
N° DE CONTROLES		1 TRIM		2 TRIM		3 TRIM		PUERPERIO					
CALIDAD CONTROL	CLINICO	1T		2T		3T		PCL	1T		2T		3T
COMENTARIOS													

**HOSPITALIZACIÓN ACTUAL**

FECHA DE INGRESO		HORA		SERVICIO	
DIAGNÓSTICO INGRESO					
TRATAMIENTO					
COMENTARIOS					
FECHA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO				HORA	
FECHA DE FALLECIMIENTO				HORA	

**MODO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

1. PARTO ESPONTANEO	2. PARTO INDUCIDO	3. FORCEPS	4. CESAREA PROGRAMADA
5. CESAREA DE URGENCIA	6. ABORTO	7. EMBARAZO ECTÓPICO	8. ETG
9. OTRO			

**ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO INSTITUCIONAL**

1. PRACT. INTERNO	2. MÉDICO GENERAL	3. GINECO-OBSTETRA	4. MEDICO RESIDENTE
5. PARTERA	6. ENFERMERO	7. MED FAM	8. OTRO

**DONDE OCURRIÓ EL DECESO**

1. URGENCIA	2. SALA NO OBSTÉTRICA	3. PREPARTO
4. SALA DE PARTO	5. SALA DE OPERACIONES	6. CUIDADOS INTENSIVOS
7. CUIDADO INTERMEDIO	8. HOSPITAL GENERAL	9. OTRO

**MUERTE ASOCIADA A ABORTO**

1. ABORTO ESPONTANEO	2. ABORTO PROVOCADO*	3. ABORTO TERAPÉUTICO/LEGAL
*DONDE?	CLINICA	PROVEEDOR
	VECINO	FAMILIAR
	AUTO	OTRO
MÉTODO	1. SONDA/AGUJA	2. LEGRADO A - C
	3. INFUSION	4. MEDICAMENTO
5. INYECCIÓN INTRAUTERINA	6. OTRO (Especifique)	
369/04	SI	NO
	¿DÓNDE?	

**MUERTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O PUERPERIO**

**CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO:**

1. PRACT. INTERNO	2. MÉDICO GENERAL	3. GINECO-OBSTETRA	4. MEDICO RESIDENTE
5. PARTERA	6. ENFERMERO	7. MED FAM	7. OTRO

<b>DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO</b>	HORAS	MINUTOS	1. N/C
<b>FACTORES DE RIESGO</b>			
<b>PRODUCTO</b>	1. RECIÉN NACIDO VIVO	2. OBITO	FECHA NTO
			EG

TRATAMIENTO MÉDICO (drogas, analgesia, tiempo de uso)


TTO QUIRÚRGICO	ANESTESIA	FECHA	HORA

**CAUSA DE LA MUERTE**

CAUSA INMEDIATA O DIRECTA	
CAUSA ORIGINARIA O BÁSICA	
PATOLOGÍAS CONTRIBUYENTES	

**CLASIFICACIÓN CLÍNICA:**

1. OBSTÉTRICA DIRECTA	2. OBSTÉTRICA INDIRECTA	3. NO RELACIONADA
-----------------------	-------------------------	-------------------

<b>DIAGNÓSTICO ANATOMO PATOLÓGICO</b>	<b>AUTOPSIA N°</b>	
Dx 1		Código
Dx 2		Código
Dx 3		Código
Dx 4		Código

COMISION NACIONAL PARA EL MONITOREO Y REDUCCIÓN DE LAS MUERTES DE MUJERES POR CAUSA DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA, PUERPERIO Y ABORTO

AUDITORÍA	SI	NO	DEVOLUCIÓN	SI	NO
COMENTARIOS					

**COMENTARIOS GENERALES (Adjunte las hojas que crea convenientes)**

**EVALUACION DE LA EVITABILIDAD DE LA MUERTE**

<b>1. A nivel de la paciente, la familia y la comunidad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Reconocieron que existía un problema? ¿Solicitaron atención médica? ¿Solicitaron atención prenatal? Si la hubo, ¿siguieron el consejo médico?		
<b>2. A nivel de los Servicios de Salud</b>		
¿Recibió atención prenatal? La atención prenatal ¿siguió las normas establecidas? ¿Los factores de riesgo y problemas médicos se evaluaron y trataron correctamente en el control prenatal? A nivel hospitalario ¿se disponía de las funciones obstétricas esenciales? ¿Los recursos eran suficientes para manejar el problema? ¿Se siguieron las normas y protocolos pertinentes? ¿Se brindó atención a la paciente sin establecer barreras burocráticas o administrativas? ¿Se tomó en cuenta los valores sociales y culturales de la paciente y su familia? ¿Estaba capacitado el proveedor de la atención en el tratamiento indicado del problema? Si estaba capacitado, ¿trató el caso de la manera adecuada? ¿La atención del problema fue oportuna y ágil? ¿Hubieron errores diagnósticos o de tratamiento?		

**RESUMEN CRÍTICO Y RECOMENDACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL INFORME**

<b>N° DE REGISTRO Y/O CÓDIGO</b>		<b>FECHA</b>	
----------------------------------	--	--------------	--

**¿CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE?**

DIAGNÓSTICO PRIMARIO		DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	
1. Muerte durante el embarazo temprano		a. Ectópico b. Aborto espontáneo c. Aborto provocado d. ETG	
2. Sangrado antes del parto		a. Placenta previa b. Abruption placentae	
3. Sangrado post-parto		a. Placenta retenida b. Atonía uterina c. Trauma d. Otra causa	
4. Parto obstruido		a. Ruptura espontanea del útero b. Cesarea anterior, ruptura uterina c. Agotamiento materno	
5. Trastornos hipertensivos		a. Eclampsia b. Pre-eclampsia c. Hipertensión crónica d. Hipertensión transicional	
6. Sepsis		a. Relacionada con RPM b. Trabajo de parto prolongado c. Tejido placentario retenido d. Tracto urinario e. Pulmonar f. Operatorio	
7. Anestesia		a. Complicaciones anestésicas	
8. Muerte súbita		a. Embolia pulmonar b. Embolia de líquido amniótico c. Otra causa	
9. Desconocido			
10. Causa no relacionada		a. Explique:	

