

---

## TRABAJOS ORIGINALES

Hospital General Provincial Roberto Rodríguez  
Fernández. Calle Zayas s/n, esquina Libertad.  
Morón. Ciego de Ávila. Cuba



### MORBIMORTALIDAD MATERNA EN CUIDADOS INTENSIVOS, AÑOS 2010 Y 2011. HOSPITAL GENERAL MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

### MATERNAL MORBIMORTALITY IN INTENSIVE CARES, YEARS 2010 2011. HOSPITAL GENERAL MORON, CIEGO DE AVILA

Dr. Félix Alberto Pérez Estrada<sup>1</sup>, Dr. Julio Ángel Quintana González<sup>2</sup>, Eduardo Pérez Román<sup>3</sup>, Yeralda de la Caridad Echevarría Martínez<sup>4</sup>.

---

#### Resumen

**Introducción:** Cada día mueren aproximadamente mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, para un total de 358,000 muertes alrededor del mundo. **Objetivo:** Conocer el comportamiento de la morbilidad materna en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández, del Municipio Morón, Ciego de Ávila, desde el 1ro. de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, utilizando el método epidemiológico. El universo estuvo constituido por 58 pacientes. **Resultados:** Durante el año 2010 egresaron 28 maternas graves de la UCI, ocurrió una muerte materna por atonía uterina y coagulación intravascular diseminada, lo que representó una tasa de 4,8. En el año 2011 egresaron 30 pacientes, pero ninguna falleció. Los meses de mayor incidencia en el 2010 fueron septiembre (6), abril (4) y octubre (4), en el año 2011 predominó el mes de julio, el mayor número de pacientes se encontraban entre los 35 años ó más (27,6 %) y entre 25-29 años (25,9 %), las causas de ingreso obstétricas fueron más frecuentes (69.0 %) que las no obstétricas (31,0 %). **Conclusiones:** Existió un predominio de las causas obstétricas, con preponderancia de las hemorragias y los trastornos hipertensivos y las causas no obstétricas de mayor incidencia fueron la bronconeumonía y la crisis aguda de asma bronquial.

**Palabras claves:** muerte materna, hemorragias, trastornos hipertensivos

#### ABSTRACT

**Introduction:** Every day they die approximately thousand women for complications related with the pregnancy or the childbirth, for a total of 358.000 deaths around the world. **Objective:** Knowing the behavior of the maternal morbimortality in the intensive care unit of the General Provincial Educational Hospital Roberto Rodríguez Fernandez, of Moron Municipality, Ciego de Avila, from January 1st of the 2010 until December 31st

of the 2011. **Method:** observational, descriptive, longitudinal, retrospective study using the epidemic method for. The universe was constituted by 58 patients. **Results:** During the year 2010, 28 serious mothers were discharged of the intensive care unit, it happened a maternal death for uterine atony and intravascular disseminated clotting, that represented a rate of 4,8. In the year 2011, 30 patients were discharged, but any of them died. The months of greater incidence in the 2010 were September (6), April (4) and October (4), in the year 2011 prevailed the month of July, the greater number of patients was between the 35 years or more (27,6%) and between 25-29 years (25,9%), the causes of obstetric admission were more frequent (69.0%) that the not obstetric (31,0%). **Conclusions:** A prevalence of the obstetric causes existed, with preponderance of the hemorrhages and the hypertensive disorders and the not obstetric causes of greater incidence were the bronchopneumonia and the sharp crisis of bronchial asthma.

**Key words:** maternal death, hemorrhages, hypertensive disorders

---

<sup>1</sup> Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Master en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente.

<sup>3</sup> Estudiante de 5to. Año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Intensiva y Emergencias.

<sup>4</sup> Estudiante de 3er. Año de Medicina. Alumna ayudante de Ginecología y Obstetricia.

**Correspondencia:** [felix@moron.cav.sld.cu](mailto:felix@moron.cav.sld.cu).

---

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la muerte materna (MM), como la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos los 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.<sup>1</sup>

Cada día mueren aproximadamente mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, para un total de 358,000 muertes alrededor del mundo.<sup>2</sup>

La razón de mortalidad materna ratio (RMM) en los países en desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes diferencias entre los países. También hay grandes contrastes en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.<sup>3,4</sup>

Según las Naciones Unidas, el promedio de muertes maternas más elevada del año 2000 está en Sierra Leona con 2 000 y Afganistán con 1 900 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. El índice más bajo en Australia con 4 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos.<sup>5</sup>

América Latina constituye una de las regiones del mundo con mayor progreso en el tema, al lograr que se realicen el 86 % de partos institucionales y un 94 % de cobertura a la atención prenatal, pero lo alcanzado aún no satisface las necesidades básicas fundamentalmente de los estratos más vulnerables de la sociedad.<sup>6</sup>

En Venezuela, su RMM en los últimos diez años se ha mantenido oscilando cercana a 60, su tendencia es plana o a elevarse. El último reporte del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud para el año 2011, señala que sucedió un incremento de 9 % de MM en relación al 2010, pero la meta para 2015 que es de 13,3 RMM.<sup>7</sup>

Por su parte, Cuba logró un descenso acelerado y continuo de las muertes maternas, a partir del año 1959, lo que la ubica dentro de los cuatro países del continente americano con más bajas tasas en el indicador (Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay), después de Canadá y los Estados Unidos.<sup>6</sup>

Las causas de MM se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto. En las últimas décadas, han ocurrido diferentes eventos y conferencias internacionales, para trazar las estrategias de reducción de la mortalidad materna, en la Cumbre del Milenio (2000) se propuso su reducción en un 75 % para el año 2015.<sup>8</sup>

## **Objetivos**

### **General**

Caracterizar el comportamiento de la morbilidad materna en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Roberto Rodríguez Fernández en el período de enero del 2010 a diciembre del 2011.

### **Específicos**

1. Describir el comportamiento de las defunciones según tasa de muerte materna por año.
2. Distribuir las pacientes según municipio de origen, mes de ingreso y grupos de edad.
3. Identificar las causas de ingreso en UCI según diagnósticos obstétricos y no obstétricos.
4. Determinar las causas de muerte

## **Material y método**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, utilizando el método epidemiológico para conocer el comportamiento de la morbilidad materna en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández en el período desde el 1ro. de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011. El universo estuvo constituido por 58 pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad materna, municipio de procedencia, diagnóstico al ingreso y causas de muerte. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes y el departamento de registros médicos.

Para el procesamiento de la información se utilizó una computadora personal Pentium IV con ambiente de Windows XP. Los textos se procesarán con Word XP.

A los resultados se le aplicó el análisis porcentual y se presentan en tablas y gráficos, los cuales fueron analizados para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos.

### Análisis y discusión de los resultados

Durante el año 2010 ocurrió una muerte materna, lo que representó una tasa de 4,8. No acontecieron defunciones durante el 2011, (Tabla 1).

En el contexto internacional, al analizar el panorama general que presentaba Chile en 1965, la MM era de 27,9 defunciones por cada 10.000 NV, entre los años 1990-1996 fue de 31,5/100 000 nacidos vivos. La tendencia de este indicador ha sido hacia la reducción progresivamente.<sup>9</sup>

**Tabla. 1. Tasa de muerte materna según años.**

Año	Fallecidos	Tasa
2010	1	4.8
2011	0	0

Fuente: Departamento Registros Médicos. Hospital Docente Roberto Rodríguez Fernández.

Si analizamos otros países de la región, aunque Colombia ha logrado reducir la tasa de mortalidad materna desde el año 1956 (311 por 100 000 nacidos vivos), aún en el 2003, la tasa fue de 67,36 por 100 000 nacidos vivos, según estadísticas del DANE.<sup>10</sup>

En Cuba, Urbay Ruiz y colaboradores en Villa Clara, publicaron una serie de 275 pacientes durante nueve años con una MM de 6,5 %, mientras que Pérez Assef y colaboradores informaron una tasa de 7,8.<sup>11</sup>

**Tabla 2. Distribución de pacientes ingresadas en UCI, según municipios.**

Municipios	Ingresos		Fallecidos	
	No. Ingresos	%	No.	%
Morón	23	39,7	0	0
Primero de enero	12	20,7	0	0
Chambas	8	13,9	0	0
Ciro Redondo	5	8,6	1	1,7
Bolivia	3	5,2	0	0
Florencia	2	3,4	0	0
Ciego de Ávila	2	3,4	0	0
Baraguá	1	1,7	0	0
Venezuela	1	1,7	0	0
Otras provincias	1	1,7	0	0
Total	58	100	1	0

Fuente: Historias clínicas.

De acuerdo al municipio de procedencia (tabla 2), de las 58 maternas que ingresaron durante los dos años en la UCI, el mayor número correspondió a Morón (39,7 %), Primero de enero (20,7 %) y Chambas (13,9 %). Sin embargo, se reportó una MM perteneciente al municipio Ciro Redondo, lo que representó el 1,7 % del total de egresos. La muestra incluyó una paciente de la provincia Sancti Spíritus que evolucionó satisfactoriamente.

**Tabla 3. Distribución de pacientes según meses del año.**

Meses	2010			2011		
	No. Ingresos	Fallecidas	%	No. Ingresos	Fallecidas	%
Enero	2	0	0	3	0	0
Febrero	3	0	0	0	0	0
Marzo	1	0	0	3	0	0
Abril	4	0	0	3	0	0
Mayo	0	0	0	3	0	0
Junio	1	0	0	1	0	0
Julio	1	0	0	5	0	0
Agosto	1	0	0	3	0	0
Septiembre	6	1	3,6	2	0	0
Octubre	4	0	0	3	0	0
Noviembre	2	0	0	2	0	0
Diciembre	3	0	0	2	0	0
Total	28	1	3,6	30	0	0

Fuente: Historias clínicas.

Durante el año 2010, egresaron 28 maternas graves de la UCI (tabla 3), los meses de mayor incidencia fueron septiembre (6 y una fallecida), abril (4) y octubre (4). Aunque en el año 2011 la cifra de egresos fue similar (30), el mayor número de pacientes tuvo lugar en el mes de julio.

En la serie estudiada en la provincia Granma, el mayor número de muertes por orden de frecuencia ocurrió en los meses de enero (8), agosto (8) y diciembre (7).<sup>12</sup>

**Tabla 4. Distribución de maternas según grupos de edad.**

Grupos de edad	No.	%
Menor de 20	8	13,8
20-24	9	15,5
25-29	15	25,9
30-34	10	17,2
35 ó más	16*	27,6
Total	58	100

\*incluye una MM

Fuente: Historias clínicas.

El análisis de la variable edad materna al ingreso (tabla 4), revela que el mayor número de pacientes se encontraban entre los 35 ó más (27,6 %), con una MM y entre 25-29 años (25,9 %).

Como destaca el estudio realizado por Donoso y colaboradores, en Chile, la mortalidad materna fue significativamente mayor en los grupos de 35-39 años (54,4/100 000) y mayores de 39 años (116,5/100 000), que el grupo control (29,3/100 000).<sup>13</sup>

En una serie de 32 casos, la edad materna promedio fue 30,9 años (DS ± 7,38, rango 15- 44), 21 pacientes (65,6 %) eran menores de 35 años.<sup>10</sup>

En un estudio realizado en Villa Clara, desde el año 2001 al 2010, la edad más representativa fue los 36 años con 4 muertes maternas (16,6 %), una media para la edad de 30,67 años y una desviación estándar de 6,08.<sup>5</sup>

Sin embargo, Acevedo y colaboradores no encontraron asociación entre la edad y la causa de ingreso, pero estos autores señalan que Urbay Ruiz y colaboradores informaron un 11,4 % de mortalidad entre las menores de 20 años, resultados similares observaron Assef y colaboradores en las adolescentes (13,5 %), mientras que Cabezas, describe en las jóvenes de 15 a 19 años una tasa de mortalidad inferior a la del resto de las edades durante la década 1990-99.<sup>14</sup>

**Tabla 5. Distribución de maternas según diagnósticos obstétricas de ingreso en la UCI. N=58**

Diagnóstico	No.	Tasa
Hemorragia obstétrica mayor	20	34,5
Atonía uterina	12*	20,7
Rotura uterina	2	3,4
Hematoma retroplacentario	2	3,4
Embarazo ectópico	4	6,9
Trastornos hipertensivos	15	25,9
Eclampsia	2	3,4
Preeclampsia grave	13	22,4
Sepsis obstétrica	5	8,6
Total	40	69.0

\*incluye una MM por coagulación intravascular diseminada

Fuente: Historias clínicas. Departamento Registros Médicos. Hospital Docente Roberto Rodríguez Fernández.

Cabe señalar que el comportamiento de las causas que originaron el ingreso en la UCI presenta importantes diferencias (tabla 5). Existió un predominio de las causas obstétricas (69 %), con preponderancia de las hemorragias (34,5 %) sobre los trastornos hipertensivos (25,9 %) y la sepsis obstétrica (8,6 %). La preeclampsia grave constituyó el 22,4 % y la atonía uterina se presentó en el 20,7 %. El embarazo ectópico es poco notorio dentro de este grupo de etiologías. Una de las pacientes que ingresó por Atonía Uterina, evolucionó hacia la coagulación intravascular diseminada y falleció. Entre 2009 y 2010, la pérdida masiva de sangre constituyó la primera causa de morbilidad materna extremadamente grave, por lo que se considera el paso previo que se interrelaciona con la principal causa de muerte materna en el mundo y en Cuba, la hemorragia, aún con mayor frecuencia la generada en el posparto inmediato.<sup>15</sup>

En la provincia Granma, la hemorragia ocupa el primer lugar en esta escala, seguida del embolismo del líquido amniótico. La enfermedad hipertensiva del embarazo se encontró solamente en 3 fallecidas.<sup>12</sup>

En la literatura internacional, se registran diversos estudios sobre esta temática. En Colombia, los datos publicados por la Secretaría de Salud de Cali, para el año 2005 se presentaron 87 casos de morbilidad extrema, ocupando el primer lugar en orden de frecuencia la preeclampsia (62,1 %) y en segundo la hemorragia severa (21,8 %).<sup>10</sup>



El hematoma retroplacentario, ha sido señalado en varios artículos como una de las gestorragias clásicas de la segunda mitad de la gestación que más contribuye al incremento de la mortalidad perinatal.<sup>16</sup>

Sin embargo los trastornos hipertensivos merecen una consideración especial, pues constituyen, para muchos autores, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo, lo que representa 4 defunciones por cada 100 000 nacimientos y 150 defunciones o más por cada 100 000 nacimientos, respectivamente.<sup>17</sup>

La preeclampsia (PE), trastorno multisistémico exclusivo de la gestación humana, afecta entre el 5-7 % de todos los embarazos y es responsable de aproximadamente 44.000 muertes maternas anuales en el mundo. Es la primera causa de mortalidad materna en Colombia, donde en el año 2008 se reportó una tasa de 46 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.<sup>18</sup>

En cuanto a la incidencia del embarazo ectópico, se observó un aumento en Chile en la década 90, pues se elevó de 1 por 333 partos a 1 por 88 partos; en Suecia en 1:66 nacimientos, Finlandia 1:47 nacimientos, Estados Unidos 1:34 nacimientos y Cuba 1: 25 nacimientos.<sup>19</sup>

La sepsis se encuentra entre las primeras causas de morbilidad materna. La OMS reportó en el 2003 que en la población obstétrica constituye la quinta causa de muerte materna con una tasa estimada de más de 1000 x 100000 nacidos vivos.<sup>20</sup>

En un trabajo publicado recientemente, las complicaciones más frecuentes en las pacientes que ingresaron por causas obstétricas fueron los trastornos del equilibrio hidromineral y ácido-básico (9,4 %), la politransfusión (7,1 %), infección respiratoria (3,3 %), el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) (3 %), la coagulación intravascular diseminada (CID) (3,3 %), el derrame pleural (2,4 %) y la reintervención quirúrgica (2,4 %).<sup>14</sup>

En general, las causas no obstétricas de ingreso en la UCI (tabla 6), representaron el 31 %. De acuerdo con nuestros resultados, la Bronconeumonía (8,6 %) y la crisis aguda de asma bronquial (8,6 %) constituyen los principales diagnósticos.

Se estima que 300 millones de personas en todo el mundo padecen actualmente de asma bronquial. En Cuba, la tasa general nacional es de 87,42, y para el grupo de edades comprendidas entre 10 y 14 años, de 137,13 con diferencias entre las provincias, aparentemente relacionadas con el desarrollo industrial que existe en ellas, lo que explica la incidencia de Crisis prolongadas en la paciente obstétrica.<sup>21</sup>

**Tabla 6. Distribución de maternas según diagnósticos no obstétricos de ingreso en la UCI.**

N=58

Diagnóstico	No.	Tasa
CAAB	3	5,2
Status Asmático	1	1,7
Bronconeumonía	5	8,6
ARDS	1	1,7
Posapendicectomía	2	3,4
Posoperatorio de tumor de columna	1	1,7
Meningoencefalitis	1	1,7

Fibrilación auricular	1	1,7
Miocarditis	1	1,7
Enfermedad tromboembólica	2	3,4
Total	18	31,0

CAAB: Crisis aguda de asma bronquial

Fuente: Historias clínicas. Registro del Departamento Registros Médicos. Hospital Docente Roberto Rodríguez Fernández.

Si valoramos la situación de las mujeres en edad reproductiva en México, durante el año 2002 se registraron 27,828 defunciones. De éstas, 461 (1.7 % del total) fueron infecciones respiratorias agudas y ocuparon la decimocuarta causa de muerte para este grupo.<sup>22</sup>

Es de interés notar la variedad en la incidencia de Apendicitis durante el embarazo en las diferentes latitudes geográficas, según Inca, se presenta con una frecuencia de un caso cada 1 500 gestantes, Brant la señala en 0,06 % y Taylor 1 cada 704 casos. En Burkina Faso 2,1 por cada 1 000. Es más frecuente en los 2 primeros trimestres de la gestación con un predominio en el 2do. trimestre.<sup>23</sup>

En cuanto a la enfermedad tromboembólica venosa, Gherman reportó 1 por 1 627 y Reyes Muñoz 1 por 753 partos.<sup>24</sup>

### Conclusiones

El mayor número de maternas que ingresó en la UCI procedía de los municipios Morón, Primero de Enero y Chambas, los ingresos fueron más frecuentes en el mes de julio, la mayor cifra de pacientes se encontraba entre los 35 años ó más, existió un predominio de las causas obstétricas, con preponderancia de las hemorragias y los trastornos hipertensivos y las causas no obstétricas de mayor incidencia fueron la bronconeumonía y la crisis aguda de asma bronquial.

### Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). The International Statistical Classification of Diseases and Related Death Problems [Internet]. Switzerland: WHO; 2004 [citado 10 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications>
2. World Health Organization. Maternal mortality. Media centre. Fact sheet. [Internet]. Switzerland WHO; 2010 [citado 10 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348>
3. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am Journal of Obstet Gynecol. 2004;192:342–9.
4. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009;374:881–92.
5. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Lorenzo González BC. Problemática de la muerte materna en Villa Clara. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 15 Oct 2012]; 38(1):28-35. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100004&lng=es).



6. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 1995. Mortalidad materna según causas 1970 – 1995 [Internet]. 1995 [citado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?lslsScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m39&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=1995&tag5023=39>
7. Faneite P. Mortalidad materna. ¿Meta del milenio alcanzable? Academia Nacional de Medicina. Boletín ANM-Venezuela; 2012.
8. Águila Setián S. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(2):281-9.
9. Szot Meza J. Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. Rev chilena Obstet Ginecol. 2002;67(2):25-33.
10. Morales Osorno B, Martínez Diana M, Cifuentes Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero del 2003 y Mayo del 2006. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2007 [citado 20 Nov 2012];58(3):184-188. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342007000300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000300003&lng=en).
11. Pérez Assef A, Calixto Augier D, Tamayo Gómez F, Hernández Beguiristain J. Evaluación de la mortalidad materna en cuidados intensivos con una escala pronóstica. Medicina Intensiva y Emergencia [Sitio en Internet]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/041evaluacion\\_de\\_la\\_mortalidad\\_materna\\_en\\_cuidados\\_intensivos\\_con\\_una\\_escala\\_pronostica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/041evaluacion_de_la_mortalidad_materna_en_cuidados_intensivos_con_una_escala_pronostica.pdf)
12. Millán Vega MM, Sánchez Alarcón C, Rodríguez Reytor R, Rodríguez Cañete AR, Fajardo Tornes Y. Mortalidad materna en Granma. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2012]; 38(1):11-20. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100002&lng=es).
13. Donoso Sina E, Poblete AL, Villarroel del Pino L. Mortalidad materna: Chile 1990-1996. Rev. chil. obstet. ginecol. 1998;63(4):290-7.
14. Acevedo Rodríguez O, Sáez Cantero V, Pérez Assef A, Alcina Pereira S. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2012]; 38(2):13-22. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38\\_2\\_12/gin02212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin02212.htm)
15. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez RD. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 25 May 2012]; 48(3):310-20. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v48n3/hie10310.pdf>
- Avellaneda González A, Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Deulofeu Jiménez M. Hematoma retroplacentario: su repercusión en la morbilidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997;23(23):101-107.
16. Witlin. AG, Sibai B. Hypertension in pregnancy: current concepts of pre-eclampsia. An Rev Med. 2007;48:125-7.
17. Serrano NC, Páez MC, Beltrán MA, Colmenares CC, Guio E, Bautista P, et al. Preeclampsia y riesgo cardiovascular: estudio de seguimiento en la población de GenPE en Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2012;63:241-251.
18. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2012];37(1):84-99.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es).

19. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Switzerland: WHO; 2003.
20. Minsap, OPS, Unicef, FNUAP. Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana; 2008. p. 112.
21. Ramírez Crescencio MA, Soto Hernández JL. Neumonía durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum. 2007;21:155-162.
22. Laffita Labañino W, Jiménez Reyes W. Apendicitis aguda en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2012];37(2):223-234. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200012&lng=es).
23. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Experiencia de 11 años en la enfermedad tromboembólica venosa en el período grávido puerperal. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2012];37(3):300-311. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300002&lng=es).

Recibido: 09 de mayo 2014

Aprobado: 21 de mayo 2014

Félix Alberto Pérez Estrada. Hospital General Provincial Roberto Rodríguez Fernández. Calle Zayas s/n, esquina Libertad. Morón. Ciego de Ávila. Cuba. Dirección electrónica: [felix@moron.cav.sld.cu](mailto:felix@moron.cav.sld.cu).