

Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 2009 - 2013

Drs. Carlos Cabrera *, María Alejandra Martínez **, Gladys Zambrano***

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la razón de mortalidad materna, causas, factores relacionados, en la Maternidad “Concepción Palacios” y proponer sugerencias y estrategias que permitan disminuirla.

Métodos: Estudio descriptivo, analítico y retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el período 2009-2013 realizando revisión de historias médicas.

Resultados: Se reportaron 27 muertes maternas. La razón de mortalidad materna fue del 65,40 % por cada 100 000 nacidos vivos en dicho período. Prevalcieron las causas obstétricas directas (70,37 %), por trastornos hipertensivos del embarazo (26,62 %) y dentro de estos la preeclampsia severa con 50 %, la sepsis con 22,22 % y hemorragia con 18,51. Las causas indirectas ocuparon el 29,62 % y las principales causas fueron las cardíacas con 11,11 %, seguidas por las inmunológicas con 7,40 %. De las pacientes que fallecieron, el 51,85 % tuvo un buen control prenatal, el 55,5 % era procedente del Distrito Capital y el 37,03 % del Estado Miranda. El rango de edad materna en el que se presentó el mayor número de muertes fue entre los 20-25 años de edad con el 33,33 %, el 51,85 % cursaba con II o III gestas para el momento de la muerte, la mayoría de estas pacientes culminó la gestación por cesárea con 55,55 % y se determinó que el intervalo en horas entre el momento del ingreso y la declaración de la muerte fue más frecuente en las primeras 24 horas (17 muertes) y después de las 48 horas (10 muertes) con 62,96 % y 37,03 % respectivamente.

Conclusiones: La razón promedio de mortalidad materna fue 65,40 por 100 000 nacidos vivos, con predominio de las causas obstétricas directas, principalmente los trastornos hipertensivos del embarazo.

Palabras clave: Mortalidad materna.

SUMMARY

Objective: To investigate maternal deaths that occurred at “Maternidad Concepcion Palacios” from 2009 to 2013 to determine maternal mortality rate, causes, related factors and to propose suggestions and strategies that adequately address the problem.

Method: A retrospective, descriptive and analytical study of maternal deaths that occurred in the period from 2009 to 2013.

Results: 27 reported maternal deaths. The average maternal mortality rate was 65.40 per 100 000 live births. The prevailing direct causes (70.37 %) represented by hypertensive disorders of pregnancy (26.62 %) mainly by severe preeclampsia (50 %), sepsis (22.22 %) and hemorrhage (18.51 %). The main indirect causes (29.62 %) were cardiac (11.11 %) and immunologic (7.40 %). Of all the patients 51.85 % had a good prenatal care, 55.5 % of them came from Distrito Capital and 37.03 % from Miranda state, maternal age was predominant in the range 20-25 years (33.3 %) with II or III pregnancies at the moment of death. The predominant form of termination of pregnancy was the cesarean section (55.5 %), the interval between admission and death was before 24 hours (17 deaths) and after 48 hours (10 deaths), 62.96 % y 37.07 % respectively.

Conclusions: The average maternal mortality rate was 65.40 % per 100 000 live births, being the lowest rate reported at the moment, with prevalence of direct causes mainly hypertensive disorders of pregnancy 26.62 %.

Key words: Mortality materna.

* Obstetra y Ginecólogo. Director del programa de Medicina Materno Fetal. UCV Maternidad “Concepción Palacios”.

** Obstetra y Ginecólogo. Ampliación en Medicina Materno Fetal. UCV Maternidad “Concepción Palacios”

***Epidemiólogo. Maternidad “Concepción Palacios”.

INTRODUCCIÓN

La mujer en edad reproductiva representa un pilar importante como ente de la sociedad en desarrollo, y como tal merece especial atención en el período prenatal, parto y puerperio; pues la gran mayoría de las mujeres desean en algún momento de sus vidas lograr la maternidad a pesar de ser esta una situación que acarrea riesgos de discapacidad, morbilidad y mortalidad, los cuales dependerán de las condiciones propias de cada mujer y su condición social (1). Por tanto representa un problema de salud pública relevante a nivel mundial y es por esto que múltiples organizaciones, instituciones y gobiernos de diferentes lugares del mundo se han dedicado al estudio de esta problemática con el fin de tratar de disminuir su trágica repercusión en la sociedad. Tanto es así que pasó a formar parte de uno de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” estipulado en el 5° objetivo; reducir la mortalidad materna en 75 % para el período 1990-2015, de acuerdo a lo establecido por las Naciones Unidas (2).

Las complicaciones del embarazo parto y puerperio constituyen una de las principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo, 585 000 mueren cada año y menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados (3). A pesar de ser un tema de gran importancia, se considera que la mortalidad materna es difícil que cuantificar a pesar de los múltiples esfuerzos realizados durante más de tres décadas para mejorar la calidad de la información reportada (4).

De acuerdo a evaluaciones patrocinadas por OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial para el año 1990 se reportaron 576 300 muertes maternas a nivel mundial, en el año 2005 535 900 muertes maternas y en el año 2010 ocurrieron 287 000 muertes maternas en todo el mundo, observándose una disminución del 49 % en relación con lo ocurrido en 1990 (4). De estas muertes maternas el 56 % corresponde a África Sub Sahara y 29 % al sur de Asia, representando el 85 % de las muertes en todo el mundo (2).

La razón de mortalidad materna ha sido tradicionalmente el indicador empleado para evaluar la salud materna y la calidad de este cuidado, indicador que además refleja de manera directa las condiciones de desarrollo de los países y sus regiones; según la OMS se refiere al número de defunciones maternas durante un período dado por cada 100 000 nacidos vivos (NV) en el mismo período. Y otra de las medidas estadísticas de la mortalidad materna es la tasa de mortalidad materna, que hace referencia al

número de defunciones maternas durante un período dado por cada 100 000 mujeres en edad fecunda en el mismo período (2,5).

La razón de mortalidad materna global en 1990 fue de 400 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, la cual descendió en el 2010 a 210 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Un total de 40 países tienen una alta razón de mortalidad materna, definida como más de 300 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el 2010; sin embargo, para esta fecha, han reducido en más del 75 %: Estonia (95 %), Maldivas (93 %), Bielorrusia (88 %), Rumania (84 %), Bhután (82 %), Guinea Ecuatorial (81 %), República Islámica de Irán (81 %), Lituania (78 %), Nepal (78 %) y Vietnam (76 %). 10 países que ya han logrado alcanzar el 5° objetivo del Desarrollo del Milenio planteado por las Naciones Unidas. En el 2010 la razón de muerte materna en América Latina y el Caribe fue de 80 por cada 100 000 nacidos vivos (2).

Sin embargo, es importante recordar que la mortalidad materna no solo se ve influida por la atención médica brindada y el sistema de salud sino también por las condiciones socioeconómicas de estas mujeres, esto es lo que explica la gran diferencia en las razones de mortalidad materna entre los países en vías de desarrollo y los países del primer mundo que realmente son muy marcadas (6). La morbilidad materna extrema es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte, y que por su alto riesgo de muerte amerita especial atención (5,7).

La clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima revisión la OMS define muerte materna como “la muerte de una mujer embarazada y hasta los 42 días posparto, indistintamente de la duración y lugar de la gestación, dada por cualquier factor relacionado o agravado por la gestación o su desarrollo pero no por causas accidentales o incidentales”. De acuerdo a la causa puede ser directa; aquella que resulta de complicaciones obstétricas, embarazo, parto y puerperio, intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o cadena de eventos que ocurran por cualquiera de los anteriores, o indirecta; aquella que resulta como consecuencia de enfermedades preexistentes o de enfermedades que se desarrollen durante la gestación y que no son de causa obstétrica directa pero que se agravan por las modificaciones fisiológicas de la gestación (2,4).

Estos hechos han generado la investigación y publicación de estudios sobre estos acontecimientos

a lo largo del tiempo, con la intención de visibilizar la problemática y de esta manera generar planes nacionales que se enfoquen en la reducción de este drama para la sociedad.

A nivel nacional según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en su informe “Cumpliendo Objetivos del Milenio” en el 2010, en el período 1990 al 2006 la razón de mortalidad materna aumentó de 58,9 a 60,5 por cada 100 000 nacidos vivos registrados y para el 2007 se redujo a 56,8 por cada 100 000 nacidos vivos registrados, persistiendo una elevada razón de mortalidad materna, es por esto que el Gobierno Nacional ha formulado proyectos tales como el Proyecto Madre, la red de atención de Barrio Adentro en sus primeros tres niveles, la Misión Niño Jesús y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo de mejorar la cobertura y calidad del control prenatal, la atención del parto y planificación familiar (8).

En nuestra institución, uno de los principales centros de atención obstétrica a nivel nacional con una frecuencia anual en promedio de 8 256 nacidos vivos durante los años 2009 -2013. Se ha estudiado la muerte materna en varios períodos, el primero reportado en los años 1939-1974 (9), y la última publicación sobre el tema comprendió el período de los años 2001-2008 reportando una razón de mortalidad materna de 159,78 por 100 000 nacidos vivos con predominio de trastornos hipertensivos del embarazo (10). En vista de que la evolución de las razones de mortalidad materna permiten la evaluación del sistema de salud y su ejecución, se hace el análisis de lo ocurrido con las muertes maternas, causas y factores relacionados durante el quinquenio 2009-2013, con el fin de promover la salud de la mujer en edad reproductiva, y específicamente durante la etapa prenatal, parto y puerperio.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el período 2009-2013. Se realizó una revisión de historias médicas del Departamento de Historias Médicas y Estadística Vital de la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP). Durante el período en estudio ocurrieron 41 282 nacidos vivos considerando los nacidos vivos según la OMS como todo aquel producto de la concepción que, una vez expulsado o extraído completamente la madre, independientemente de la duración del embarazo, respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitaciones del corazón,

pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, se haya cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta (11).

Cada historia fue revisada y se analizaron la edad, procedencia, número de gestas, número de consultas del control prenatal, días de hospitalización, forma de culminación de la gestación, tiempo transcurrido en días desde el ingreso hasta la defunción y clasificación de la muerte materna. Estos datos fueron recogidos en una ficha epidemiológica y se calcularon porcentajes individuales.

RESULTADOS

Durante el período el Servicio de Registros Médicos y Estadística de Salud de la MCP reportó 27 muertes maternas y 41 282 nacidos vivos para una razón de mortalidad materna de 65,40.

El Cuadro 1 muestra las muertes maternas, los nacidos vivos registrados y la correspondiente razón de mortalidad materna por año, observando que las cifras variaron notablemente durante el quinquenio estudiado, se evidenció una razón mínima en 28,14 por 100 000 NV en el año 2009 y la máxima en 100,26 por 100 000 NV correspondiente al año 2013.

En cuanto al lugar de procedencia de las pacientes que acudieron a nuestro centro, 15 (55,5 %) eran del Distrito Capital, 10 (37,03 %) eran del Estado Miranda, 1 (3,7 %) perteneciente al Estado Aragua y 1 (3,7 %) del Estado Zulia. Por otra parte, las mujeres que murieron durante el período de estudio tenían una edad mínima de 14 y máxima de 42 años y se evidenció que el rango de edad más afectado resultó ser el que comprendía las edades entre 20-25 años con 9 muertes representando el 33,33 % del total. En el Cuadro 2 se aprecia que el 62,96 % de las embarazadas que murieron entre los años 2009 y 2013 eran menores de 30 años.

Cuadro 1
Mortalidad materna por año.
Razón x 100 000 nacidos vivos

Años	Muertes maternas	Nacidos vivos	Razón por 100 000 NV
2009	2	7 105	28,14
2010	2	6 133	32,61
2011	6	9 379	63,97
2012	8	9 689	82,56
2013	9	8 976	100,26

MORTALIDAD MATERNA

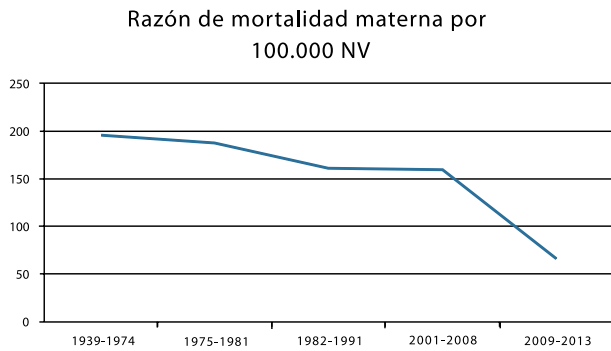


Figura 1. Comportamiento de la razón de mortalidad materna. Maternidad "Concepción Palacios".

Cuadro 2
Edad materna

Edad (años)	N=27	%
<14	1	3,70
15-19	1	3,70
20-25	9	33,33
26-30	6	22,22
31-35	7	25,92
36-40	1	3,70
>40	2	7,40

En el Cuadro 3 se observa que el 51,85 % de las pacientes tuvieron un embarazo controlado y el 11,11 % no fue controlado. El 37,03 % restante no fue reportado. El número de gestas de las pacientes que fallecieron estaba comprendido entre I y V gestas estando el mayor porcentaje en el grupo que comprendía entre II-III gestas dado por 51,85 %. Al momento de ocurrir la muerte fue en su mayoría poscesárea dado por 15 pacientes (55,55 %), seguido de posparto y abortos en igual condición con 4 pacientes cada una (14,81 %) y el embarazo ectópico en solo una ocasión fue causa de muerte (3,70 %). En relación con el tiempo transcurrido entre el momento de ingreso y la muerte, las ocurridas durante las primeras 24 horas y después de las 48 horas fueron las más frecuentes representando el 74,04 % durante el período de estudio.

De las 27 muertes ocurridas 20 fueron por causa obstétrica directa y 7 por causa obstétrica indirecta. Aquellas que fallecieron por causas obstétricas directas los trastornos hipertensivos del embarazo

Cuadro 3
Estado obstétrico

Variable	N° 27	%
Control prenatal		
Con control	14	51,85
Sin control	3	11,11
Ignorado	10	37,03
Número de gestaciones		
I	5	18,51
II-III	14	51,85
IV-V	8	29,62
Culminación del embarazo		
Cesárea	15	55,55
Parto	4	14,81
Aborto	4	14,81
Embarazo ectópico	1	3,70
Lapso de ingreso hasta la muerte en horas		
<24	10	37,03
24-48	7	25,92
>48	10	37,03

(THE) ocuparon el primer lugar con 8 casos (29,62 %), seguido por la sepsis con 6 casos (22,22 %) y la hemorragia en tercer lugar con 5 casos reportados (18,51 %), es importante acotar que 3 de las 6 pacientes fallecidas por sepsis cursaron además con THE, sin embargo, no fue la causa de muerte en estos casos. Por otra parte, las muertes maternas por causa indirecta fueron causadas en su mayoría por las cardiopatías congénitas (11,11 %).

En el Cuadro 4 se observa que de las muertes ocurridas por THE, el 50 % fue causado por preeclampsia severa seguido por eclampsia complicada con síndrome HELLP (25 %).

Al evaluar la condición de ingreso a la institución de las pacientes que fallecieron se encontró que el 88,88 % ingresaron embarazadas, y que el 11,1 % restante que representa 3 pacientes ingresaron en puerperio mediano e inmediato y estas pacientes fallecieron en menos de 12 horas posterior a su ingreso ya que se recibieron en muy malas condiciones, la causa de muerte fue la hemorragia puerperal.

Cuadro 4

Distribución según trastorno hipertensivo del embarazo

THE	Nº	%
Preeclampsia severa	4	50
HTA crónica + preeclampsia sobre agregada	1	12,5
Eclampsia	1	12,5
Eclampsia complicada con síndrome HELLP	2	25

DISCUSIÓN

La razón de mortalidad materna en la MCP durante el período 2009-2013 fue de 65,40 por 100 000 NV se evidenció un aumento progresivo de la razón en los últimos años, la menor razón en el año 2009 con 28,14 por 100 000 NV, ascendiendo a 100,26 en el año 2013. En el año 2010 se reportó menor número de nacidos vivos, 6 133 en la institución.

En relación con los datos obtenidos se observó que la razón de mortalidad materna del quinquenio 2009-2013 ha sido la más baja reportada en la historia de

Cuadro 5

Razón de mortalidad materna en Venezuela

Autor	Años	Ciudad/Vzla	MM	NV	Razón de MM	Sepsis	THE	Hemorragia
Agüero (9)	1939-1974	Caracas	773	395 294	1,95x1 000	23	17,3	26,5
Regardiz (13)	1965-1975	Monagas	48	49 002	9,79x10 000	%	%	%
Uzcátegui (27)	1973-1980	Caracas	21	40 578	5,18x10 000	38,10	19,04	9,52
Silva (25)	1961-1980	Bolívar	54	54 117	9,97x10 000	38,88	9,25	24,07
Agüero (9)	1975-1981	Caracas	392	210 058	18,6x10 000	62,3	15,7	17,2
Brito (16)	1982-1991	Caracas	423		162,2x100 000	48,1	28,3	17,4
Molina (28)	1990-1994	Maracaibo	11	12 943	8,49x10 000			
Faneite (14)	1982-1991	Puerto Cabello	40	37 826	10,57x10 000	58,33	16,67	22
Uzcátegui (29)	1981-1994	Caracas	53	67 237	8x10 000	49	17	11
Suárez (17)	1988-1995	Cabimas	13	39 202	31,25x100 000	0	15,38	46,15
Faneite (18)	1992-2000	Puerto Cabello	24	38 482	64,9x100, 000	15,79	31,58	47,37
García (12)	1993-2000	Maracaibo	260	213 459	121,80x100 000	25	20,77	35,38
Faneite (22)	2001-2004	Puerto Cabello	8	11 753	68,06	16,66	33,3	33,3
Chacón (24)	1974-2005	Mérida	178	183 288	97,11x100 000	26,17	39,60	32,22
Durán (10)	2001-2008	Caracas	176	11 149	159,78x100 000	19,31	39,20	16,47
Mazza (15)	2008-2009	Distrito Capital	78		98,97 y 103,9x100 000	26,7	40	31,1
Este estudio	2009-2013	Caracas	27	41 282	65,40x100 000	22,22	29,62	18,51

la MCP, pues se encuentra por debajo de la reportada por Agüero y col. (13), en el período 1939-1974 de 195 por 100 000 NV, luego en 1975-1981 el mismo autor (9) reportó la razón de mortalidad materna en 186 por 100 000 NV, posteriormente Brito y col. (14) durante el período 1982-1991 fue de 162,2 por 100 000 NV y por último la reportada durante 2001-2008 por Duran y col. (10) que fue de 159,78 x 100 000 NV (10). Este descenso global de la razón de mortalidad materna en la MCP se podría explicar por el inicio del programa de Medicina Materno Fetal que se lleva a cabo en dicho centro, pues desde que se iniciaron las actividades del Servicio, las muertes maternas se redujeron considerablemente en relación con cifras reportadas previo al desarrollo de este programa de educación ampliada de la gineco-obstetricia.

En cuanto a las cifras reportadas por Mazza y col. (15) a nivel del Distrito Capital, la razón de mortalidad materna durante el año 2008 fue de 98,97 por cada 100 000 NV y durante el año 2009 de 103,9 por cada 100 000 NV, lo cual refleja que la reportada en este estudio es superior.

En relación con otros centros de atención obstétrica nacionales tiene una de las razones de mortalidad materna más bajas reportadas hasta los momentos, solo mayor que la reportada por Suárez y col. (16) en 31,25 por 100 000 NV durante el período 1988-1995 en Cabimas, Estado Zulia y muy cercana a la dada por Faneite (17) en 64,9 por 100 000 NV en Puerto Cabello, Estado Carabobo durante el período 1992-2000.

En los reportes sobre mortalidad materna de los países de la región bolivariana de Latinoamérica, que incluyen a Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela se evidencia que de todos Venezuela (2005) es el que mantuvo la menor razón de mortalidad materna con 59,9 por cada 100 000 NV, seguido por Colombia con 73,05 por cada 100 000 NV, Ecuador (2005) 84,95 por cada 100 000 NV, Perú (2001) 185 por 100 000 NV y por último la más alta razón de mortalidad materna reportada fue en Bolivia (2003) con 230 por 100 000 NV (18).

Al evaluar el rango de edad más frecuente en el que nuestras pacientes fallecieron se observó que el mayor porcentaje se ubicó entre los 20 y 25 años de edad con un 33,33 %, difiere esto de lo reportado por Brito y col. (14) y Durán y col. (10) que fue entre los 25 y 30 años de edad, en la paridad, la mayor cantidad de muertes maternas ocurrió en el grupo que tenía entre II y III gestas con 51,85 %. En relación con el control prenatal la mayoría de las pacientes refirieron al menos 4 consultas (51,85 %), y (11,11 %)

no hizo control prenatal, lo cual concuerda con lo publicado por Durán y col. (10) para quienes el 50 % de las pacientes tuvo un buen control prenatal; sin embargo, vale la pena resaltar que en muchas de las historias examinadas este fue un dato que no se reportó en muchas de ellas por lo cual un 37,03 % permanece como desconocido, lo cual es similar a lo reportado por Brito y col. (14), para quienes el estado de control prenatal desconocido fue el mayor porcentaje reportado con 61 %; de estas pacientes el 55,55 % culminó la gestación por cesárea, una menor proporción lo hizo por parto vaginal (14,81 %), aborto (14,81 %) y un solo caso de embarazo ectópico similar a los hallazgos de Durán y col. (10), y Faneite (19), por otra parte contrasta con Brito y col. (14) para quienes el parto vía vaginal fue la vía de resolución obstétrica más frecuente, de lo cual puede deducirse que con el pasar del tiempo las cifras de cesárea en general han aumentado progresivamente, dejando el parto vaginal en un segundo lugar, hecho que resulta relevante pues es bien sabido que lo más fisiológico es el parto vía vaginal, sin embargo, se presume que con el avance de la ciencia y tecnología en obstetricia han aumentado la cantidad de diagnósticos que se realizan en el período prenatal y que amerita por verdadera indicación médica la realización de cesárea segmentaria a pesar de que esta implique la suma de factores de riesgo para el aumento de la morbimortalidad de las pacientes.

Otro de los aspectos que resultó importante al realizar este estudio fue el tiempo que transcurrió desde el momento del ingreso y la muerte de la paciente, pues se evidenció que el 37,03 % de las pacientes fallecieron en las primeras 24 horas después del ingreso, dato similar al reportado por la mayoría de los autores nacionales, sin embargo, otro 37,03 % fallecieron después de las 48 horas del ingreso, lo cual difiere de otros estudios similares para quienes lo más frecuente fue que la muerte ocurriera después de 48 horas del ingreso (10,14,19). Sin embargo, resulta importante señalar que en la MCP de las pacientes fallecidas durante las primeras 24 horas, 4 de ellas se recibieron en muy malas condiciones generales, y fallecieron a las 4 horas luego del ingreso.

En cuanto a las causas que produjeron la muerte de las pacientes, el 70,37 % fue por causas obstétricas directas, de estas, la primera causa la constituyen los THE con 26,62 %, y de estas el 50 % eran con preeclampsia severa y el 25 % eclampsia complicada con síndrome HELLP, similar con lo reportado por múltiples autores a nivel nacional tales como García y col. (20) en Maracaibo, Chacón (21) en Mérida, Brito

y col. (14) y Duran y col. (10) en Caracas, y Faneite (22) en Puerto Cabello. Seguido con el 22,22 % por la sepsis de origen ginecológico, y la hemorragia en el 18,51 % de los casos, esto si difiere de lo reportado por la mayoría de los autores ya citados a nivel nacional y con lo reportado por Silva y col. (23) en Ciudad Bolívar para quien la hemorragia ocupa el segundo lugar y la sepsis el primero como causas directas de muerte. En relación con las muertes causadas por sepsis 4 de ellas cursaron con THE, sin embargo, en dichos casos esta patología no fue la causa directa de muerte. El restante 29,62 % correspondió a muertes de causa obstétrica indirecta, y las más frecuentes patologías maternas fueron de origen cardíaco (11,11 %), seguido por causas inmunológicas (7,40 %), luego las infecciosas de origen no ginecológico, VIH y el embolismo de líquido amniótico. De las 3 pacientes que fallecieron por patología cardíaca el 100 % cursaba con cardiopatías no controladas en ningún momento durante la gestación, y fallecieron de manera súbita durante la hospitalización y una de ellas apenas a las 3 horas de su ingreso, lo cual difiere de lo reportado por Durán y col. (10), Regardiz (25), y Faneite (17) para quienes la primera causa de muerte obstétrica indirecta fue la infecciosa no obstétrica (10,25,26).

En este trabajo la condición obstétrica de las pacientes fallecidas durante el período de estudio fue en su mayoría durante el embarazo con 88,88 %, sin embargo, el 7,40 % ingreso en condición de puerperio mediano y un 3,70 % en puerperio inmediato. Las 3 pacientes que ingresaron en puerperio fueron referidas de otros centros de atención obstétrica en condiciones delicadas de salud, fueron intervenidas las 3 de emergencia posteriormente trasladadas a la unidad de terapia intensiva en la que fallecen.

CONCLUSIONES

De acuerdo a todos los datos obtenidos de este estudio se evidencia de manera general que a pesar de que aún la razón de mortalidad materna es importante y ha venido en ascenso los últimos 5 años, se ha notado una mejoría en cuanto a los números reflejados en estudios anteriores tanto en el Distrito Capital como a nivel nacional, en nuestro caso, pudiera justificarse quizás al mejor entrenamiento del profesional de la salud con el que cuenta nuestro centro, a la expansión de la red de atención primaria en salud que le brinda a nuestras mujeres la oportunidad de control prenatal que es fundamental para minimizar los riesgos y la morbimortalidad materna (10,16,27).

Después de haber obtenido y analizado los

resultados de esta investigación es importante promover en el sistema de salud un medio de información y divulgación de las muertes maternas, así como actividades docentes dirigidas a la educación de calidad en cuanto a la prevención, correcto diagnóstico y manejo de las patologías que representan las principales causas de muerte en la institución y el resto del país para de esta manera lograr disminuir la razón de mortalidad. Difundirla aún más entre los estudiantes de enfermería, medicina, de posgrado e incluso especialistas para de esta manera mantener al personal que está en contacto directo con las pacientes, atento y alerta ante cualquier eventualidad ya que por pequeña que esta sea puede representar el inicio de un final fatal en la vida de nuestras pacientes. Por otra parte difundir la información en los centros de salud de los distintos niveles de atención de la región para evitar referencias tardías lo que también se ha relacionado con aumento de la mortalidad materna y finalmente no trabajar solo con base en el personal de salud sino también recordar a la población en general quienes pueden ser una importante herramienta de acción e incluir a la población de riesgo en la problemática e instruirlos sobre la misma para facilitar buscar ayuda profesional a tiempo y de esta manera evitar finales inesperados.

REFERENCIAS

1. Donoso E. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio. *Rev Med Chile.* 2012;140:1253-1262.
2. Trends in Maternal Mortality: 1990 – 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. WHO 2012.
3. Amato R, Faneite, Rivera C, Faneite J. Morbilidad materna extrema. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2011;71(2)112-117.
4. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. 1975 – 1981. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;46:92-97.
5. Zuleta J. La morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. Federación colombiana de asociaciones de obstetricia y ginecología. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol58No3_Julio_Septiembre2007/v58n3a0_1.pdf
6. Hogan, M, Foreman K, Naghavi M, Ahn S, Wang M, Makela S, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. April 2010, 6736(10)60518-1. Disponible en: www.thelancet.com 2010

MORTALIDAD MATERNA

7. Morales B, Martínez D, Cifuentes R. Morbilidad materna extrema en la clínica Rafael Uribe en Cali en el período de enero 2003 – mayo 2006. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2007;58:184-188.
8. Cumpliendo las metas del milenio en Venezuela. República Bolivariana de Venezuela, Gabinete Social 2007 - 2008: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Venezuela. 2012. Disponible en: <http://www.pnud.org.ve/content/view/176>.
9. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. 1939-1974. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977;37:361-366.
10. Duran I, Ferrarotto M, Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J, et al. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 2001-2008. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2011;71(1):13-20.
11. Carrera JM. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3ª edición. Barcelona: Masson; 2002:1-20.
12. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Organización mundial de la Salud 2008.
13. Agüero O, Torres JI. Tendencias de la Mortalidad Materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1966;26:505-520.
14. Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M, Porras F. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67(1):31-39.
15. Mazza M, Vallejos C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012;72(4):233-248.
16. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital “Dr. Adolfo D’Empaire” de Cabimas, Estado Zulia durante los años 1988-1995. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1997;57(3):177-180.
17. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001;61(2):89-94.
18. Faneite P. Mortalidad materna en la región bolivariana de latino-américa: área crítica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68(1):18-24.
19. Faneite P. Mortalidad materna. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005;65(3):123-127.
20. 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.
21. Chacón G, Monsalve N. Mortalidad Materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001;67(2):99-105.
22. Faneite P. Mortalidad materna: evento trágico. *Gac Méd Caracas*. 2010;118(1):11-24.
23. Silva M, Petit G. Mortalidad maternal. Hospital Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1982;41:95-99.
24. Acosta AA, Cabezas E, Chaparro JC. Present and future of maternal mortality in Latin America. *Int J Gynecol Obstet*. 2000;71:125-131.
25. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital Central “Dr. Manuel Nuñez Tovar”, de Maturín Estado Monagas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977;37:37-42.
26. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1992;52(4):193-196.
27. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad Materna en el Hospital “Dr. José Gregorio Hernández”. 1973-1980. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1982;42:233-236.
28. Molina R. Mortalidad materna en el Hospital “Manuel Noriega Trigo”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995;55(4):217-221.
29. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad Materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995;55(2):89-92.

Incidencia del herpes zoster y la vacunación contra la varicela de la niñez

Hales CM, Harpaz R, Joesoef MR, Bialek SR. Examination of links between herpes zoster incidence and childhood varicella vaccination. *Ann Intern Med* 2013;159:739-45.

RESUMEN. Se ha planteado la hipótesis de que la exposición al virus de la varicela zoster podría disminuir el riesgo de herpes zoster mediante el aumento de la inmunidad específica del virus de la varicela zoster. Con la introducción de un programa universal de vacuna contra la varicela para los niños, ha surgido la preocupación de que los adultos estarían expuestos a niños con varicela con menos frecuencia y se puede producir un aumento de la incidencia del herpes zoster. Este estudio retrospectivo de reclamos de Medicare 1992-2010 examinó si el programa de vacunación contra la varicela ha influido en las tendencias en la incidencia de herpes zoster. Se identificó una muestra aleatoria del 5 % de los 2 845 353 beneficiarios mayores de 65 años; se produjeron 281 317 casos nuevos de herpes zoster. Estandarizadas por edad y sexo de incidencia de herpes zoster aumentó

Continúa en pág. 176