
5. Presentación estadística

Nota: En países o zonas con problemas de calidad o cobertura de los datos, siempre deberá considerarse la opción de trabajar con estimaciones o proyecciones de indicadores, preferiblemente basadas en los datos registrados, a fin de garantizar la posibilidad de llevar a cabo comparaciones nacionales e internacionales. Las técnicas de estimación o proyección deben buscarse en la literatura especializada, ya que no constituyen el propósito de esta publicación.

5.1 Introducción

Esta sección presenta las regulaciones en relación con las estadísticas para comparación internacional, así como orientaciones para la presentación de cuadros estadísticos con los datos nacionales y locales.

Se recomienda que las personas encargadas del análisis de la información intervengan en el desarrollo de la metodología para el procesamiento de la información (incluyendo la codificación), no solo en lo que se refiere a los datos diagnósticos sino también con respecto a los otros datos estadísticos que se van a entrecruzar en la tabulación de la información.

5.2 Fuente de los datos

La certificación médica de la causa de la defunción le corresponde normalmente al médico tratante. El certificado médico de causa de defunción debe ser diseñado de acuerdo con las recomendaciones internacionales (ver sección 4.1.3). Los procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos del certificado de defunción y de otros registros médicos.

En el caso de muertes certificadas por autoridades forenses o legales, las evidencias médicas suministradas al certificante deben mencionarse en el certificado, además de cualquier hallazgo de naturaleza legal.

5.3 Nivel de detalle por causa en las tabulaciones

Existen estándares para listar las causas de acuerdo con la CIE, así como recomendaciones formales con respecto a las listas para la tabulación, para

que estas permitan llevar a cabo comparaciones internacionales (ver sección 5.6). En otras tabulaciones, la estructura jerarquizada de la CIE permite una flexibilidad considerable para la elaboración de agrupaciones para análisis.

Los códigos de tres y cuatro caracteres de la CIE permiten dar un nivel de detalle considerable. Es por esta razón que a veces se utilizan para producir cuadros de referencia que abarcan una amplia gama de información, no necesariamente para ser publicada, sino, por ejemplo, para mantenerla en una oficina central, y así tener a la mano la información relacionada con diagnósticos específicos. Este nivel de detalle lo utilizan también especialistas interesados en el estudio profundo de un número limitado de diagnósticos. En estos casos, la clasificación puede aplicarse con mayor detalle mediante la utilización de quintos y hasta sextos caracteres, agregados a los caracteres suplementarios de algunas rúbricas de la CIE o a una de las adaptaciones por especialidad de la familia de clasificaciones de la CIE.

Aunque se ha hecho un gran esfuerzo para que los títulos de las subcategorías de la CIE a nivel de cuarto carácter expresen claramente su contenido cuando se usan independientemente, a veces es necesario leer su título conjuntamente con el título de la categoría de tres caracteres correspondiente. En estos casos, es necesario incluir las categorías de tres caracteres (y sus totales), o utilizar títulos especialmente adaptados para las subcategorías de cuatro caracteres, de tal forma que sean comprensibles cuando se usan solas. La CIE contiene más de 2.000 categorías de tres caracteres, que identifican todas las afecciones de posible interés en salud pública.

Existen también listas especiales de tabulación en el Volumen 1 (págs. 1143–1166) para los casos en que la lista de categorías de tres caracteres resulta demasiado detallada. El diseño de estas listas permite la comparación internacional de enfermedades importantes y grupos de enfermedades, aun cuando distintos países usen agrupaciones diferentes.

5.4 Listas especiales recomendadas para la tabulación de la mortalidad

Las listas especiales de tabulación para la mortalidad se presentan en el Volumen 1, en las páginas 1145–1156.

5.4.1 Listas condensadas

Hay dos listas condensadas, la Lista 1 y la Lista 3, que contienen categorías para cada capítulo de la CIE y asimismo, para la mayoría de los capítulos, reúnen las categorías no individualizadas en grupos residuales con el título “Resto de . . .”, los cuales complementan la cobertura del capítulo respectivo. Estas listas condensan el total de categorías de tres caracteres en un número manejable de rúbricas para diversos propósitos de publicación.

5.4.2 Listas seleccionadas

Hay dos listas seleccionadas, la Lista 2 y la Lista 4, que contienen rúbricas de la mayoría de los capítulos de la CIE, de las afecciones y causas externas que son pertinentes para la observación y el análisis del estado de salud de la población y de los problemas relacionados con la mortalidad, tanto a nivel nacional como internacional. En estas listas no se dan totales por capítulo, excepto en algunos casos en los cuales se agregan grupos residuales que sí permiten obtener esos totales.

5.4.3 Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad

El uso de prefijos numéricos evita las confusiones que pudieran surgir entre una y otra lista de tabulación, que pueden tener números diferentes para la misma afección. (Con este recurso los números de las rúbricas de las listas de mortalidad pueden distinguirse de los códigos de cuatro caracteres de la CIE, ya que estos tienen una letra en la primera posición). Cuando se utiliza una lista adaptada a nivel nacional o subnacional, debe agregarse otro prefijo especial para identificar los números de las rúbricas de dicha lista.

5.4.4 Listas elaboradas localmente

Las cuatro listas especiales de tabulación permiten obtener una información adecuada para la mayoría de los países en lo que se refiere a las enfermedades y causas externas de defunción de mayor importancia. Tales listas facilitan también la comparación a lo largo del tiempo y la observación de los cambios en la frecuencia de algunas enfermedades, por ejemplo en las enfermedades infecciosas y enfermedades degenerativas, a medida que se realizan programas de salud específicos. Asimismo, las listas permiten hacer comparaciones regionales, nacionales e internacionales, e inclusive entre subgrupos de población.

Cuando no hay necesidad de llevar a cabo comparaciones internacionales, pueden diseñarse listas para uso local. Las rúbricas de la CIE pueden agruparse o seleccionarse de la manera más adecuada para la finalidad que se persigue con su uso. Estas listas especiales pueden necesitarse, por ejemplo, para hacer el seguimiento de los programas locales de salud, en lo que se refiere a la morbilidad y mortalidad.

Cuando se adapten las listas especiales de tabulación para uso a nivel nacional o para ser utilizadas en un proyecto nuevo o especial, es conveniente realizar pruebas de campo, que pueden consistir en un simple recuento del número de casos que cae en cada categoría de tres caracteres, para así poder determinar qué afecciones pueden agruparse y cuáles necesitan subcategorías individuales. Donde se construya una lista para uso local, la clave para las categorías condensadas deberá contener los códigos de tres (o cuatro) caracteres de la clasificación principal.

5.5 Lista especial de tabulación para la morbilidad

5.5.1 Descripción

La lista de tabulación para la morbilidad contiene 298 rúbricas detalladas. Es una lista condensada en la que cada categoría aparece una sola vez y los totales para grupos de enfermedades y para cada capítulo de la CIE pueden obtenerse por la suma de rúbricas secuenciales.

El propósito de la lista de morbilidad es que sirva de base para la elaboración de listas nacionales y también para comparaciones entre países. Se pueden elaborar listas nacionales tanto por expansión como por condensación de la lista principal de la clasificación, según sea apropiado. La lista permite presentar datos sobre pacientes hospitalizados y, con adaptaciones adecuadas en las que se agreguen algunas rúbricas y se expandan otras, especialmente del Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) y del Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud), sirve también para presentar información de otras fuentes, tales como atención ambulatoria y encuestas e investigaciones sobre salud. Cuando se diseña una lista local de morbilidad, la clave para las categorías condensadas debe incluir las categorías de tres o cuatro caracteres de la clasificación principal.

La lista de morbilidad incluye los códigos de las categorías con asterisco, que se utilizan cuando se quiere incluir en el análisis el código de asterisco para clasificación doble. La lista se puede utilizar para la tabulación de los códigos tanto de daga como de asterisco y, por tal razón, es muy importante señalar en cada cuadro cuál de los dos tipos de códigos se utilizó para su elaboración.

5.5.2 Modificación de la lista especial de tabulación para la morbilidad de acuerdo con las necesidades nacionales

Si al examinar las categorías de tres caracteres de la CIE se considera necesario ampliar la lista, algunas rúbricas pueden subdividirse de acuerdo con el orden de la clasificación principal o incluso a nivel de cuarto carácter. Si la lista recomendada se considera muy detallada o si hace falta una lista más corta, la selección de las rúbricas puede basarse en el interés nacional o local. Las listas pueden también acortarse combinando categorías de acuerdo con el perfil epidemiológico del país.

5.6 Recomendaciones en relación con los cuadros estadísticos para comparación internacional

5.6.1 Cuadros estadísticos

El grado de detalle de la clasificación cruzada de los datos por causa, sexo, edad y zona geográfica dependerá del propósito y alcance de las estadísticas

y de los límites prácticos de su tabulación. Con el fin de promover la comparabilidad internacional se proponen métodos estándares para expresar varias características. Cuando se publiquen cuadros basados en otras clasificaciones (por ejemplo, para grupos de edad), estas deben poder reducirse a una de las agrupaciones recomendadas.

- (a) Los análisis mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades deben estar en concordancia con:
 - (i) la lista detallada de categorías de tres caracteres, con o sin las subcategorías de cuatro caracteres;
 - (ii) una de las listas especiales de tabulación para la mortalidad,
 - (iii) la lista especial de tabulación para la morbilidad.
- (b) Clasificación por edad para propósitos generales:
 - (i) menos de 1 año, de año en año hasta los 4 años, por grupos de 5 años desde los 5 hasta los 84 años, de 85 años y más;
 - (ii) menos de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años, de 65 a 74 años, de 75 años y más;
 - (iii) menos de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 años y más.
- (c) La clasificación geográfica, según corresponda, debe estar de acuerdo con:
 - (i) cada división administrativa principal;
 - (ii) cada ciudad o zona urbana de 1.000.000 de habitantes o más, o la ciudad más grande con una población de por lo menos 100.000 habitantes,
 - (iii) un agregado nacional de las zonas urbanas con 100.000 habitantes o más,
 - (iv) un agregado nacional de las zonas urbanas de menos de 100.000 habitantes;
 - (v) un agregado nacional de las zonas rurales.

Nota 1. Las estadísticas relacionadas con el punto (c) deben incluir las definiciones de “urbano” y “rural” utilizadas.

Nota 2. En los países donde la certificación médica de la causa de defunción es incompleta o se limita solo a algunas zonas, los datos de defunciones no certificadas por médicos deben publicarse por separado.

5.6.2 Tabulación de causas de defunción

Las estadísticas de causas de defunción de una zona definida deben seguir la recomendación (a)(i) mencionada anteriormente y, si eso no fuera posible,

deben ceñirse a la recomendación (a)(ii). Las muertes deben clasificarse preferiblemente por sexo y grupos de edad tal como se recomienda en (b)(i).

Las estadísticas de causas de defunción para las zonas mencionadas en la recomendación (c) deben cumplir con la recomendación (a)(ii) o, si eso no fuera posible, con la recomendación (a)(iii). Estas estadísticas preferiblemente deben tabularse por sexo y grupos de edad, según se establece en la recomendación (b)(ii).

5.7 Estándares y recomendaciones relacionados con los informes sobre mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil

Las siguientes definiciones han sido adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, tanto en relación con su comparabilidad internacional como con los requerimientos de los datos de los cuales se derivan. Las definiciones adoptadas por la Asamblea aparecen en el Volumen 1, págs. 1167–1172 y, por comodidad, se repiten a continuación.

5.7.1 Definiciones

Nacimiento vivo

Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Defunción fetal (feto mortinato)

Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Peso al nacer

Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento.

Para los nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida

significativa de peso. A pesar de que las tablas estadísticas contienen los pesos al nacer en grupos de 500 g, los pesos no deben ser registrados en esos grupos. El peso debe registrarse según la precisión en la cual es medido.

Las definiciones de peso “bajo”, “muy bajo”, y “extremadamente bajo” del peso al nacer no constituyen categorías mutuamente excluyentes. Por debajo de los límites de las categorías se incluyen las otras y, en consecuencia, se superponen (por ejemplo, “bajo” incluye “muy bajo” y “extremadamente bajo”, mientras que “muy bajo” incluye “extremadamente bajo”).

Peso bajo al nacer

Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).

Peso muy bajo al nacer

Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer

Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).

Edad gestacional

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Frecuentemente la edad gestacional es una fuente de confusión, cuando los cálculos se basan en las fechas de la menstruación. Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto, debe tenerse presente que el primer día es el día cero (0) y no el día uno (1); por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la “semana cero completa”, los días 7 a 13 a la “semana uno completa”, y la 40ª semana de la gestación es sinónimo de “semana 39 completa”. Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días.

Pretérmino

Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

A término

De 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Postérmino

42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

Período perinatal

El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento.

Período neonatal

El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Las muertes neonatales (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

La edad para la defunción durante el primer día de vida (edad cero días) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo día de vida (edad 1 día), el tercero (edad 2 días) y hasta el día 28 (27 días completos de vida), la edad debe registrarse en días.

5.7.2 Criterios para notificar la información

Los requerimientos legales para el registro de las muertes fetales y de los nacimientos vivos varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. De ser posible, deben incluirse en las estadísticas todos los fetos y recién nacidos que pesen al menos 500 g al nacer, ya sean vivos o muertos. Cuando no puede obtenerse información sobre el peso al nacer deben utilizarse los criterios correspondientes para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla (25 cm de la coronilla al talón). Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben aplicarse según el orden siguiente: 1) peso al nacer, 2) edad gestacional, 3) talla (de la coronilla al talón). La inclusión de los fetos y recién nacidos que pesan entre 500 g y 1000 g en las estadísticas nacionales es recomendable por su propio valor y también porque mejora la información de los registros de los casos que pesan 1000 g y más.

5.7.3 Estadísticas para comparación internacional

En las estadísticas para comparación internacional no se recomienda incluir el grupo de peso extremadamente bajo dado que altera la validez de las comparaciones. Los países deben ordenar los procedimientos de registro e información de una forma tal que permita que los sucesos y los criterios para su inclusión en las estadísticas se puedan identificar fácilmente. Los fetos menos maduros y los recién nacidos que no cumplan tales criterios (por ej. los que pesan menos de 1000 g) deben excluirse de las estadísticas perinatales, a menos que haya razones legales o de otro tipo que justifiquen lo contrario, en cuyo caso se debe mencionar explícitamente su inclusión. Cuando el peso al nacer, la edad gestacional o la talla no se conocen, el evento debe incluirse en

las estadísticas de mortalidad perinatal, en vez de excluirse de ellas. Los países deben también publicar estadísticas en las que tanto el numerador como el denominador de todas las tasas y razones se limiten a fetos y recién nacidos que pesen 1000 g o más (tasas y razones específicas por peso); cuando no haya la información sobre el peso al nacer deberá utilizarse la edad gestacional correspondiente (28 semanas completas) o la talla (35 cm de la coronilla al talón).

Cuando se presenten estadísticas de mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil, el total de muertes debida a malformaciones debe identificarse, siempre que sea posible, para los nacimientos vivos y las muertes fetales; asimismo, debe relacionarse con el peso al nacer, en escalas de 500 g a 999 g y de 1000 g o más. Las muertes neonatales debidas a malformaciones deben subdividirse en muertes neonatales precoces y tardías. Esta información permite que las estadísticas perinatales y neonatales puedan presentarse con o sin las muertes debidas a malformaciones.

Tasas y razones

Las tasas y razones que se publiquen deben especificar siempre el denominador, que puede estar constituido solamente por los nacimientos vivos o por el total de nacimientos (nacimientos vivos y muertes fetales). Es deseable que los países incluyan en sus publicaciones estadísticas todas las tasas y razones que se mencionan a continuación, o por lo menos, tantas como sus sistemas de información lo permitan.

Razón de muertes fetales

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces de niños con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Razón de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y neonatales precoces}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

La tasa de mortalidad perinatal es el número de fetos muertos con peso de por lo menos 500 g (o, cuando el peso al nacer no puede obtenerse, con 22 semanas completas de gestación o una talla de 25 cm o más de la coronilla al talón) más el número de muertes neonatales precoces, por 1000 nacimientos totales. Debido a los diferentes numeradores de cada componente, la tasa resultante no necesariamente es igual a la suma de las tasas de mortalidad fetal y de mortalidad neonatal precoz.

Tasa de mortalidad perinatal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más + muertes neonatales precoces con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal

$$\frac{\text{Muertes neonatales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales de niños con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad infantil

$$\frac{\text{Muertes de menores de un año}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad infantil, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes de menores de un año, peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

5.7.4 Presentación de causas de mortalidad perinatal

Para las estadísticas de mortalidad perinatal derivadas del modelo de certificado recomendado para tal finalidad (ver sección 4.3.1), el mayor beneficio se obtendrá del análisis amplio por causas múltiples de todas las afecciones informadas. Cuando no se pueda hacer este tipo de análisis, se debe considerar como mínimo el análisis de la afección o enfermedad principal del feto o recién nacido (parte (a)) y de la afección principal de la madre que afecta al feto o al recién nacido (parte (c)), con tabulación cruzada de estas dos

afecciones. Cuando es necesario seleccionar una sola afección (por ejemplo, cuando las muertes neonatales precoces deben ser incorporadas dentro de tablas estadísticas de mortalidad general basadas en causa única) se debe escoger la causa principal del feto o recién nacido, que aparece en la parte (a) del certificado.

Clasificación por edades para estadísticas especiales de mortalidad infantil

- (i) Por día para la primera semana de vida (menos de 24 horas, 1, 2, 3, 4, 5, 6 días), de 7 a 13 días, 14 a 20 días, 21 a 27 días, 28 días y más hasta 2 meses no cumplidos (59 días), por mes, desde los 2 meses hasta 1 año no cumplido (11 meses y 29 días): 2, 3, 4 . . . 11 meses.
- (ii) Menos de 24 horas, de 1 a 6 días, 7 a 27 días, 28 días hasta 3 meses no cumplidos, 3 a 5 meses, 6 meses a 1 año no cumplido (11 meses y 29 días).
- (iii) Menos de 7 días, 7 a 27 días, 28 días a 1 año no cumplido (11 meses y 29 días).

Clasificación por edades de las muertes neonatales precoces

- (i) Menos de 1 hora, 1 a 11 horas, 12 a 23 horas, 24 a 47 horas, 48 a 71 horas, 72 a 167 horas.
- (ii) Menos de 1 hora, 1 a 23 horas, 24 a 167 horas.

Clasificación del peso al nacer para las estadísticas de mortalidad perinatal

Por intervalos de peso de 500 g, p. ej. de 1000 g a 1499 g, etc.

Clasificación de la edad gestacional para las estadísticas de mortalidad perinatal

Menos de 28 semanas (menos de 196 días), 28 a 31 semanas (196 a 223 días), 32 a 36 semanas (224 a 258 días), 37 a 41 semanas (259 a 293 días), 42 semanas y más (294 días y más).

5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna

5.8.1 Definiciones

Defunción materna

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier

causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Defunción materna tardía

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Defunción relacionada con el embarazo

Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Para mejorar la calidad de la información sobre mortalidad materna y aportar otros métodos para recolectar datos sobre las muertes durante el embarazo o relacionadas con el mismo, así como para fomentar el registro de muertes por causas obstétricas que ocurren después de los 42 días de haber terminado el embarazo, la 43ª Asamblea Mundial de la Salud, en 1990, adoptó la recomendación de que los países consideren la inclusión de preguntas relacionadas con un embarazo actual o un embarazo en el año previo a la muerte en el certificado de defunción.

5.8.2 Información internacional

Para la notificación internacional de la mortalidad materna, en el cálculo de las varias tasas y razones sólo se deben incluir las muertes que ocurran antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

5.8.3 Publicación de las tasas de mortalidad materna

Las tasas de mortalidad materna publicadas deben siempre especificar el numerador (número de muertes maternas registradas), que puede ser:

- el número de muertes obstétricas directas registradas, o
- el número total de muertes obstétricas registradas (directas e indirectas).

Debe recordarse que las muertes maternas debidas a enfermedad por VIH (B20–B24) y a tétanos obstétrico (A34) se codifican en las categorías correspondientes del Capítulo I. Estos casos deben incluirse en el total de muertes maternas y en el cálculo de las tasas correspondientes.

5.8.4 Denominadores para la mortalidad materna

El denominador para calcular la mortalidad materna debe especificarse ya sea como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos.

Tasa y razones

Los resultados deben expresarse como una razón entre numerador y denominador, multiplicado por k (donde k puede ser 1.000, 10.000 ó 100.000, como se prefiera o se indique en el país). Las tasas y razones de la mortalidad materna pueden, por lo tanto, expresarse de la manera siguiente:

Tasa de mortalidad materna¹

$$\frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica directa

$$\frac{\text{Muertes obstétricas directas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica indirecta

$$\frac{\text{Muertes obstétricas indirectas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad relacionada con el embarazo²

$$\frac{\text{Muertes relacionadas con el embarazo}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

5.9 Proporción de muertes clasificadas en causas mal definidas

La asignación de una elevada proporción de causas de muerte al Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no

¹El uso del término “tasa”, aunque inexacto en este contexto, se mantiene por razones de continuidad.

²El numerador incluye muertes maternas obstétricas directas e indirectas, más aquellas debidas a cualesquiera otras causas (no obstétricas).

clasificados en otra parte) indica la necesidad de revisar la calidad de la información tabulada y asignada a otros capítulos más específicos.

5.10 Morbilidad

Hay una amplia variedad de posibles fuentes de información sobre morbilidad. La información más apropiada para el análisis nacional o regional es aquella que permite realizar algunos cálculos sobre la incidencia de las enfermedades o, por lo menos, de las enfermedades que se atienden, por ejemplo, a nivel médico u hospitalario. Las orientaciones y definiciones formalmente aprobadas se han establecido más que todo para uso en los episodios de atención de la salud, y el registro de las causas de morbilidad, con la selección de una afección única, donde y cuando se considere apropiado utilizarlas. El análisis de otros tipos de datos requiere reglas locales.

Los problemas de las estadísticas de morbilidad comienzan con la definición misma de “morbilidad”. Hay mucho campo para mejorar las estadísticas de morbilidad. Las comparaciones internacionales de este tipo de información están en la actualidad muy limitadas y solo se aplican con propósitos muy claramente definidos. La información nacional o regional sobre morbilidad tiene que ser interpretada en relación con sus fuentes y con un conocimiento exacto de la calidad de los datos, de las facilidades diagnósticas y de las características demográficas y socioeconómicas.

5.11 Precauciones cuando las listas de tabulación incluyen subtotales

Puede que no siempre quede claro a quienes procesan la información que algunas de las cifras que aparecen en las listas de tabulación son en realidad subtotales; ejemplos son las que aparecen en los títulos de los grupos y, en el caso de las listas de subcategorías de cuatro caracteres de la CIE-10, los títulos de las categorías de tres caracteres, así como las que aparecen en el título de los capítulos en las versiones condensadas de las listas para la tabulación de la mortalidad. Tales subtotales deben ignorarse cuando se calculan los totales, porque se corre el riesgo de contar algunas rúbricas más de una vez.

5.12 Problemas de las poblaciones pequeñas

El tamaño de la población es uno de los factores que debe considerarse cuando el estado de salud de una comunidad se analiza en base a la información de morbilidad o mortalidad. En los países con escasa población, el total de casos de las listas resumidas será muy pequeño, y fluctuará aleatoriamente año tras año. Esto es especialmente cierto en los datos por grupos de sexo y de edad.

Estos problemas pueden reducirse si se toman una o más de las siguientes medidas:

- uso o presentación por grandes grupos de rúbricas de la CIE, como por capítulos;
- totalización de datos de un período más largo, p. ej., tomar los datos de los dos años precedentes y sumarlos a los del año actual, para producir un “promedio móvil”;
- utilización de los más amplios grupos de edad recomendados en las págs. 132 y 138.

Lo que se indica para esas poblaciones pequeñas es también aplicable a las áreas locales y regionales de países con mayor población. Las investigaciones sobre problemas de salud en grupos pequeños de población tienen que considerar el tamaño de cada uno de los subgrupos en el tipo de análisis que se vaya a utilizar. Esta necesidad generalmente se reconoce en las encuestas mediante muestreo, pero frecuentemente se olvida cuando la investigación se realiza sobre problemas de salud de grupos especiales de la población de un país.

5.13 “Celdas vacías” y celdas con frecuencias bajas

Cualquiera que sea la lista de causas que se esté utilizando, puede que no haya habido casos en algunas celdas de los cuadros estadísticos. Cuando esto sea muy frecuente, debe considerarse la posibilidad de omitir tales rúbricas (o líneas) en la publicación de un cuadro estadístico o de las listas producidas por las computadoras. Cuando sólo ocurre un caso ocasional de una enfermedad en un país, una rúbrica o línea de ese tipo puede omitirse regularmente del cuadro, con una nota al pie que indique ya sea que no hubieron casos, o cuando haya algún caso, para indicar en qué celda debió haberse asignado.

Cuando hay celdas con frecuencias muy bajas, especialmente para enfermedades inesperadas, se debe indicar que los casos son reales y no un error de procesamiento o de codificación. Esto debe realizarse como parte del control de calidad de los datos.