

Informe MBRRACE-UK 2026

Saving Lives, Improving Mothers' Care 2022-24 · Publicado el 10 de septiembre de 2026

1. Qué es este informe y por qué importa

MBRRACE-UK es el programa de auditoría confidencial de muertes maternas del Reino Unido e Irlanda, dirigido desde la National Perinatal Epidemiology Unit de la Universidad de Oxford. Cada muerte de una mujer durante el embarazo o en el año siguiente se revisa caso a caso, con evaluadores externos multidisciplinares que leen la historia clínica completa y juzgan si una atención distinta habría cambiado el desenlace. Después se publica todo, incluido lo que salió mal.

Este es el 13º informe anual. Recoge la vigilancia epidemiológica de **598 mujeres** que murieron durante el embarazo o hasta un año después entre 2022 y 2024, y las revisiones confidenciales en profundidad de los capítulos temáticos. Se analizaron 1.969.321 partos. No existe en España nada equivalente, y esa es la razón principal para leerlo.

252

MUJERES MUERTAS DURANTE EL EMBARAZO O HASTA SEIS SEMANAS DESPUÉS, POR CAUSAS DIRECTAS O INDIRECTAS

12,80

MUERTES POR 100.000 MATERNIDADES (IC 95%: 11,27 A 14,48)

61%

DE LAS HISTORIAS REVISADAS A FONDO, CON MEJORAS DE ATENCIÓN QUE PODRÍAN HABER CAMBIADO EL DESENLACE

El dato que abre el informe

Los evaluadores dispusieron de información suficiente para revisar a fondo la historia clínica de **178 mujeres** que murieron. Solo en el 16% concluyeron que la atención recibida fue buena. En el 23% identificaron mejoras posibles que no habrían cambiado el resultado. Y en el **61%**, 108 mujeres, concluyeron que mejoras en la asistencia **podrían haber cambiado el desenlace**.

Seis de cada diez. Ese porcentaje es el que convierte un informe estadístico en un documento clínico, y es el que conviene tener presente al leer todo lo demás.

Una advertencia de lectura

Estas cifras no significan que el Reino Unido atienda peor que nosotros. Significan que audita cada muerte y publica el resultado. Comparar su 12,80 con cualquier dato español exigiría un sistema de recogida equivalente, que no tenemos.

2. Las cifras de la mortalidad materna

Entre 2022 y 2024 se registraron 276 muertes durante el embarazo o en las seis semanas siguientes. De ellas, 24 se clasificaron como coincidentes en el tiempo pero sin relación con el embarazo, y **252 se atribuyeron a causas directas o indirectas**. La tasa resultante es de 12,80 por 100.000.

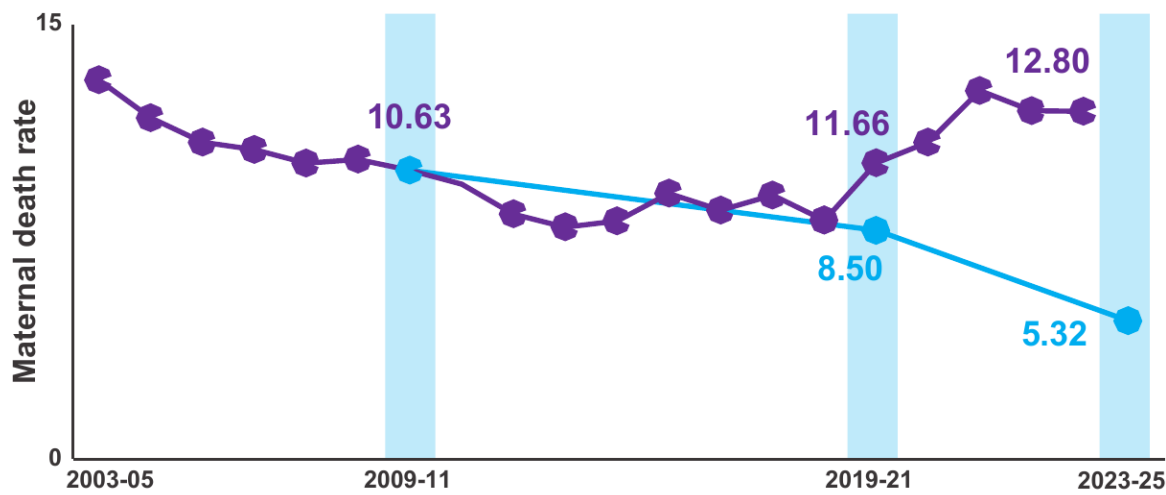
Es un **20% superior** a la de 2009-11 (RR 1,20; IC 95%: 1,01 a 1,44; p = 0,038). El COVID-19 ya no explica la diferencia: solo 6 de estas muertes se atribuyeron directamente a la infección y, excluyéndolas, la tasa queda en 12,49, que sigue siendo significativamente superior a la de 2019-21 (RR 1,24; IC 95%: 1,03 a 1,50; p = 0,022).

Indicador, 2022-24 frente a 2009-11	Variación	RR (IC 95%)	p
Mortalidad materna global	+20%	1,20 (1,01 - 1,44)	0,038
Muertes maternas directas	+57%	1,57 (1,18 - 2,09)	0,001
Muertes maternas indirectas	sin cambio	1,00 (0,79 - 1,26)	n/s

Muerte directa: causada por complicaciones del propio embarazo, parto o puerperio. Indirecta: por una enfermedad previa o concurrente agravada por el embarazo. MBRRACE clasifica el suicidio materno como muerte directa, lo que explica parte del aumento del 57%.

El objetivo que no se cumplió

En 2009-11 la tasa era de 10,63 y el Gobierno británico fijó el objetivo de reducir a la mitad las muertes maternas en Inglaterra antes de 2025. Esa trayectoria terminaba en 5,32. La real terminó en 12,80. El informe lo dice sin rodeos: el Reino Unido no va camino de cumplir ese objetivo.



Línea lila: mortalidad materna real. Línea azul: trayectoria del objetivo del Gobierno.

Figura de la página de mensajes clave del informe.

De qué mueren las mujeres

Durante el embarazo o hasta seis semanas después, la **trombosis y el tromboembolismo** siguen siendo la primera causa, con una tasa más del doble que cualquier otra causa directa. La segunda es la **cardiopatía** y la tercera las **causas psiquiátricas**.

Causa principal	Mujeres
Trombosis y tromboembolismo	42
Cardiopatía	39
Salud mental	35
Epilepsia e ictus	30
Infección, excluido COVID-19	26
Otras causas físicas	26

Entre las seis semanas y el año tras el embarazo, el suicidio es la primera causa y las causas psiquiátricas suponen el 33% de las muertes de ese periodo.

3. Las desigualdades, otra vez

El informe vuelve a documentar las mismas brechas que describe desde hace más de una década.

Grupo	Tasa por 100.000	Riesgo relativo
Mujeres blancas	12	referencia
Mujeres asiáticas	15	1,27 (n/s)
Mujeres negras	32	2,72
Quintil menos desfavorecido	9	referencia
Quintil más desfavorecido	18	1,94

El aumento en mujeres asiáticas no alcanza significación estadística. Por edad, las mujeres de 35 años o más tienen un riesgo significativamente mayor que las de 25 a 29 (RR 1,62; IC 95%: 1,17 a 2,26), impulsado sobre todo por las de 40 o más (RR 2,89; IC 95%: 1,87 a 4,43).

4. Las ideas centrales

El aprendizaje se organiza en mensajes clínicos y de seguridad que reaparecen en casi todos los capítulos. Tres vertebran el documento entero: la capacidad asistencial, las historias clínicas y los factores del riesgo de la paciente.

4.1 · Capacidad de servicio y quirófanos

Es el mensaje de seguridad más repetido este año. El informe señala que la organización del servicio debe tener en cuenta la complejidad materna creciente. Y revisar periódicamente la capacidad de triaje de urgencias, el personal del que se dispone y la capacidad de los quirófanos.

En Inglaterra, el **45% de los partos de 2025 fueron cesáreas**, frente al 33% en 2020. En el informe se subraya que este aumento no es equiparable al de otros países de Europa occidental. Las cesáreas programadas pasaron del 14% al 20% de todos los partos. El informe afirma que no está claro que se pueda mantener la seguridad de los servicios ante este aumento de demanda.

Destacan un caso especialmente dramático: Gestante con una cesárea previa complicada que fue clasificada como de riesgo muy alto de rotura uterina. Se programó una cesárea electiva a las 38 semanas. Se tuvo que aplazar dos veces, ocho días en total. Los motivos fueron por no tener disponibilidad de quirófano y debido a la gran carga asistencial. La paciente se puso de parto la mañana de la fecha reprogramada y llegó al hospital pálida, sudorosa y taquicárdica, habiendo tenido un síncope de camino. Se realizó una cesárea emergente, obteniendo un feto muerto, con una rotura uterina y hemorragia postparto masiva. La paciente murió pocos días después. Los evaluadores concluyeron que ella y su bebé habrían sobrevivido con la cesárea hecha en cualquiera de las dos fechas aplazadas.

"La capacidad para hacer cesáreas se está convirtiendo en un problema de seguridad del paciente."

De ahí sale un mensaje clínico concreto: hay cesáreas programadas que son intervenciones de reducción de riesgo pero tienen una ventana temporal crítica, y hay que distinguirlas del resto y priorizarlas en la lista quirúrgica.

4.2 · Hemorragia periparto y embolia de líquido amniótico

Murieron **11 mujeres por hemorragia periparto** (DPNNI, acretismo, placenta previa, traumatismo genital, inversión uterina), una tasa de 0,52 por 100.000 (IC 95%: 0,26 a 0,93). Es la más baja de las últimas series, aunque el descenso no alcanza significación estadística. Dos de esas muertes correspondieron a placenta previa o acretismo. Seis de las once habían tenido una cesárea, tres de ellas programada.

Murieron además **8 mujeres por embolia de líquido amniótico**, 0,38 por 100.000 (IC 95%: 0,16 a 0,74). Las ocho tras una cesárea, pero seis de esas cesáreas fueron emergentes por un paro cardíaco: la cesárea fue consecuencia, no causa. Tres habían tenido inducción del parto y todas murieron el mismo día del nacimiento.

Una atención mejor podría haber cambiado el desenlace en **8 de las 9 muertes por hemorragia** (89%) y en 2 de las 8 por embolia de líquido amniótico (25%).

En el caso de acretismo revisado, el informe señala que sí se sospechó previamente a la cirugía que podía tratarse de un acretismo. No obstante, no se estudió a fondo, faltó planificación multidisciplinar y además el

ginecólogo sénior que estaba previsto que estuviera, no estuvo presente al iniciar la cirugía. Los evaluadores anotaron que la mayoría de las decisiones de planificación parecían centradas en el bebé, sin tener en cuenta la seguridad de la madre.

"No dejes que el foco en la seguridad del bebé te impida cuidar de la madre."

4.3 · Infección y sepsis

Murieron **49 mujeres por infección** hasta un año después del embarazo. De estas muertes, 33 fueron durante el embarazo o en las seis semanas siguientes (1,47 por 100.000; IC 95%: 1,01 a 2,07). Veinte muertes fueron por causas infecciosas directas, y el 75% se debió a tres microorganismos: E. coli (8 de 20), estreptococo del grupo B (4 de 20) y estreptococo del grupo A -pyogenes- (3 de 20).

Once mujeres murieron por sepsis de origen genital. Cinco de ellas tras rotura prematura de membranas pretérmino, todas por E. coli y todas con muerte fetal intraútero asociada. Tres tras corioamnionitis a término, las tres por estreptococo del grupo A.

La clasificación de la atención en este capítulo es la peor del informe: mejoras en la asistencia podrían haber cambiado el desenlace en **17 de 19 muertes por infección directa (89%)** y en 24 de 29 por infección indirecta (83%). Aquí están incluidas todas las muertes por gripe y por COVID-19.

Diez mujeres murieron por COVID-19 en el trienio, ninguna en 2024, y el 60% no estaba vacunada. Dos murieron por gripe y ninguna de las dos había recibido la vacuna antigripal durante el embarazo.

El informe insiste en una recomendación que ya venía de ediciones anteriores: ante sospecha de sepsis con algún criterio de alto riesgo, antibiótico de amplio espectro **en la primera hora**. Y marca como bandera roja la presentación repetida de una gestante en atención primaria, en triaje obstétrico o en urgencias.

4.4 · Epilepsia y causas neurológicas

Las causas neurológicas fueron la segunda causa de muerte materna indirecta y la cuarta causa global hasta las seis semanas. Murieron **60 mujeres por causas neurológicas** hasta el año, 33 de ellas antes de las seis semanas postparto (1,55 por 100.000; IC 95%: 1,07 a 2,18).

Quince murieron por causas relacionadas con la epilepsia, 13 de ellas por muerte súbita inesperada en epilepsia. Veinte mujeres murieron por ictus antes de las seis semanas (doce por hemorragia intracerebral, siete por hemorragia subaracnoidea y una por ictus isquémico).

De las 19 mujeres que murieron por epilepsia o por crisis no epilépticas, los evaluadores concluyeron que una atención mejor **habría marcado la diferencia en 15 (79%)**. Los fallos señalados: falta de coordinación entre neurología y obstetricia, acceso insuficiente a consulta especializada en epilepsia y embarazo, y ajuste de la medicación antiepiléptica priorizando la seguridad fetal sin atender al control de las crisis de la madre.

4.5 · Salud mental en el año posterior al parto

El **suicidio** materno es la primera causa de muerte entre las seis semanas y el año tras el embarazo. Además, las causas psiquiátricas en conjunto suponen el **33%** de las muertes de ese periodo. Es la franja que queda fuera del seguimiento obstétrico habitual, que finalizamos generalmente a las seis semanas.

4.6 · Observaciones maternas y registros electrónicos

Dos mensajes se repiten en casi todos los capítulos. El primero: las escalas de alerta precoz obstétricas (MEWS) deben usarse en toda mujer embarazada o recientemente embarazada **en cualquier servicio del hospital**, no solo en maternidad. El informe documenta que la mayoría de las mujeres atendidas fuera de maternidad no fueron valoradas con MEWS. Las gestantes suelen ser jóvenes y compensan bien: el deterioro se reconoce tarde precisamente por eso.

Nota: El MEWS es una escala de alerta precoz adaptada a la fisiología de la gestante y la puérpera. Se registran de forma periódica la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura y el nivel de conciencia. Cada valor fuera de rango suma puntos, y la puntuación total indica cuándo hay que escalar. El objetivo es reconocer el deterioro materno antes de que sea evidente.

El segundo: la convivencia de distintos sistemas de historia clínica electrónica entre servicios, centros, atención primaria y emergencias genera huecos de comunicación, infravaloración del deterioro y pérdida de continuidad. El informe pide priorizar la interoperabilidad y la integración automática de las escalas de alerta.

"Las escalas de alerta precoz obstétricas deben usarse en toda mujer embarazada o recientemente embarazada, esté donde esté ingresada."

5. Las cinco recomendaciones nacionales nuevas

El informe distingue entre recomendaciones ya existentes que siguen sin aplicarse, que van apareciendo capítulo a capítulo, y las acciones nuevas para las que no había guía nacional. Estas últimas son cinco.

- **Capacidad de quirófano y personal en plantilla.** Revisar el planning para absorber la carga asociada al cambio de características de la población obstétrica y al aumento de las tasas de cesárea. Dirigido a: los ministerios de sanidad de cada país.
- **Anticoncepción posparto.** Garantizar que pueda prescribirse y administrarse en los propios servicios de maternidad, para la planificación de embarazos futuros. Dirigido: las comisiones de compra de los diferentes servicios sanitarios.
- **Acceso rápido a antibióticos.** Asegurar un mecanismo de acceso inmediato para tratar la sepsis en cualquier lugar. Dirigido a: hospitales y centros médicos.

- **Prescripción urgente de medicación.** Implementar procesos para iniciar o cambiar medicación de forma aguda, en hospital y en la comunidad. Dirigido a: hospitales, centros y comisiones de compra.
- **Consejo coherente en comorbilidad compleja.** Asegurar atención multidisciplinar que dé un mensaje único sobre planificación del parto, adherencia a la medicación, monitorización y vacunación. Esto también incluye la de los lactantes expuestos a fármacos biológicos. Dirigido a: las comisiones de compra de servicios sanitarios.

Lo que el informe no dice. No atribuye el aumento de la mortalidad materna a la cesárea ni al acretismo. Las muertes por hemorragia obstétrica están en su nivel más bajo. Lo que señala es la capacidad del sistema para asumir el volumen de cesáreas con seguridad. Y el riesgo de que ese volumen creciente y sus intervenciones asociadas, como la inducción pueda afectar a la incidencia y la mortalidad en el futuro.

6. Ideas principales

El informe deja varios mensajes que se pueden llevar directamente a la práctica.

- **Seis de cada diez.** En el 61% de las historias revisadas a fondo, [una atención mejor podría haber cambiado el desenlace](#). Solo el 16% recibió buena atención. Ese es el margen real de mejora, y no depende de tecnología nueva.
- **La capacidad es seguridad clínica.** Un quirófano que no está disponible, una lista quirúrgica que prioriza por dificultad técnica y no por riesgo obstétrico, o una unidad saturada, matan igual que un error de juicio. Esta es la primera recomendación nacional nueva.
- **Acordarse de la madre.** Aparece como mensaje clínico literal. En el caso de acretismo, los evaluadores anotaron que la planificación estaba centrada en el bebé. En el de epilepsia, que la medicación se ajustó pensando en el feto sin controlar las crisis maternas. Poner al feto en el centro no puede significar sacar a la madre del cuadro.
- **MEWS en todo el hospital.** La gestante joven compensa hasta que deja de hacerlo. Las escalas de alerta precoz obstétricas deben aplicarse esté donde esté ingresada, no solo en maternidad.
- **La sepsis se trata con reloj.** Antibiótico de amplio espectro en la primera hora ante sospecha con criterio de alto riesgo. La consulta de la paciente de forma repetida es una bandera roja, no una paciente insistente.
- **El seguimiento no acaba a las seis semanas.** El suicidio es la primera causa de muerte materna entre las seis semanas y el año. Un tercio de las muertes de ese periodo son psiquiátricas.
- **Lo que no se mide no se corrige.** El valor de MBRRACE no está en sus cifras sino en su método: revisión externa caso a caso y publicación de los fallos.

Y el lado fetal

El informe perinatal de MBRRACE-UK publicado en junio de 2026 es la otra cara de la moneda. La mortalidad perinatal ampliada bajó a 4,77 por 1.000 nacimientos en 2024, un 21% menos que en 2013. Los bebés van

mejor. Las madres, no. Las desigualdades por etnia y por privación son las mismas en los dos informes y afectan a los mismos grupos de población.

F U E N T E S

MBRRACE-UK (2026). Saving Lives, Improving Mothers' Care. Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2022-24. National Perinatal Epidemiology Unit, Nuffield Department of Population Health, Universidad de Oxford. Publicado el 10 de septiembre de 2026.

Fuente complementaria. MBRRACE-UK (2026). Perinatal Mortality Surveillance Report 2026. State of the Nation, nacidos en 2024. Publicado el 11 de junio de 2026.

Elaboración: icareCTG.