

Morbilidad materna extrema

Drs. Rosanna Amato, Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de casos de patología obstétrica aguda severa (morbilidad materna extrema) y el tipo de patologías que con mayor frecuencia afectan nuestra población gestante.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" Puerto Cabello.

Método: Estudio descriptivo, corte transversal de 168 pacientes que ingresaron a sala de partos durante el año 2007 con el diagnóstico de patología obstétrica aguda severa, en relación con 2 404 nacidos vivos y 2 465 partos atendidos. De ellas 141 eran mayores de 20 semanas de gestación.

Resultados: La prevalencia fue de 69,8 por mil nacidos vivos o 68,15 por mil partos atendidos, de otra forma 1 caso cada 14 nacidos vivos o partos asistidos. La mayoría de las pacientes tenían edades comprendidas entre 20-25 años (35,12 %), provenían del medio urbano 38,69 %, no eran casadas 95,33 %, con grado de instrucción bachillerato 68,45 %. En cuanto a su condición obstétrica predominaron las primigestas (39,88 %), con embarazos del tercer trimestre (81,1 %), y de estos con 36-38 semanas (45,86 %); embarazos no controlados 32,62 %. Las patologías más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos (60,71 %), representada especialmente por la preeclampsia severa (58,93 %), seguida de las hemorrágicas (32,74 %) y sepsis (6,55 %); se resolvieron por cesárea segmentaria (90,78 %), en 7 de estos casos fue necesario realizar histerectomía obstétrica; hubo 12,77 % nacimientos muertos.

Conclusión: Este tipo de patología presenta una prevalencia elevada, afectan a gestantes jóvenes y primigestas, causada predominantemente por patología hipertensiva con consecuencias severas para las madres y sus fetos y neonatos. De todo esto se deriva acciones para identificar precozmente estas patologías y prestarle la asistencia intensiva correspondiente.

Palabras clave: Morbilidad materna extrema. Patología obstétrica aguda severa.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of cases of severe acute obstetric pathology (extreme maternal morbidity) and the type of disease that most often affect our pregnant population.

Setting: Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" Puerto Cabello.

Methods: A descriptive study, cross-sectional of 168 patients admitted to the delivery room in 2007 with a diagnosis of severe acute obstetric pathology in relation to 2404 live births and 2465 births. Of these 141 were older than 20 weeks gestation.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology. University of Carabobo. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" Puerto Cabello. Estado Carabobo. Venezuela.

Results: The prevalence was 69.8 per thousand live births, or 68.15 per thousand births, otherwise 1 case every 14 live births or births attended.

Most patients were aged 20-25 years (35.12 %), came from urban areas (38.69 %), were not married (95.33 %), with high school education level (68.45 %). As for her obstetric condition prevailed primigravid (39.88 %), pregnancies in the third quarter (81.1 %) and those with 36-38 weeks (45.86 %), 32.62 % controlled pregnancies. The most frequent pathologies were hypertensive disorders (60.71 %), represented especially by severe pre-eclampsia (58.93 %), followed by bleeding (32.74 %) and sepsis (6.55 %), resolved by cesarean section (90.78 %), in 7 of these cases obstetric hysterectomy was performed; 12.77 % were stillbirths.

Conclusion: This type of pathology has a high prevalence, affecting young and primiparous pregnant, predominantly caused by hypertensive disease with severe consequences for mothers and their fetuses and neonates. From this flowed action to identify these conditions early and provide appropriate intensive care.

Key words: Extreme maternal morbidity. Severe acute obstetric pathology.

El hecho de que el tema de la mortalidad materna continúe en la agenda mundial de la salud de la mujer denota que el fallecimiento de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es un problema no resuelto (1). Pese a los avances tecnológicos registrados a la fecha, las tasas de muerte materna (MM) se han mantenido sin mayores variaciones durante la última década y sigue existiendo brechas significativas en el número de muertes entre países desarrollados y subdesarrollados (2,3). Tal realidad demuestra que las políticas ejecutadas hasta la fecha no han sido del todo exitosas (4).

En muchos países en desarrollo, las complicaciones del embarazo y parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 585 000 mueren cada año. Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles (5). Además de la mortalidad materna, ocurren más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna anualmente (6). Por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo, sufren enfermedades y lesiones de corto y largo plazo con el embarazo y el parto (7).

Al hablar de discapacidad materna, se tiene que el 40 % de las mujeres tienen complicaciones durante el embarazo, parto y posparto. Se estima que el 15 % de estas mujeres se ven afectadas con complicaciones que posiblemente puedan poner su vida en peligro. Entre las complicaciones a largo plazo se encuentran: dolor crónico, movilidad limitada, deterioro del sistema reproductivo e infertilidad (8).

Como se ha podido apreciar, por muchos años se ha estudiado la muerte materna como un indicador para mejorar la calidad de atención a la paciente embarazada y sus progresos son limitados, esto es válido a nivel mundial, incluyendo nuestro país y región por supuesto (2,3,9-19).

Ahora bien, se ha propuesto más recientemente otra forma de analizar la problemática de MM, se trata de la revisión de los casos de severidad y el espectro de morbilidad materna, descrita como aquellas que han estado cerca de morir, o pacientes con patología obstétrica aguda severa que han puesto a riesgo extremo la vida de la gestante; se convierte en un nuevo elemento útil para la investigación en salud obstétrica (20-22). Una revisión de casos con falla temprana, o patología obstétrica aguda severa, tiene el potencial de dar luces sobre esta problemática y

puede contribuir a mejorar los programas de atención que existen en la actualidad. A diferencia de los países desarrollados, existe una limitada experiencia con el uso de la revisión de los casos de patología obstétrica aguda severa en los países en desarrollo, esto es probablemente como resultado de la persistencia de niveles elevados de mortalidad materna, que han encubierto otras complicaciones obstétricas severas de cuyas lesiones igualmente se podría aprender.

Debido a que las patologías obstétricas agudas severas (near-miss), ocurren con mayor frecuencia que las muertes maternas, análisis cuantitativos, estadísticamente confiables pueden ser de gran valor para que una revisión de los programas de salud sea realizada (19). Partiendo de esta premisa, se pudiera pensar que al mejorar esta condición se lograría disminuir también las complicaciones obstétricas que tanto daño hacen en la población gestante.

Tomando en cuenta todo lo expuesto y observando que la morbilidad materna constituye en nuestro país un grave problema de salud pública en el cual, la población de embarazadas que acude al Servicio de Obstetricia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello está inmersa, y al revisar los registros de morbilidad del servicio de sala de partos, se encuentra una numerosa cantidad de casos de complicaciones obstétricas agudas, que pudieran poner en riesgo no solo la salud de la gestante sino también su futuro obstétrico, cabe preguntar entonces: ¿Cuál será la prevalencia de patología obstétrica aguda severa y la naturaleza de estos eventos, en las pacientes atendidas en el servicio de sala de partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello? ¿Qué factores de riesgo presentan estas pacientes? Con la idea de brindar un aporte en la lucha por mejorar las condiciones de salud materna en la región, se planteó realizar un estudio de corte transversal para dar respuesta a estas interrogantes, como una herramienta que permita a futuro, adecuar los programas de salud con miras a reducir las cifras de morbilidad materna de la localidad. De una manera concreta el objetivo es determinar la prevalencia de casos de patología obstétrica aguda severa (morbilidad materna extrema) y el tipo de patologías que con mayor frecuencia afectan nuestra población gestante.

MÉTODOS

Corresponde a una investigación descriptiva de corte transversal, se realizó un estudio en 168 pacientes que ingresaron al servicio de Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” con diagnóstico de

patología obstétrica aguda severa, durante el año 2007.

Los casos de patología obstétrica aguda severa, se definieron de acuerdo a la bibliografía consultada (19), fueron todos aquellos casos que presentaban alguna de las patologías que pudieran poner en riesgo la vida de la futura madre, de acuerdo a los cinco grupos diagnósticos principales. Hemorrágicas: embarazo ectópico, aborto hemorrágico, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia posparto. Trastornos hipertensivos del embarazo: preeclampsia severa o eclampsia. Distocias: ruptura uterina. Sepsis: determinada por la presencia de hipertermia o hipotermia, presencia de un foco claro de infección, o signos clínicos de shock séptico. Anemia aguda o crónica.

Las variables maternas recabadas: condiciones (edad, procedencia, estado civil, estudios), condición obstétrica (número de gestaciones, trimestre del embarazo, control prenatal), tipo de patología, patologías y frecuencia, vías de resolución del embarazo, y finalmente el estado vital del producto al nacimiento.

Los datos fueron recolectados en una ficha diseñada de acuerdo a los objetivos de la investigación, a través de la revisión documental de las historias clínicas que se encuentran en el archivo de historias médicas del hospital.

La prevalencia de los casos se determinó de acuerdo al número de pacientes con diagnóstico de patología obstétrica aguda severa, entre el total de nacimientos vivos registrados durante el período de estudio, expresado por cada 1 000 nacidos vivos y por los partos atendidos. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva a través de la medición de las frecuencias absolutas y relativas. La información es presentada en cuadros de distribución de frecuencias.

RESULTADOS

La prevalencia fue de 69,8 por mil nacidos vivos o 68,15 por mil partos atendidos, de otra forma 1 caso cada 14 nacidos vivos o partos asistidos.

En el Cuadro 1 se expresan condiciones maternas. La mayoría de las pacientes tenían edades comprendidas entre 20-25 años (35,12 %), provenían del medio urbano (38,69 %), no eran casadas (95,33 %), con estudio de bachillerato (68,45 %).

En cuanto a su condición obstétrica se presenta en el Cuadro 2. Predominaron las primigestas (39,88 %), con embarazos del tercer trimestre (81,1 %), y de estos con 36-38 semanas (45,86 %); embarazos no controlados 32,62 %.

Las patologías encontradas estuvieron representadas en primer término por los trastornos hipertensivos (60,71 %), luego las patologías hemorrágicas (32,74 %) y finalmente las sépticas (6,55 %). El desglose de cada una se resume en el Cuadro 3, donde destaca en el primer grupo la preeclampsia severa (58,93 %), en el segundo desprendimiento prematuro de placenta (DPP), embarazo ectópico y placenta previa, y del tercero la endometritis puerperal y aborto séptico.

De los 144 embarazos mayores a 20 semanas, se resolvieron por cesárea segmentaria (90,78 %); en 7 de estos casos fue necesario realizar como cirugía complementaria histerectomía obstétrica. Además, hubo 12,77 % nacimientos muertos (18/141).

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, en la institución se registraron 168 casos de patología obstétrica aguda severa en un período de un año, lo cual llama poderosamente la atención si comparamos esta

Cuadro 1
Condiciones

Edad materna años		Procedencia		Estado civil		Estudios	
f	%	f	%	f	%	f	%
42	14-19 25	65	Urbana 38,69	100	Concubina 59,52	115	Bachillerato 68,45
59	20-25 35,12		Barrio		Soltera		Primaria
44	26-31 26,19	54	Rural 32,14	60	Casada 35,71	26	Universitaria 15,47
20	32-37 11,90	49		8		18	No precisa 10,71
	38-43 3	1,78				9	5,35

MORTALIDAD MATERNA EXTREMA

Cuadro 2
Condición obstétrica

Número de embarazos		Edad embarazo*		Control prenatal	
f	%	f	%	f	%
67	I 39,88	133	III Trimestre 83,65	95	Controlado 67,37
60	II-II 35,71	20	I Trimestre 12,58		
29	IV-V 17,26	6	II Trimestre 3,77	46	No controlado 32,62
12	VI y más 7,14				

*Hubo 5 puérperas y 4 casos desconocían la edad

Cuadro 3
Patologías. Frecuencia

Patología	f	%
Preeclampsia severa	99	58,92
Eclampsia	3	1,78
DPP	16	9,52
Embarazo ectópico	16	9,52
Placenta previa	13	7,73
Hemorragia posparto	5	2,97
Aborto hemorrágico	3	1,78
Ruptura uterina	2	1,19
Sepsis	11	6,54

cifra con la obtenida por Oladapo y col. que refieren haber registrado 211 casos, en un hospital de Nigeria, en un período de tres años (20), Morales y col. en Colombia (21), con 32 casos en el lapso 2003-2006. Cabe preguntarse si esto pudiera corresponder al área de influencia del centro asistencial o a la cobertura de cuidados médicos en atención prenatal. En el presente estudio, la prevalencia obtenida fue de 69,8 por mil nacidos vivos, para los investigadores de Nigeria fue de 104,6 por mil nacidos vivos (20), y 4,7 por mil partos atendidos en una clínica de Colombia (21).

En cuanto a las características socio-epidemiológicas de la población de estudio, al comparar los resultados obtenidos en la presente investigación, con los resultados obtenidos por otros investigadores, se encuentran resultados similares.

Al hablar de la edad, el mayor porcentaje de

pacientes tenían una edad comprendida entre 20 y 25 años, resultados similares obtenidos por Oladapo y col. (20), pero en la presente investigación hay 25 % de adolescentes (14- 19 años); el trabajo de Morales y col. (21), muestra un promedio mayor (30,9 años). Estos resultados pueden reflejar otro grave problema de salud pública que aqueja a nuestra población, el embarazo en adolescentes. Por otra parte, si partimos de la premisa del tipo de estudio que se realizó, es de hacer notar que la mayoría de las pacientes que presentaron este tipo de patologías eran del grupo de las más jóvenes.

En cuanto al número de embarazos que presentaban las pacientes al momento del ingreso, se obtuvo que la mayor frecuencia fue en primigestas, cifra cercana al 40 %, seguida de las pacientes con II y III embarazos (35 %). Resultados opuestos a los obtenidos por estos investigadores, donde la mayor frecuencia estuvo en pacientes con II - IV embarazos (20,21).

Al evaluar lo correspondiente a la procedencia de las pacientes, se encontró que prácticamente de cada diez pacientes, 7 provenían del área de influencia de la institución y 3 del medio rural, residen en los estados Falcón y Yaracuy. Esto pudiera inferir que las referencias de medios lejanos, y muy posiblemente tardías, pueden tener una participación importante en estos casos. Por otra parte, el mayor porcentaje de pacientes son del área urbana de la localidad, lo cual puede traducir que este tipo de patologías pudiera no estar relacionado con la condición socioeconómica de la paciente, de hecho, las frecuencias relativas fueron similares entre los estratos.

De acuerdo a la distribución por estado civil, la mayoría de las pacientes señalaron que mantenía una

unión estable con su pareja, esto se puede corroborar, si tomamos en cuenta que el porcentaje entre concubinas y casadas suma el 95 %.

En cuanto al grado de instrucción, la mayoría de las pacientes presentaron estudios de bachillerato (68 %), bien sea completo o incompleto, con lo cual se pudiera considerar que tenían un grado de instrucción adecuado. El 67 % de las pacientes realizaban oficios del hogar, mientras que solo 9 % realizaban algún tipo de actividad laboral.

Al hablar de la edad de embarazo que presentaban las pacientes al momento de su ingreso, los resultados son comparables con los obtenidos por los investigadores mencionados (20,21), ya que el mayor porcentaje representado por un 83 % de los casos, se encontraba en el III trimestre del embarazo, seguido de 12 % en el primer trimestre. En la presente investigación, al evaluar las diferentes categorías de acuerdo a edad de embarazo en el tercer trimestre, se puede observar que la mayoría de los embarazos, eran mayores de las 36 semanas de gestación.

Cuando se evalúa la distribución de las pacientes de acuerdo al control del embarazo, se observa que casi un tercio no tuvo vigilancia obstétrica. Es muy probable que esta falta de control prenatal, sea parte del origen del problema, los diagnósticos y tratamientos precoces son recursos de los cuales disponemos como estrategia moderna de nuestra especialidad, se está perdiendo una excelente oportunidad de educación integral de salud, planificación familiar, etc. Llama la atención que la mayoría de las pacientes tienen un grado de instrucción que pudiera considerarse aceptable, además provenían en mayor frecuencia del medio urbano. ¿Qué pasa entonces?, ¿No hay interés por parte de la paciente en cuidar su vida y su futuro hijo?, ¿No llega la suficiente información a la paciente en cuanto a los beneficios de un adecuado control prenatal?, ¿Qué pasa con los programas de salud sexual y reproductiva? Son interrogantes que se desprenden del presente estudio y que podrían obtener respuesta en futuras investigaciones. Se encontró en este estudio, pacientes jóvenes de 20 a 22 años con cinco embarazos, o más grave aún, pacientes adolescentes con más de tres embarazos.

Al entrar a discutir el tema central objeto de la presente investigación, se observó que el mayor porcentaje de patologías obstétricas agudas severas correspondió al grupo de patologías del tipo hipertensivas con un 60,71 %, seguida de las hemorrágicas con un 32,74 %. Al comparar con otros investigadores se tiene que Oladapo y col. (20), obtuvieron como patología más frecuente también

las hipertensivas con un 34,8 %, seguidas de las hemorrágicas con un 32,73 %, este autor coincide con Morales y col. (21); mientras que Filippi y col. en un hospital africano encontraron resultados inversos (22).

Al desglosar por patología específica, la preeclampsia severa surge como la principal causa de patología obstétrica aguda en estas pacientes, representando 58,92 % de todos los eventos, estuvo asociada en dos de los casos con síndrome Hellp. Solo se presentaron tres casos de eclampsia en el período de estudio. Al comparar con otros investigadores (20-23), se observa que la mayoría de las pacientes presentaron eclampsia, seguida de preeclampsia severa. El segundo bloque de patologías estuvo constituido por las patologías hemorrágicas, una de cada tres pacientes presentó esta entidad, representada en orden descendente por el DPP, embarazo ectópico y placenta previa.

En cuanto a la vía de resolución del embarazo, se encontró que el 90,78 % de los casos se resolvieron mediante cesárea segmentaria, cifra que es escandalosamente elevada, que se justifica en gran parte por las patologías severas encontradas; pero además fue necesario complementar el acto quirúrgico con 7 histerectomías obstétricas; similar reporte de cesáreas (87,5%), es referido por Morales y col. (21). Cabe comentar cinco casos específicos; dos de las histerectomías fueron realizadas a primigestas adolescentes (14 y 16 años respectivamente) sin sobrevida del producto, otra correspondió a una paciente de 22 años de edad, II embarazo, donde tampoco hubo sobrevida del producto. La cuarta histerectomía obstétrica, se le realizó a paciente de 21 años de edad, IV embarazo, se obtuvo feto vivo. La quinta histerectomía fue realizada a paciente de 22 años de edad, V embarazo, feto vivo.

Al evaluar estos casos, llama la atención lo que se pudiera considerar un drama para estas pacientes, ya que dos primigestas adolescentes no solo perdieron el útero sino también el producto de su embarazo. Más aún, las cinco pacientes tenían edad menor a 22 años y para una de ellas, este era ya su quinto embarazo, con fortuna en este caso en particular se pudo salvar ambas vidas. Todo esto refleja la gravedad de la situación, tomando en cuenta de nuevo la edad en que se presentaron estas graves consecuencias.

Al evaluar el estado vital al nacimiento de los productos de las 144 gestantes mayor a 20 semanas, se obtuvo 87,5 % de sobrevida al evento, lo que puede estar relacionado a la mayor frecuencia de embarazos por encima de las 36 semanas de gestación. Pero lo más destacado, hubo 12,77 % nacimientos

muerdos (18/141), muere uno de cada diez, cifra que consideramos elevada.

Para finalizar, manifestamos que con esta investigación estamos dando a conocer aspectos relativos las patologías obstétricas que conducen al mayor riesgo de vida materna en nuestra localidad, se le ha denominado morbilidad materna extrema, de acuerdo a la bibliografía consultada, este es uno de los primeros estudios de este tipo que se realiza en nuestra región y en el país. Su caracterización revela una prevalencia elevada, que afecta a pacientes jóvenes, con frecuencia primigestas, con bajo control prenatal, portadoras de patologías hipertensivas o hemorrágicas, embarazos del tercer trimestre, que terminan en cesárea, ocasionalmente asociada a una histerectomía, con muerte al nacimiento elevada. Son evidentes las serias repercusiones que este estudio revela en morbilidad materna y muerte perinatal. Por supuesto que se necesita profundizar y perfeccionar esta investigación, pero desde ya se desprenden recomendaciones a fin de mejorar los programas de salud de nuestras embarazadas y adecuarlos a la población gestante, en especial, los programas de salud sexual y reproductiva, embarazo en adolescentes y la consulta prenatal. Estos avances en salud materna deben ir a la par del recurso tecnológico y del recurso humano.

REFERENCIAS

- Cumbre del Milenio. Organización de las Naciones Unidas. Septiembre de 2000.
En: <http://www.un.org/spanish/milenio/summit.htm>.
- Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. *The Lancet*. 2008;371(9620):1247-1258.
- Faneite P, Rivas M. Mortalidad materna: tragedia prevenible. ¿Hemos avanzado?. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2010;70(1):24-30.
- Díaz D. Mortalidad materna. Una tarea inconclusa.
En: <http://www.fundar.org.mx/index.html/>
- UNICEF. Revised 1990. Estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO; 1996.
- Healthy pregnancy and childbearing. En: Tsui AO, Wasserheit JN and Haaga JG, editores. *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding dimension, building solutions*. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
- The Progress of Nations. UNICEF, New York, 1996.
En: <http://www.unicef.org/pon96/contents.htm>.
- Starrs A M. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*. 2006;368:1130-1132.
- Rizzi RG. Maternal mortality. A necessary revision for its acknowledgement, its medical and social causes and a proposal of actions to be undertaken for its reduction. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2005;62(1):26-32.
- Herrera M. Mortalidad materna en el mundo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003;536-543.
- Defossez AC, Fassin D. Maternal death unequal risk. *Dev Sante*. 1989;(79):24-28.
- Oficina Panamericana de La Salud. Reducción de la mortalidad y morbilidad materna: consenso estratégico Inter-agencial para América Latina y el Caribe. Washington DC: PAHO, 2003.p.1-3.
- Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios" 1975- 1981. *Rev Obstet Ginec Venez*. 1985;45(2):92-97.
- Lairer O, Paz L, Lairer de P M. Mortalidad materna en el Hospital Central de Portuguesa de Acarigua-Araure (1970-1984). *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1986;46(1):33-36.
- Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995;55:89-92.
- García J, Molina R, Cepeda M. Tasas de mortalidad materna en los Hospitales de Maracaibo: 1993-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002;62(2):103-108.
- Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M, Porras F. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios" 1982-1991. *Rev Obstet Ginec Venez*. 2007;67:31-39.
- Faneite P, Faneite P. Mortalidad materna: evento en desarrollo. *Rev Obstet Ginecol*. 2007;67:1-3.
- Faneite P. Mortalidad materna: evento trágico. *Gac Méd Caracas*. 2010;118:11-24.
- Oladapo OT, Sule-Odu AO, Olatunji AO, Daniel OJ. "Near-Miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: A retrospective study. *Reproductive Health*. 2005. Nov 1; 2:9.
En: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/2/1/9>.
- Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, Goufodji S, Lardi M, Sahel A, et al. Maternity wards or emergency obstetrics rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(1):11-16.
- Pruel A, Bouvier-Colle M, de Bernis L, Breart G. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: Incidence and case fatality rates. *Bull World Health Organ*. 2000;78(5):593-602.
- Morales B, Martínez D, Cifuentes R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2007;58:184-188.

Correspondencia: Dra. Rosanna Amato.
roam2528@hotmail.com