

Medicent Electrón 2014 abril-jun.;18(2)

 DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad materna extremadamente grave y calidad de los cuidados maternos en Villa Clara

Extremely severe maternal morbidity and quality of maternal cares in Villa Clara

 MSc. Dra. Idalmis Gil González¹, Dr. Yaser Díaz Sanchez², MSc. Dr. Justo F. Rodríguez López³

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Máster en Atención integral a la mujer. Instructora. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: iihvc@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: yaserds@hmmg.vcl.sld.cu
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Primer y Segundo grados en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Dirección Provincial de Salud. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jpami@dps.vcl.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las defunciones maternas mantienen estabilidad en el ritmo de disminución a través de los años, por lo que el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave, con una nueva visión epidemiológica, puede tener una interpretación significativa en su estudio para nuestro contexto y contribuir al fortalecimiento de la atención médica para reducir la mortalidad.

Objetivo: Caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara, desde enero hasta junio del 2012.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, cuyo universo estuvo constituido por todas las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave diagnosticada en los hospitales con servicios ginecoobstétricos según criterios de inclusión, y evaluar la calidad de la atención prenatal y hospitalaria mediante el modelo de evaluación táctica. La información se obtuvo de las historias clínicas en la atención primaria y secundaria y de las guías de observación para cada dimensión.

Resultados: Se diagnosticaron 20 pacientes con morbilidad materna extremadamente grave, con una edad promedio de 28 años, y se identificaron riesgos maternos en el 75 %; los más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos, la infección vaginal, la anemia y la edad extrema. La morbilidad estuvo más relacionada con el manejo instaurado a las pacientes, y se identificaron deficiencias en la atención prenatal, en la capacitación del recurso humano, en la aplicación del código de colores y de algunos protocolos de actuación, también con el seguimiento de las pacientes por comisión de morbilidad materna grave en la atención secundaria. La hemorragia obstétrica constituyó la principal causa de morbilidad materna extremadamente grave.

DeCS: mortalidad materna, servicios de salud materna, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Maternal deaths have gone decreasing throughout years, that is why the analysis of extremely severe maternal morbidity, with a new epidemiological view, can has a significant interpretation in its study for our context, as well as, contributes to the strengthening of medical care in order to reduce mortality.

Objective: To characterize extremely severe maternal morbidity in Villa Clara, from January to June, 2012.

Methods: A descriptive study was carried out; according to inclusion criteria, the universe was constituted by all expectant mothers diagnosed with extremely severe maternal morbidity in hospitals with obstetric and gynecologic services. To evaluate quality of hospital and prenatal care by means of model of request tactic evaluation. Information was obtained from medical charts in primary and secondary care and from the observation guides for each dimension.

Results: A number of 20 patients were diagnosed with extremely severe maternal morbidity, average age 28 years, and there were identified maternal risks in 75 % of them; hypertensive disorders, vaginal infection, anemia and advanced maternal age were the most frequent risks. Morbidity was more related with the management of patients, and there were identified deficiencies in prenatal care, human resource training, application of color code model and some performance protocols, as well as, follow- up of patients in secondary care. Obstetric hemorrhage was the main cause of extremely severe maternal morbidity.

DeCS: maternal mortality, maternal health services, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones graves que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio, ponen en riesgo la vida de millones de mujeres en el mundo, y alrededor del 10 % fallecen, pues requieren de una atención inmediata para evitar la muerte o las lesiones y discapacidades que con frecuencia ocasionan consecuencias para toda la vida, por lo que la salud materna se convierte en un barómetro clave del funcionamiento del sistema de salud.¹

La mortalidad materna se fundamenta sobre una amplia base que permanece aún sin describir y que constituye un estadio intermedio entre la totalidad de los casos, descrita por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) como "morbilidad materna extremadamente grave" (MMEG).^{2,3} Por ello, su análisis debe ser integrado al estudio de la mortalidad, porque la mayoría de las defunciones y discapacidades atribuibles a ella son evitables y se conocen bien las soluciones médicas, por lo que resultaría una alternativa válida a utilizar como medida de evaluación de los cuidados maternos.

Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema permitiría identificar los factores de riesgo que se presentan en el 15% de las gestantes que podrían sufrir complicaciones del embarazo o del parto, que con medidas simples podrían evolucionar favorablemente después de la gravedad extrema para evitar que cualquier mujer muera para dar vida.¹ Por tanto, se impone un nuevo reto estratégico y organizacional para enfrentar esta problemática actual.

Villa Clara, durante el último quinquenio, ha presentado un descenso mantenido de la razón de mortalidad materna; el análisis casuístico muestra un potencial de reducción de las causas asociadas con el proceso embarazo-parto- puerperio y un aumento tendencial de la mortalidad materna relacionada indirectamente con este proceso. Por ese motivo, nos proponemos con este trabajo formar parte de un proyecto de investigación instaurado por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara y contribuir a la vigilancia epidemiológica para disminuir la mortalidad materna en Cuba.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, cuyo universo de estudio estuvo constituido por todas las gestantes que fueron diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico Provincial Mariana Grajales, hospitales generales con servicios ginecoobstétricos y el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” durante el primer semestre del 2012, según los criterios de inclusión siguientes:^{2,3}

- Signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico.
- Falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
- Manejo instaurado a la paciente: ingreso a unidades de cuidados intensivos, excepto para la estabilización hemodinámica electiva, cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, poscesárea, o postaborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionada con una complicación aguda.

Se utilizó el modelo de evaluación táctica, que tiene en cuenta aspectos relacionados, tanto con la estructura, proceso y resultados de la atención médica prenatal, como en la atención hospitalaria.

Procedimientos

Toda la información se obtuvo una vez realizado el diagnóstico de morbilidad materna extremadamente grave en los hospitales con servicios de Ginecoobstetricia. Se utilizaron, como fuentes de información, los registros estadísticos hospitalarios de morbilidad y la historia clínica de cada gestante en la atención hospitalaria y durante su atención prenatal en el área de salud, así como una guía de observación y cuestionario. Se elaboraron indicadores y estándares para evaluar la atención prenatal y hospitalaria.

Se creó una base de datos automatizada en MS ACCESS que permitió el almacenamiento y fiabilidad de los datos; el análisis se realizó mediante el sistema SPSS V16.0 con la confección de distribuciones de frecuencias y cálculo de media aritmética.

RESULTADOS

Se identificaron 20 pacientes con morbilidad materna extremadamente grave en el período estudiado, con edades comprendidas entre 15 y 40 años, con una media de 28 ± 7 . La mayor incidencia se presentó en las edades comprendidas entre 20 a 34 años (65 %).

La distribución de pacientes según nivel de escolaridad puso de manifiesto que el 65 % de ellas tenían un nivel elevado, y según la ocupación, se encontró que el 55 % eran amas de casa.

Se identificó que el 75 % de las pacientes se encontraban con riesgo. De ellos, el preconcepcional de mayor frecuencia fue la edad extrema (35 %), seguido de la anemia (30 %).

Los riesgos maternos de mayor presentación fueron la sepsis vaginal (75 %) la pre- eclampsia (50 %) y la hipertensión arterial (HTA) (20 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según factores de riesgos.

Riesgos preconceptionales	No	%
Anemia	6	30
Edad extrema	7	35
Malnutrición	1	5
Hábitos tóxicos	1	5
ITS	0	0
Riesgos maternos		
Sepsis vaginal	15	75
Asma bronquial	0	0
Placenta previa	2	10
Sepsis urinaria	2	10
Hipertensión arterial	5	20
Preeclampsia /eclampsia	10	50
Diabetes mellitus	0	0
Otros	8	40

Fuente: Historia Obstétrica.
Los riesgos no son excluyentes.

La morbilidad materna extremadamente grave tuvo su mayor complicación después del parto (40 %); según el tipo de parto, la mayor proporción fue la cesárea, y esta fue 1,4 veces más frecuente que en el parto vaginal.

Para los criterios de inclusión relacionados con el manejo, se identificaron más pacientes por manejo instaurado (53,4 %), seguido de falla orgánica (31,4 %) y, por último, con la enfermedad específica (15,1 %).

Entre las causas de morbilidad materna extremadamente grave, la mayor frecuencia se encontró en el tercer grupo (según manejo instaurado), por ingreso en la UCI (100 %), seguido por la intervención quirúrgica (75 %), y por la transfusión (55 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según morbilidad.

Morbilidad	No.	%
Enfermedad específica		
Eclampsia	2	10
Choque séptico	1	5
Choque hipovolémico	10	50
Fallo orgánico		
Cardíaco	7	35
Vascular	7	35
Renal	0	0
Hepático	0	0
Respiratorio	6	30
Cerebral	2	10
Coagulación	3	15
Metabólico	2	10
Manejo instaurado		
Cirugía	15	75
Transfusión	11	55
UCI	20	100

Fuente: Historia clínica individual.

Las causas principales de ingresos en la UCI fueron: el sangrado (25 %), la pre eclampsia-eclampsia (20 %) y las atonías (15 %).

Como parte de la conducta quirúrgica instaurada, se efectuaron 13 cirugías adicionales. El sangrado con el 33,3 %, las atonías y los accidentes obstétricos con el 20 % cada uno, fueron consecuencias ocasionadas por el procedimiento quirúrgico.

Por enfermedad específica, el choque hipovolémico fue el más frecuente, con el 50 % de incidencia, y la eclampsia con el 10 %.

Fueron más frecuentes los fallos orgánicos cardíaco y vascular (35 % cada uno) y respiratorio, con el 30 %.

En el análisis de los indicadores de la atención prenatal, se evidenció que el sistema de vigilancia para la MMEG identificó incumplimientos del estándar para los criterios de captación precoz, evaluaciones realizadas por el ginecoobstetra y reevaluaciones por el especialista, complementarios efectuados al inicio del embarazo y en el seguimiento evolutivo de los complementarios, como la hemoglobina, además con la realización del ultrasonido obstétrico en los tres trimestres del embarazo. Solamente dos de los criterios cumplieron con el estándar fijado, que fueron: la edad gestacional promedio, establecido para la evaluación por el ginecoobstetra, y el número promedio de controles prenatales realizados; por ello, la atención prenatal efectuada a estas pacientes fue evaluada como no aceptable, con un 15,4 % de criterios favorables, por lo que se encontró por debajo del estándar establecido del 90 % (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación integral de las consultas de la atención prenatal.

Indicadores de consulta de evaluación		No	%	Estándar	Evaluación
Captación precoz		16	80	100	No aceptable
Evaluador Esp. Obstetricia		18	90	100	No aceptable
Re evaluador Esp. Obstetricia		18	90	100	No aceptable
Complementarios iniciales		18	90	100	No aceptable
Seguimiento de la hemoglobina	1er trimestre	18	90	100	No aceptable
	2do trimestre	17	85	100	No aceptable
	3er trimestre	16	80	100	No aceptable
Seguimiento del USO	13 semanas	16	80	100	No aceptable
	20-22 semanas	18	90	100	No aceptable
	26 semanas	17	85	100	No Aceptable
Semanas a la evaluación (promedio)		13.5		13	Aceptable
Promedio de controles realizados		8		8	Aceptable
Evaluadas como riesgo		15	75	100	No aceptable
Total		2	15.4	90*	No aceptable

Fuente: Historia obstétrica

*Estándar 90 %

Al analizar los indicadores de estructura de la atención secundaria, se evidenció que el recurso humano disponible para la asistencia hospitalaria era de un 98 %, por lo que se cumplió con este indicador; sin embargo, solamente el 25 % del recurso humano estaba capacitado, con un 37,1 % de los médicos y un 21,3 % de los enfermeros, por lo que se encontraba por debajo del indicador establecido del 90 %.

La disponibilidad de recursos materiales en los hospitales, como medicamentos, reactivos, material gastable, equipos de laboratorio y otros, para la atención a estas pacientes, no constituyeron un problema, al disponer de una cobertura del 94 % por encima del estándar establecido, pero las condiciones higiénico-sanitarias de las unidades asistenciales, según el estándar fijado del 90 %, fueron catalogadas como no aceptables, ya que se obtuvo solamente el 72,7 % de los criterios favorables (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación integral de la estructura de la atención secundaria.

Indicadores de Estructura	%	Estándar*	Evaluación
Disponibilidad de recursos humanos	98	90	Aceptable
Disponibilidad de recursos Materiales	94	90	Aceptable
Capacitación de recursos humanos	25.6	90	No aceptable
Condiciones higiénico sanitarias de las unidades asistenciales	72.7	90	No aceptable
Total	50	90	No aceptable

Fuente: Guía de observación

*Estándar 90 %

De forma general, la dimensión estructura de la atención secundaria fue evaluada de no aceptable, con un 50 % de criterios favorables, por lo que se encontró por debajo del estándar establecido del 90 %.

La dimensión de la calidad del proceso de la atención secundaria presentó problemas con la aplicación del código de colores, seguimiento de signos precoces del choque, con la aplicación de algunos protocolos de actuación y el seguimiento de las pacientes por la comisión de morbilidad materna grave, por lo que fue catalogada como no aceptable, con el 40 % de los criterios aceptables, por debajo del estándar establecido del 90 %.(Tabla 5).

Tabla 5 .Evaluación integral de los procesos en la atención hospitalaria.

Criterios	%	Estándar	Evaluación
Aplicación del sistema de clasificación por el código de colores	95	100	No aceptable
Identificación del riesgo obstétrico	90	100	No aceptable
Seguimiento de los signos clínicos precoces de choque	95	100	No aceptable
Seguimiento de la morbilidad por la Comisión caso grave	70	100	No aceptable
Cumplimiento de los protocolos: Pérdida de sangre	100	100	Aceptable
Cumplimiento de los protocolos: Enfermedad específica	100	100	Aceptable
Cumplimiento de los protocolos: HTA gestacional	100	100	Aceptable
Cumplimiento de los protocolos: Riesgo anestésico	90	100	No aceptable
Cumplimiento de los protocolos: Sepsis	100	100	Aceptable
Cumplimiento de los protocolos: Enfermedad tromboembólica	40	100	No Aceptable
Total	40	90*	No Aceptable

Fuente: Historia clínica individual

*Estándar 90 %

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo están basados en los criterios estandarizados para la identificación de casos seguidos por la FLASOG.¹ Disímiles resultados se encontraron en la literatura consultada, de acuerdo con el criterio utilizado.²⁻⁴

En cuanto a la edad promedio, escolaridad y ocupación, los resultados fueron similares a los obtenidos en otros trabajos.^{2,3}

Resulta preocupante el elevado porcentaje de madres mayores de 35 años, si se tiene en cuenta que ellas tienen 1,3 veces mayor probabilidad de que les ocurra una complicación grave durante el puerperio, como las atonías y hemorragias obstétricas, además de que pueden presentar alteraciones placentarias, como la placenta previa e insuficiencia placentaria y sangrado durante el embarazo, como se comprobó en este estudio.²⁻⁵ asimismo, se eleva el riesgo provocado por una incidencia superior de enfermedades crónicas preexistentes, a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo, que ponen a prueba sus reservas corporales.⁶

Sin embargo, las adolescentes menores de 20 años (10 %) sufrieron eclampsia en el 100 % de los casos. La maternidad en la adolescencia implica importantes riesgos para el embarazo y el parto a causa de la inmadurez física. La adolescente embarazada tiene doble probabilidad de morir en el parto, además de exponer a su descendencia a un alto riesgo de muerte,⁵⁻⁷ aunque el mayor o

menor daño estaría en relación directa con las particularidades culturales, sociales, económicas y de atención médica de un sitio determinado.^{4, 5,7,8}

Son muchos los factores de riesgo que se identifican en una gestante y que se relacionan con la morbilidad materna extrema; entre ellos se encuentran los que están presentes desde la etapa preconcepcional, como la anemia, que aumenta la mortalidad materna posparto y es muy frecuente en mujeres en edad de procrear y en el embarazo, muy relacionados con el nivel económico y adquisitivo y con la edad menor de 20 años. Se asocia a la malnutrición, debido a la ingestión insuficiente de alimentos de poco valor nutricional.⁹ Los resultados obtenidos en este estudio no coinciden con otros trabajos realizados.^{2,3}

Otro de los riesgos maternos identificados fue la HTA durante la gestación, que se relaciona, fundamentalmente, con la inserción de una preeclampsia grave y la eclampsia. Se estima que alrededor del 7 % de los embarazos desarrollarán una preeclampsia. El 5 % de las preeclampsias evolucionan finalmente a eclampsia, y hasta en un 19 % pueden hacerlo como un cuadro de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE) o HELLP, por sus siglas en inglés. Los resultados adversos en la preeclampsia se deben, fundamentalmente, a una disfunción en el sistema nervioso central, hepático o renal y al sangrado. La preeclampsia-eclampsia constituye una de las tres causas más frecuentes de mortalidad en la embarazada.⁹⁻¹¹ Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los de la literatura consultada.^{2-4, 10-12}

La infección vaginal fue otro factor de riesgo importante asociado a la morbilidad materna; en el estudio se halló una elevada proporción de pacientes, en contraposición con el diagnóstico nulo de infección de transmisión sexual (ITS), por lo que pensamos se deba a deficiencias en el seguimiento evolutivo de la afección, que ocasiona un subdiagnóstico de esta. Similares resultados fueron hallados en otros estudios.^{2,3}

El momento de la complicación más frecuentemente hallado en otras investigaciones fue el posparto,^{2,3} lo cual coincide con la presente investigación, pues este período se caracteriza por un aumento de las tensiones fisiológicas y por la gran transición psicológica que experimenta la madre; el cuerpo de la mujer se torna más vulnerable debido al agotamiento de las energías, a las fatigas propias del fin del embarazo y del parto, al trauma tisular que ocasiona el parto, a la pérdida de sangre y a la anemia.¹³

El aumento de la proporción de cesáreas con respecto al parto vaginal está en relación con la condición materna extrema, que requiere la vía rápida para evitar una complicación neonatal, sobre todo si se presenta en el último trimestre, cuando el pronóstico fetal es muy favorable.⁹

Sobre la base de los criterios de inclusión utilizados, se encontraron similares resultados que los hallados en otros estudios realizados recientemente,^{1,2-4} aunque otros países en desarrollo utilizan como criterio a la admisión en unidades de cuidados intensivos, como estándar para la identificación de estos casos, y este varía de región a región, en dependencia de los protocolos de tratamiento y de la oferta del servicio.^{4,8}

Mediante el sistema de vigilancia prenatal se identificó que el 80 % de las pacientes fueron captadas precozmente, indicador este muy importante, ya que su objetivo es modificar los factores de riesgo susceptibles de ser modificables al suministrar a toda gestante una atención preventiva y continua a su salud e incrementar la capacidad de autocuidado antes, durante y después del embarazo.^{1,9} La realización de los complementarios al inicio del embarazo, la consulta de evaluación efectuada a las 13,5 semanas de gestación como promedio y por un especialista en Ginecoobstetricia, constituyen una herramienta clave para la detección temprana de afecciones y riesgos presentes en la embarazada, que pudieran afectar la evolución satisfactoria del embarazo y la etapa perinatal.

Como se sabe, el control del riesgo preconcepcional en la mujer y la atención prenatal reducen el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, brindan el espacio preciso para prestar una asistencia integral, en la que es necesario identificar todos los riesgos presentes, ofrecen un seguimiento y control adecuados para eliminar, atenuar o compensar estos riesgos, con el objetivo de promover una salud reproductiva y garantizar una maternidad sin riesgos.^{2, 3,9}

Sin embargo, está demostrado que la atención prenatal, por sí sola, no es suficiente para reducir la mortalidad materna, porque no siempre pueden predecirse ciertas complicaciones durante el parto y el puerperio, como la atonía uterina o la retención de la placenta; por ello, se hace necesario mejorar la atención obstétrica de urgencia y de los servicios más especializados a quienes lo requieren.^{2,9,11}

La actualización y la capacitación continua del personal vinculado a la atención materna, la auditoría médica de los servicios obstétricos y los comités de análisis de la morbilidad materna extremadamente grave en cada institución, permiten analizar los casos obstétricos complicados para encontrar los factores relacionados y buscar soluciones que minimicen el riesgo y conduzcan a brindar una mejor atención a estas pacientes.

Para la atención médica a la MMEG, el nivel secundario cuenta con protocolos bien establecidos para la atención al embarazo, el parto y el puerperio, pero aún su cumplimiento es uno de los factores que dificultan la calidad de la atención obstétrica. Además, el resultado obtenido de esta evaluación en los procesos depende, en gran medida, de la competencia y el desempeño de los profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 9 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
2. Carbonell García IC, López Barroso R, Alba Arias Y, Gómez Padró T, Smith Salazar L, Álvarez Toste M, *et al.* Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. Santiago de Cuba 2009. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet]. 2009 [citado 5 mayo 2010];47(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hie06309.pdf
3. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet]. 2010 sep.-dic. [citado 5 mayo 2010];48(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000300010&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Álvarez Toste M, Hinojosa Álvarez MC, Salvador Álvarez S, López Barroso R, González Rodríguez G, Carbonell I, *et al.* Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet]. 2011 sep.-dic. [citado 10 mar. 2012];49(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Chen PJ. Embarazo en edad avanzada [internet]. Baltimore: University of Maryland Medical Center (UMMC); 2010 [citado 5 mayo 2010]. Disponible en: http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000201.htm
6. Benizes KM. Advanced maternal age: Are decisions about the timing of child-bearing a failure to understand the risks? CMAJ [internet]. 2008 Jan. 15 [citado 9 mayo 2010];178(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/178/2/183.full>
7. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2010 oct.-dic. [citado 9 mayo 2010];36(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000400002&script=sci_arttext
8. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y medicina. Vol. I [internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2008 [citado 9 mayo 2010]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_seg_edicion/cap52.pdf
9. Suárez González JM, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal ME, Tempo DC. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2010 abr.-jun. [citado 15 ene. 2011];36(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino MÁ, Muñoz-Bono J, Ruiz de Elvira MJ, Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. Med Intens [internet] 2011 nov. [citado 20 oct. 2012];35(8):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912011000800005&script=sci_arttext
11. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, *et al.* Births: Final Data for 2006. Natl Vital Stat Rep (NVSS) [internet]. 2009 Jan. 7 [citado 5 mayo

- 2010];57(7):[aprox. 102 p.]. Disponible en:
http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf
12. Fayad Saeta Y, López Barroso R, San Pedro López MI, Márquez Capote E. Materna crítica durante el período 2004-2008. Rev Cubana Obstetr Ginecol [internet]. 2009 [citado 9 mayo 2010];35(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin03409.htm
 13. Vázquez Cabrera J. Operación cesárea [internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2009 [citado 19 jul. 2012]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/embarazo_parto_puerperio/cap4.pdf

Recibido: 21 de abril de 2013
Aprobado: 18 de octubre de 2013

MSc. Dra. Idalmis Gil González. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Máster en Atención Integral a la mujer. Instructora. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: iihvc@capiro.vcl.sld.cu