

Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 2001 - 2008

*Drs. Isbelly Durán** , Marianella Ferrarotto * , Julio Brito*** , Carlos Cabrera**** , Jesús Sánchez * , Jesús Scaramella ** , Anaysín Marín**

Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas

RESUMEN

Objetivo: Determinar la tasa de mortalidad materna, causas, factores relacionados y sugerencias para una atención oportuna y de calidad a la mujer.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las muertes maternas que ocurrieron en el período de 2001 al 2008.

Ambiente: Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas.

Resultados: Se reportaron 176 muertes maternas. La tasa de mortalidad materna fue de 159,78 por 100 000 nacidos vivos en el período estudiado. Prevalcieron las causas directas debidas a trastornos hipertensivos del embarazo (39,20 %) principalmente por preeclampsia severa (66,66 %), sepsis (19,31 %) y hemorragia (16,47 %). Las principales causas indirectas fueron: Infecciones (13,63 %), neoplásicas y las cardíacas (2,27 %). Acudieron a control prenatal 50,56 %. Procedían del Distrito Capital 48,29 % y del Estado Miranda 36,36 %. La edad materna predominante fue en el rango 26-30 años (27,84 %) con II o IV gestas (37,5 %), la forma predominante de terminación del embarazo fue la cesárea con (48,86 %); el intervalo entre admisión y la muerte fue mayor de 48 horas (51,70 %).

Conclusiones: La tasa de mortalidad materna promedio fue 159,78 por 100 000 nacidos vivos permaneciendo elevada, con predominio de los trastornos hipertensivos del embarazo (39,20 %).

Palabras clave: Mortalidad materna. Preeclampsia. Aborto. Sepsis.

SUMMARY

Objective: To determine the maternal mortality rate, causes, factors and suggestions for timely, quality care to woman.

Method: A retrospective, descriptive and analytical study of maternal deaths that occurred in the period from 2001 to 2008.

Setting: Maternidad “Concepcion Palacios”. Caracas.

Results: 176 reported maternal deaths. The average maternal mortality rate was 159,78 per 100 000 live births. The prevailing direct causes represented by hypertensive disorders of pregnancy (39.20 %) mainly by severe preeclampsia (66.66 %), sepsis (19.31 %) and hemorrhage (16.47 %). The main indirect causes were infections (13.63 %), neoplastic and heart (2.27 %). Seek prenatal care 50.56 %. They came from Distrito Capital (48.29 %) and Miranda state (36.36 %) maternal age was predominant in the range 26 – 30 years (27.84 %) with II or IV gestas (37.5 %). The predominant form of termination of pregnancy was the cesarean section (48.86 %), the interval between admission and death was longer than 48 hours (51.70 %).

Conclusions: The average maternal mortality rate was 159.78 per 100 000 live births remained high, with prevalence of hypertensive disorders of pregnancy (39.20 %).

Key words: Maternal mortality. Preeclampsia. Abortion and sepsis.

* Obstetra y Ginecólogo, Medicina Materno Fetal.

** Obstetra y Ginecólogo, Perinatólogo - Medicina Materno Fetal.

*** Obstetra - Ginecólogo, Perinatólogo, Especialización de Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”.

**** Obstetra -Ginecólogo, Director General del Curso de Especialización de Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”.

INTRODUCCIÓN

El bienestar de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es un componente esencial de la salud reproductiva. La muerte materna y las enfermedades son eventos de una trascendencia

social muy importante, ya que tienen consecuencias profundamente negativas para la sociedad y en especial para la familia.

Las altas tasas de mortalidad materna son un problema de salud pública a nivel nacional y mundial por las series de repercusiones que esto implica. Se ha reconocido como señalador fidedigno del grado de desarrollo económico de los países y del bienestar alcanzado por la población (1-3). En América Latina se producen alrededor de 20 000 muertes maternas cada año, lo que significa una muerte materna cada veinticinco minutos. Una mujer de nuestra región tiene entre 50 a 100 veces más probabilidad de morir durante su vida reproductiva, por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, que una mujer en los países desarrollados (4).

Diversas instituciones nacionales e internacionales se han proclamado y planteado diferentes estrategias para vencer el riesgo que tiene una mujer al procrear un hijo, entre ellas La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Declaración de Alma Ata, en su objetivo Atención Primaria y su lema: "Salud para todos en el 2000" (5) y "Cada madre y cada niño cuenta" utilizado en el Día Mundial de la Salud para 2005 (6). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su declaración del Milenio en el 2000 se plantearon como objetivo la reducción de la muerte materna en tres cuartas partes para el 2015 (7,8). Sumándose otras organizaciones con iguales objetivos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), Sociedad de Sociadades de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV) y Ministerio del Poder Popular para la Salud entre otras (9-15).

Aunque algunos países del área han logrado disminuir sus tasas de mortalidad materna (TMM) en los últimos años, estas continúan siendo muy elevadas en la mayoría de ellos. Las tasas son altas, no solo cuando se compara Estados Unidos y Canadá con una TMM de 9,1 y 4 por 100 000 nacidos vivos (NV) respectivamente (16,17), que son consideradas de las tasas más bajas del mundo, sino aún con otros países de la región como Costa Rica, Chile, Cuba, Uruguay y México que tienen TMM intermedias que se ubican entre 20 - 49 por 100 000 NV; el resto de los países incluyendo Venezuela, Bolivia, Perú y Haití con TMM altas 59,9, 230, 185 y 523 x 100 000 NV respectivamente (9,16,18,19).

La OMS y la décima Clasificación Internacional de Enfermedades define una muerte materna (MM)

como: "La muerte de una mujer durante el embarazo, o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su desarrollo, pero no por causas accidentales e incidentales" (20,21).

La muerte materna se clasifica en: obstétrica directa o indirecta. Las directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, u omisiones, de tratamiento incorrecto o de la cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las muertes obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causa obstétrica directa pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (20,21).

La vigilancia en salud pública de la muerte materna es una herramienta útil para identificar sus causas y contribuir a la búsqueda de la solución del problema en Venezuela varios autores han estudiado la mortalidad materna en sus respectivos hospitales y regiones en períodos diferentes todos manifiestan la importancia del tema y la necesidad de vigilancia permanente (22). La Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) es uno de los centros de atención obstétrica más importantes del país, con una frecuencia anual de nacidos vivos de 110 149 entre 2001 a 2008; en ella se inició el análisis de las MM por Agüero y col. entre 1939-1974 (23) y 1975-1981 (24), posteriormente Brito y col. (25), en el período 1982 -1991 (25).

El objetivo es determinar la tasa de mortalidad materna, causas, factores relacionados y sugerencias, para una atención oportuna y de calidad a la mujer. "Se espera que los datos aquí presentados alimenten la reflexión sobre la manera de prevenir y controlar el problema de la muerte materna entre las autoridades civiles, académicas y científicas" (22).

MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las muertes maternas que ocurrieron en el período 2001 al 2008.

Se analizan las historias clínicas de las muertes maternas que ocurrieron en la MCP en el cual hubo 10 149 NV en el lapso estudiado.

La OMS considera que la MM en pacientes obstétricas por causas accidentales o incidentales sea excluida de la definición de muerte materna (20,21); recomendación que seguimos en este estudio,

MORTALIDAD MATERNA

por lo cual se excluyó. Pero, según la FIGO estas son consideradas MM no obstétricas dentro de su clasificación (26).

Se evaluó en cada una de ellas las variables: edad, procedencia, referencia, número de gestas, control prenatal, forma de terminación del embarazo, días de hospitalización, intervalo entre admisión y muerte, autopsia realizada, clasificación de la muerte materna.

Los datos se recogieron en fichas epidemiológicas hechas con base en las variables consideradas, se calcularon porcentajes individuales. La TMM es una tasa específica y se emplea como unidad internacional en 100 000 NV para medir este daño y poder compararlo entre los distintos países (4,27).

Limitaciones: insuficiente información en los registros para poder establecer la responsabilidad de la institución, profesional o del propio paciente y la comunidad. Además no se realizó en la mayoría de las pacientes la autopsia para poder establecer la correlación clínica-anatomopatológica.

RESULTADOS

Durante el período de enero de 2001 a diciembre de 2008, se reportaron en el Departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud de la MCP, 176 muertes maternas y 1 muerte no obstétrica (causa incidental).

Se registraron en el período 2001- 2008; 110 149 nacidos vivos y 176 MM, para una tasa de 159,78 por 100 000 NV. La tasa de MM por año se observa en el Cuadro 1, donde se evidencia que para el año 2003 la TMM fue la más elevada del período con 280,24 por 100 000 NV y la menor fue para el año 2007 con TMM 113,34 por 100 000 NV. En cuanto a la procedencia, 85 (48,29 %) pacientes eran procedentes del Distrito Capital, 64 (36,36 %) del Estado Miranda, 17 (9,65 %) del Estado Vargas y 10 (5,68 %) casos procedían de otros estados (Cuadro 2).

La edad de las mujeres presentó una distribución entre 16 y 42 años, sobresaliendo con un 27,84 % las comprendidas en el rango entre 26 y 30 años; el 65,3 % de las embarazadas que murieron en la MCP tenían menos de 30 años (Cuadro 3). El número de gestas al momento de la MM estaban comprendidas entre I y VIII, encontrándose el mayor porcentaje con 37,5 % (66) las que tenían de II o III gestas. De 176 MM, 89 (50,56 %) habían asistido a su control prenatal, y 37 (21,02 %) no se reportó en las historias (Cuadro 3).

De acuerdo con la terminación del embarazo al momento de la muerte materna fue poscesárea en 48,86 %, posparto 22,72 %, aborto 17,61 %,

Cuadro 1
Mortalidad materna por año
Tasa x 100 000 nacidos vivos

Años	MM	NV	Tasa por 100 000 NV
2001	27	15 301	176,45
2002	23	15 129	152,02
2003	42	14 987	280,24
2004	16	12 828	124,72
2005	21	13 637	153,99
2006	19	13 619	139,51
2007	17	14 998	113,34
2008	11	9 650	113,99
Total	176	110 149	159,78

Cuadro 2
Procedencia y edad materna

Estado	N= 176	%
Dto. Federal	85	48,29
Miranda	64	36,36
Vargas	17	9,65
Otros	10	5,68
Edad (años)		
16- 19	33	18,75
20- 25	33	18,75
26- 30	49	27,84
31- 35	29	16,47
36- 40	25	14,20
> 40	7	3,97

sin resolución 9,65 % y el menor porcentaje para embarazo ectópico 1,13 %. El intervalo entre la admisión y la ocurrencia de la MM fue mayor de 48 horas en 91 casos 51,70 % (Cuadro 3).

De las 176 MM, fueron por causa obstétrica directa 132 (74,98 %), y por causa indirecta 44 casos (24,97 %).

Las causas directas como se observan en el Cuadro 4, los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) ocupan el primer lugar con 69 entre ellos 46 casos de preeclampsia severa (PES), 14 casos de eclampsia, 7 casos de hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada (HTAc+PES), 2 casos HTAc (Cuadro 5), seguidas de 34 casos de sepsis de origen obstétrico y hemorrágicas 29 casos.

Y finalmente dentro de las MM por causa obstétrica indirecta se reportaron 44 casos de los cuales se destacaron 24 casos por causas infecciosas, seguidas por causas neoplásicas y cardíacas con 4 casos cada una.

Cuadro 3
Estado obstétrico

Variable	No = 176	%
Control prenatal		
Con control	89	50,56
Sin control	50	28,40
Ignorado	37	21,02
Número de gestaciones		
I	45	25,56
II – IV	66	37,5
V y más	65	36,93
Terminación embarazo		
Cesárea	86	48,86
Parto	40	22,72
Aborto	31	17,61
Feto in útero	17	9,65
Embarazo ectópico	2	1,13
Lapso de ingreso a muerte en horas		
< 24	68	38,63
24 – 48	17	9,65
> 48	91	51,70

Cuadro 4
Causas directas e indirectas

Directas	No	%	Indirectas	No	%
THE	69	39,20	Infecciosas	24	13,63
Sepsis	34	19,31	Neoplásicas	4	2,27
Hemorragias	29	16,47	Cardíacas	4	2,27
			TEP	3	1,70
			Hematológicas	2	1,13
			Otras	7	3,97
Total	132	74,98	Total	44	24,97

THE = Trastornos hipertensivos del embarazo

TEP = Tromboembolismo pulmonar

Cuadro 5

Distribución según trastorno hipertensivo del embarazo

THE	Número de pacientes	Porcentaje (%)
PES	46	66,66
HTAc+ PES	7	10,14
HTAc	2	2,89
Eclampsia	14	20,28
Total	69	100

PES = Preeclampsia severa

HTAc = Hipertensión arterial crónica

DISCUSIÓN

La tasa de mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios” en el período 2000-2008 fue de 159,78 por 100 000 NV, mostrando una tendencia a la disminución, en los dos últimos años cuando bajo la TMM a 113 por 100 000 NV, tomando en cuenta que para el año 2008 se registró el menor número de NV 9 650 en la historia de atención obstétrica de la MCP; lo cual se podría explicar que se deben a las reparaciones y remodelaciones que se están realizando para este momento en la sede lo que ha llevado a una disminución de las áreas operativas y camas de hospitalización disponibles para las madres embarazadas.

La TMM 159,78 por 100 000 NV en el período estudiado está por encima de los reportados por Agüero y col. (28) en la MCP en el período 1964-1972 con una TMM de 125,3 por 100 000 NV y está por debajo de las TMM registradas para el período 1975-1981 de 186 por 100 000 NV por el mismo autor (24) y la reportada por Brito y col. en la MCP en el período 1982-1991(25) de 162,2 por 100 000 NV que son superiores al presente estudio.

En relación con otros centros de atención obstétrica del país, Uzcátegui y col. (29) reportaron una TMM de 80 por 100 000 NV en el “Hospital General del Oeste” de Caracas en el período 1981-1994, Faneite y col. (30) una TMM de 64,9 por 100 000 NV en el Hospital “Prince Lara” de Puerto Cabello en el período 1992-2000, García y col. (31) obtuvieron tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo en el período 1993-2000 de 121,80 por 100 000 NV.

MORTALIDAD MATERNA

Nuestra cifra es superior a las antes mencionadas debido a que somos un centro de referencia donde muchas veces las pacientes llegan en muy mal estado general de salud. Esta cifra está por encima de la reportada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela donde la TMM es de 59,9 por 100 000 NV para el año 2005 (9).

Para el año 2004, según la OPS, las TMM de los países como Canadá (3,8 para el 2001), Chile (7,8 para el 2003), Costa Rica (30,5 para el 2004) y Cuba (38,5 para el 2003), son inferiores a las reportadas por Venezuela (19).

En los países que forman la Región Bolivariana de Latinoamérica (RBL), en sus últimas publicaciones se evidencia que la TMM promedio de la región e individuales son altas, como: Bolivia (2003), la TMM fue 230 por 100 000 NV, en Perú (2001) la TMM fue 185 por 100 000 NV, en Ecuador (2005) la TMM fue 84,95 por 100 000 NV, en Colombia (2005) la TMM fue 73,05 por 100 000 NV y en Venezuela (2005) la TMM fue 59,9 por 100 000 NV, las causas principales hemorragia 28 %, toxemia 26 %, y sepsis 13 %. La región presenta una TMM de 126,58 por 100 000 NV (7).

En nuestro trabajo se distribuyeron las MM indirectas con un porcentaje de 24,97 % y MM directas con un mayor porcentaje de 74,98 %, siendo la TMM directa de 119,83 por 100 000 NV, que son superiores a las obtenidas por Faneite y col. (10), y García y col. (31), con una TMM directa de 51,05 y 98,84 por 100 000 NV respectivamente. Siendo las causas de MM indirectas más frecuentes las infecciosas con 13,63 %, neoplásicas y cardíacas con 2,27 %.

La principal causa obstétrica directa de muerte materna que obtuvimos fueron los trastornos hipertensivos del embarazo 39,20 % ocupando con un mayor porcentaje 66,66 % la preclampsia severa, a diferencia de otros períodos en nuestra institución donde la principal causa de muerte materna directa fueron las hemorragias con un 26,5 % en el período 1939-1963 (32), sepsis 62,3 % en el período 1975-1981 (24) y según Brito y col. 1982-1991 (25) sepsis con 48,1 %. Motivo por el cual se creó la Unidad de Medicina Materno Fetal en el año 2004 y el curso de especialización en Perinatología y Medicina Materno fetal con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

La segunda causa directa es la sepsis con 19,31 % seguida por hemorragia con 16,47 %. En comparación con el período 1982-1991 en nuestro centro; las tres causas principales de MM persisten, con la diferencia

que la HIE ocupaba el segundo lugar 28,3 % y la hemorragia el tercer lugar 17,4 % (23). Cuando relacionamos las causas principales de MM con otros hospitales nacionales y algunos países de la RBL, conseguimos que el primer lugar lo ocupa la sepsis y el segundo los THE como lo señala Uzcátegui y col. (29). En los hospitales de Maracaibo las principales causas de MM son: hemorragia, sepsis y THE (31), para el 2005 Faneite y col. (7) reportan hemorragia y toxemia en primer lugar seguida de sepsis, Chacón y col. (41) en su estudio en la ciudad de Mérida reporta como principal causa de MM a los THE al igual que en nuestra revisión donde los THE ocupan el primer lugar. Cuadro 6.

En los países de la RBL donde se mantienen altas tasas de mortalidad, la primera causa de MM directa en países como Ecuador, Colombia al igual que en nuestro trabajo son los trastornos hipertensivos del embarazo (7,9), en países como Bolivia, Perú y Venezuela su primera causa de muerte materna directa son las hemorragias seguidas por THE y sepsis (7).

Los hallazgos en nuestro trabajo son similares a los estudios en América Latina en donde los problemas de THE, sepsis y hemorragia, ocupan los primeros lugares, variando únicamente en el orden y la magnitud de acuerdo con las circunstancias particulares de cada país (7,33). Se necesita redoblar esfuerzos para abatir estas terribles cifras indicadoras de la condición socio-sanitaria de la región y mejorar los sistemas de recolección de información en cada centro hospitalario (7).

Al analizar la edad de las pacientes observamos que el mayor porcentaje se concentró entre 26 a 30 años 27,84 %, similar al reportado por Brito y col. (25) que fue entre 25 y 29 años, con II o III gestas 37,5 %. Con respecto a la asistencia al control prenatal el 50,56 % de las mujeres habían acudido al menos a una consulta, este hallazgo es similar al reportado en el informe de la OMS en el que señala que en el 63 % de las embarazadas en África, 65 % en Asia y 73 % en América Latina y del Caribe asisten al menos a una consulta de control prenatal (34); un alto porcentaje de estas pacientes culminaron su embarazo por cesárea 48,86 %, cuya cifra es similar al Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" (10,30) y bien es sabido que aumenta la morbimortalidad materna, a diferencia de lo reportado por Brito y col. (25) donde la forma de culminación del embarazo en la MCP fue por parto vaginal.

Notamos en nuestra revisión que el lapso transcurrido entre la admisión y la muerte fue mayor de 48 horas 51,70 %, al igual que la reportada por otros

Cuadro 6
Tasas de mortalidad materna en Venezuela

Autor	Años	Ciudad/ Vzla.	MM	NV	Tasa de MM	Sepsis	THE	Hemorragia
Agüero (32)	1939-1963	Caracas	773	395 294	1,95 x 1 000	23	17,3	26,5
Regardiz (35)	1965-1975	Monagas	48	49 002	9,79 x 10 000	%	%	%
Uzcátegui (36)	1973-1980	Caracas	21	40 578	5,18x 10 000	38,10	19,04	9,52
Silva (39)	1961-1980	Bolívar	54	54 117	9,97 x 10 000	38,88	9,25	24,07
Agüero (24)	1975-1981	Caracas	392	210 058	18,6 x 10 000	62,3	15,7	17,2
Brito (25)	1982-1991	Caracas	423		162,2 x 100 000	48,1	28,3	17,4
Molina (38)	1990-1994	Maracaibo	11	12 943	8,49 x 10 000			
Faneite (37)	1982-1991	Pto. Cabello	40	37 826	10,57 x 10 000	58,33	16,67	22
Uzcátegui (29)	1981-1994	Caracas	53	67 237	8 x 10 000	49	17	11
Suárez (40)	1988-1995	Cabimas	13	39 202	31,25 x 100 000	0	15,38	46,15
Faneite (30)	1992-2000	Pto Cabello	24	38 482	64,9 x 100 000	15,79	31,58	47,37
García (31)	1993-2000	Maracaibo	260	213 459	121,80 x 100 000	25	20,77	35,38
Faneite (10)	2001-2004	Pto Cabello	8	11 753	68,06	16,66	33,3	33,3
Chacón (41)	1974-2005	Mérida	178	183 288	97,11 x 100 000	26,17	39,60	32,22
Este estudio	2001-2008	Caracas	176	110 149	159,78 x 100 000	19,31	39,20	16,47

autores (25,30), mientras que el 38,63 % murieron en las primeras 24 horas pudiendo estar relacionado esto a que somos un centro de referencia donde algunos casos llegan en estado crítico de salud. Solo se reportó 5 autopsias, por lo que no se puede estudiar la variable.

Algunos autores consideran que la TMM

hospitalaria no constituye un indicador adecuado, dado que no todos los nacimientos tienen lugar en los hospitales, mientras que las mujeres que experimentan graves complicaciones son quienes tienen mayor probabilidad de consultar al mismo, lo cual hace que los indicadores hospitalarios sean más altos que los encontrados en la población general (10,25).

CONCLUSIONES

Es importante tomar en consideración para futuros análisis de la muerte materna que se realice la autopsia y la discusión del caso de manera reciente con los comités de mortalidad materna de los hospitales y realizar las entrevistas necesarias al personal involucrado y familiares para poder recolectar toda la información necesaria para establecer con exactitud las causas médicas que conllevaron al deceso, así como los factores asociados que nos permitan establecer medidas preventivas.

REFERENCIAS

- Shwarcz R, Fescina R. Maternal mortality in latin america and the Caribbean Lacent. 2002;356(Suppl 11) .
- Abouzahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: Estimats developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, 2004.
- Faneite P. Mortalidad maternal y perinatal. Tendencias 1969- 2004. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(2):75-79.
- Normas de diagnóstico y tratamiento de la disminución de la mortalidad materna. FLASOG EFACIM. Paraguay 1999:11-15.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Serie "Salud para Todos" 0.1.1978.
- OMS. Día Mundial de la Salud 2005: cada madre y cada niño contarán. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2005/es/>
- Faneite P. Mortalidad maternal en la región bolivariana de latino-américa: área crítica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68(1):18-24.
- ONU. La Asamblea del Milenio de la Organización Mundial de las Naciones Unidas 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/index.html>.
- Dirección General de Epidemiología, Dirección de Información Social y Estadística. Anuario de Mortalidad 2005. Caracas-Venezuela. 2006.
- Faneite P. Mortalidad maternal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. Rev Obstet Ginecol Venez. 2005;65(3):123-127.
- Focus. The poorest of the poor. Int J Gynaecol Obstet. 1990;32:287-290.
- Decisions of the XII General Assembly of FIGO (FIGO News). In J Gynaecol Obstet. 1989;28:79-84.
- Faneite P. Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos, reducir la morbilidad y mortalidad maternal y perinatal FLASOG/OP. Ciudad de Guatemala, 28 al 30 de marzo 2004. Rev Obstet Ginecol Venez. 2004;64(4):223-225.
- Zapata L. II Taller Latinoamericano de derechos sexuales y reproductivos. FLASOG. San Domingo, República Dominicana, 14 y 15 de mayo 2005. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(4):218,232,239,240,250.
- Faneite P, Zapata L. III Taller Latinoamericano de derechos sexuales y reproductivos. FLASOG. Lima, Perú, 9 y 10 de mayo 2006. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(3):150,184,198,202.
- Wittman K, Murphi S, King JF, Yuen B, Shaw D, Wittman A. Maternal mortality in Birtish Columbia in 1971-1986. Can Med Assoc J. 1988;139:37-40.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington: Edit OPS, 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. Washington: Edit OPS, 1996.
- Chelala, Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas. Perspectivas para los años noventa. OPS. Washington, D.C. 1992.
- Graham W. The scandal of the century. B J Obstet Gynaecol. 1998;15:376-379.
- WHO International Classification of Diseases (ICD). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Cáceres F, Díaz L. La Mortalidad Materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia entre 1994-2004. Rev Obstet Ginecol Col. 2007;58(2):99-107.
- Agüero O, Torres JI. Mortalidad Materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez. 1977;37:361-366.
- Agüero O, Torres JI. Mortalidad Materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1975-1981. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985;46:92-97.
- Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M, Porra F. Mortalidad Materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67(1):31-39.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. Report on the activity of the Committee on Maternal Mortality. Int J Gynecol Obstet. 1967;5:302-305.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstron KD. Williams Obstetricia. 21ª edición. España: Editorial Panamericana; 2002.
- Agüero O, Torres JI, Kizer S. Mortalidad Materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Ginecol Obstet Mex. 1974;35:509-519.
- Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad Materna: 1981-1994. Rev Obstet Ginecol Venez. 1995;55(2):89-92.
- Faneite P, Starnieri M. Mortalidad maternal directa: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001;61(2):89-94.
- García I, Molina R, Cepeda M. Tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo: 1993-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002;62(2):103-108.
- Agüero O, Torres JI. Tendencias de la Mortalidad Materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez. 1966;26:505-520.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan regional

- para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Washington: OPS; 1993.
34. World Health Organization. Coverage of maternal care: A lifting of available information. 4ª edición. Geneva: WHO; 1997.
 35. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital Central "Dr. Manuel Nuñez Tovar", de Maturín Estado Monagas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1977;1:37-51.
 36. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad Materna en el Hospital "Dr. José Gregorio Hernández": 1973-1980. Rev Obstet Ginecol Venez. 1981;5:233-236.
 37. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad maternal. 1982 - 1991. Rev Obstet Ginecol Venez. 1992;52(4):193-196.
 38. Molina R. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obstet Ginecol Venez. 1995;55(4):217-221.
 39. Silva M, Petit G. Mortalidad Maternal. Hospital Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar. Rev Obstet Ginecol Venez. 1982;2:95-99.
 40. Suárez D. Mortalidad maternal en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire" de Cabimas, Edo. Zulia durante los años 1988-1995. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997;57(3):177-180.
 41. Chacón G, Monsalves N. Mortalidad Materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67(2):99-105.

Antivirales en la influenza (temporada 2010-2011)

Viene de pág. 12

Tratamiento

- Las embarazadas tienen un mayor riesgo de complicaciones graves y muerte por la influenza. Los cambios en los sistemas inmunológico, respiratorio y cardiovascular que se producen durante el embarazo hacen que las gestantes se vean más severamente afectadas por ciertos patógenos, incluyendo la influenza.
- Las mujeres en puerperio, que están en transición a la función inmune, cardíaca y respiratoria normal, deben ser consideradas de alto riesgo de complicaciones relacionadas con la influenza hasta 2 semanas después del parto (incluyendo la pérdida del embarazo).
- El tratamiento con medicamentos antivirales se recomienda para las embarazadas o las puérperas hasta 2 semanas después del parto (incluyendo la pérdida del embarazo) con sospecha de influenza o confirmada y se pueden administrar durante cualquier trimestre del embarazo.
- Para el tratamiento de las embarazadas o las mujeres en puerperio hasta 2 semanas después del parto con sospecha o confirmación de la gripe, el oseltamivir es actualmente preferido. La duración del tratamiento antiviral es de 5 días. Véase el cuadro 1 (abajo) para información de la dosificación.
- Pacientes hospitalizadas con infecciones graves (tales como aquellas con infección prolongada o que requieren ingreso en unidades de cuidado intensivo) podrían requerir más tiempo de tratamiento. Algunos expertos han abogado por el uso de aumento (duplicado) de dosis de oseltamivir para algunas pacientes gravemente enfermas, aunque no se han publicado datos que demuestren que dosis más altas son más eficaces.
- El oseltamivir y el zanamivir son medicamentos antivirales aprobados por la FDA para el tratamiento de la influenza. El embarazo no debe considerarse como una contraindicación para el uso de estos productos. Están clasificados como Categoría C lo que indica que no existen estudios clínicos realizados para evaluar la seguridad de estos medicamentos para las embarazadas. Sin embargo, los datos disponibles de riesgo-beneficio indican que las gestantes con sospecha o confirmación de la influenza deben recibir tratamiento antiviral tempranamente.
- El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible porque los estudios demuestran que el tratamiento precoz (es decir, dentro de las 48 horas de aparición de la enfermedad) es más beneficioso. Sin embargo, algunos estudios de pacientes hospitalizados con la influenza, incluyendo un análisis de las mujeres embarazadas hospitalizadas, han sugerido beneficio del tratamiento antiviral, incluso cuando el tratamiento se inició más de 48 horas después del inicio de la enfermedad.
- El tratamiento de la influenza no debe esperar la confirmación de laboratorio, porque las pruebas de laboratorio pueden retrasar el mismo y porque una prueba rápida negativa de la influenza no la descarta. Las embarazadas son consideradas de mayor riesgo de complicaciones de la influenza por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, y por lo tanto, se recomienda el tratamiento empírico. Las decisiones de tratamiento, especialmente los tratamientos empíricos, debe ser informado para el conocimiento de la actividad gripal en la comunidad.

Cuadro 1. Dosis de medicación antiviral para el tratamiento o profilaxis de la infección de la influenza

Agente, grupo	Tratamiento	Quimioprofilaxis
	Oseltamivir	
Adultos	cápsulas de 75-mg dos veces al día por 5 días	cápsulas de 75-mg una vez al día por 10 días
	Zanamivir	
Adultos	10 mg (2 inhalaciones) dos veces al día por 5 días	10 mg (2 inhalaciones) una vez al día por 10 días

Continúa en pág. 27