
TRABAJOS ORIGINALES

Hospital General Docente Ciro Redondo García.
Calle 33 entre 20 y 22, Artemisa. Artemisa. Cuba.



PUERPERIO COMPLICADO, UN RETO CLÍNICO

COMPLICATED PUERPERIUM, A CLINICAL CHALLENGE

MSc. Dra. Guianeya Encinosa Moreno¹, MSc. Lic. Diannys González Gómez², MSc. Lic. Eden Díaz Frómeta³.

Resumen:

Introducción: El ingreso en las unidades de cuidados intensivos, constituye un importante instrumento para la reducción de la morbilidad y la mortalidad de las pacientes obstétricas complicadas. **Objetivos:** Identificar algunos factores que inciden en la morbilidad puerperal grave. **Método:** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo de las puérperas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Ciro Redondo García, de Artemisa, en el período 2011 al 2012. El universo de nuestro estudio se conformó con todas las puérperas del período analizado. Se utilizaron medidas descriptivas como frecuencias absolutas, acumuladas, porcentaje (%), media aritmética (x), para resumir la información. Se analizaron las variables: edad, modo de nacimiento, motivo del ingreso, complicaciones presentadas en la unidad de cuidados intensivos polivalente, causas de las histerectomías realizadas. **Resultados:** Las edades extremas: adolescentes y añosas contribuyeron a más de un tercio de los ingresos. Predominó el puerperio complicado en cesareadas. Las morbilidades más frecuentes registradas fueron las hemorragias y las sepsis obstétricas. Luego de su ingreso en la unidad de cuidados intensivos polivalente imperaron las complicaciones de tipo hemorrágico. Las causas fundamentales de histerectomía fueron absceso de histerorrafia, acretismo placentario, absceso tubovárico, atonía uterina, hemorragia. **Conclusiones:** La cesárea se asoció significativamente con la sepsis obstétrica. Las dos causas de fallecimiento fueron la sepsis y la hemorragia.

Palabras claves: Histerectomía, cesárea, sepsis, puerperio complicado

ABSTRACT

Introduction: The admission in the intensive care units constitutes an important instrument for the reduction of the morbidity and the mortality of the obstetric complicated patients. **Objectives:** Identifying some factors that strike in the serious puerperal morbidity. **Method:** Transverse, descriptive and retrospective study of the admitted puerperal women in the polyvalent intensive care unit of the hospital Ciro Redondo García, of Artemisa, in the period 2011 to 2012. The universe of our study was conformed with all the puerperal women of the analyzed period. They were used descriptive measures such as absolute frequencies, accumulated, percentage (%), arithmetic half(x), in order to summarize the information. They were analyzed the variables: age, way of birth, reason of the admission, complications presented in the polyvalent intensive care unit, causes of the carried out hysterectomies. **Results:** The extreme ages: adolescents and old women contributed to more than one third of the admission. It prevailed the complicated puerperium in cesarean women. The most frequent registered morbidities were the hemorrhages and the obstetric sepsis. After their admission in the polyvalent intensive care unit the complications of hemorrhagic type reigned. The fundamental causes of hysterectomy were abscess of hysterorrafia, placental acretismo, tubovaric abscess, uterine atony, hemorrhage. **Conclusions:** The Cesarean operation was associated significantly with the obstetric sepsis. The two causes of death were the sepsis and the hemorrhage.

Key words: Hysterectomy, Cesarean operation, sepsis, complicated puerperium

¹ Especialista de primer grado en Medicina Interna. Diplomada en Terapia Intensiva. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Instructora.

² Licenciado en enfermería. Diplomada en Terapia Intensiva. Máster en Urgencias Médicas.

³ Licenciado en enfermería. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.

Correspondencia: guaney@infomed.sld.cu

Introducción

El ingreso en las unidades de cuidados intensivos, es considerado un marcador de morbilidad materna extremadamente grave^{1,2} y constituye un importante instrumento para la reducción de la morbilidad y la mortalidad, en el manejo de las pacientes obstétricas complicadas.³⁻⁶

Cuba, país en desarrollo, presenta un sistema de salud único y una voluntad política que ha permitido alcanzar altos niveles en la salud pública en general y en la atención materno-infantil en particular, en la cual se exhiben indicadores propios de países desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la razón de la mortalidad materna está disminuyendo lentamente para que se pueda alcanzar el quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM), que consiste en «reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en las tres cuartas partes». Esta pequeña disminución ha tenido

lugar en países con una mortalidad materna relativamente baja. En los países con las mayores cifras iniciales, apenas ha habido progresos en los últimos 15 años.⁷

El comportamiento epidemiológico en cuanto a mortalidad materna es elevado en países en desarrollo con una razón de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por 100 000. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos; y entre la población rural y urbana.⁸⁻¹¹

El surgimiento de las salas de terapia intensiva para la atención al paciente grave ha permitido minimizar la mortalidad y las complicaciones mediante la monitorización invasiva o no y el empleo de modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas en estas unidades.

La admisión en unidades de cuidados intensivos es el criterio más comúnmente usado en los países desarrollados como estándar para la identificación de los casos graves, aunque este varía de región a región en dependencia de los protocolos de manejo que hayan sido utilizados y de la oferta del servicio.¹²⁻¹⁵

Sin embargo, las causas de muertes maternas 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.¹⁶⁻¹⁸

La lucha por disminuir la mortalidad materna debe continuar hasta lograr que una mujer no tenga una complicación relacionada con el proceso reproductivo. Se coopera así con el bienestar de la madre y su hijo, además de la satisfacción personal que brinda la capacitación científica para abordar los problemas obstétricos, mejorando los indicadores de calidad en la atención a las mujeres cubanas durante el embarazo, parto, puerperio y el reconocimiento social a esta labor.

También, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida, en nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada.

Después de revisar estos temas se decidió realizar este trabajo con el objetivo de identificar algunos factores que han sido capaces de producir alteraciones en las puérperas llevándolas ante la aparición de un proceso morboso crítico. Con ello contribuiremos a elevar la calidad de los servicios obstétricos que ofrecemos, aportaremos nuevos conocimientos sobre una base científica del problema, y permitirá la toma de decisiones, de forma oportuna, para la atención futura.

Objetivos

General

Caracterizar a las pacientes ingresadas con diagnóstico de puerperio complicado en la unidad de cuidados intensivos polivalente (UCIP) del Hospital General Docente Ciro Redondo García, de Artemisa, en el período 2011-2012.

Específicos

1. Identificar la edad de las puérperas.
2. Precisar el modo de nacimiento.
3. Relacionar el motivo del ingreso con el modo de nacimiento.
4. Conocer las complicaciones presentadas en la UCIP
5. Analizar la mortalidad y sus causas inmediatas.
6. Determinar las causas de las histerectomías realizadas.

Material y método

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo de las puérperas ingresadas en la UCIP del Hospital Ciro Redondo García, de Artemisa, en el período 2011 al 2012.

Universo: 38 puérperas ingresadas en la UCIP.

La recolección, análisis y el procesamiento de la investigación fueron realizados por un equipo de trabajo de 1 médico intensivista y dos licenciados en enfermería. Al realizar la investigación se utilizó el método científico y nos auxiliamos del estadístico. A través de un análisis descriptivo de los datos aportados por las historias clínicas de las puérperas y diversos registros del servicio, se le dio salida a los objetivos planteados.

Del registro de pacientes se extrajo la cantidad de fallecidas, total de puérperas atendidas y el número de las historias clínicas.

Los expedientes clínicos fueron leídos en su totalidad por nuestro equipo de investigadores y de ellos se extrajo el resto de las variables necesarias para el análisis deseado como: la edad de las puérperas, el modo de nacimiento, el motivo del ingreso, complicaciones presentadas en la UCIP y las causas de las histerectomías realizadas.

Al determinar las escalas de edad y tiempo de puerperio se tuvo en cuenta la conveniencia según la importancia clínica a destacar.

Se utilizaron medidas descriptivas como frecuencias absolutas, acumuladas, porcentaje (%), media aritmética (\bar{x}), y así resumir la información. Para conocer el nivel de trascendencia estadística en los datos se aplicó el test de chi cuadrado (χ^2) y riesgo relativo (RR). Se consideró significativo un nivel de probabilidad $\alpha=0.05$. Se empleó el método analítico descriptivo para organizar y clasificar los datos y el inferencial para una mejor interpretación de los resultados. La información obtenida se expone en tablas y esquemas. Los textos y tablas se procesaron con Word XP.

Control semántico:

Puerperio: período comprendido entre la terminación del parto (gestación de 20 semanas o más) y el retorno del organismo femenino a su estado normal pre gravídico. Dura de 6 a 8 semanas.

Morbilidad materna extremadamente grave: complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Sepsis obstétrica: tiene por puerta de entrada el aparato genital después del parto y se ve favorecida por las alteraciones locales y generales del organismo puerperal.

Histerectomía obstétrica: resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto, puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente.

Análisis y discusión de los resultados

En la tabla 1 se recoge la edad de las puérperas. Hubo un predominio de las pacientes con edades entre 21 y 25 años de 28.95 %. En las edades extremas de riesgo: adolescentes y añosas se agrupó un 39.47 % de las puérperas, incluyendo un caso de 14 años, muy superior al encontrado en otros estudios.²⁰ En nuestro trabajo se desglosan en 23.68 % las adolescentes, y en 15.79 % las añosas.

Aquí debemos hacer mención al estudio de Rodríguez y colaboradores,²¹ en el cual plantean una relación significativa entre la gestante adolescente y la añosa con enfermedades graves que necesitan de ingreso en la UCI; esto se demostró en el estudio realizado por nosotros.

La edad materna es un factor importante a tener en cuenta para que se produzca algún tipo de morbilidad, máxime si esta es adolescente o añosa; las primeras porque su aparato reproductor está poco desarrollado para albergar un feto y más aún para el nacimiento, por tanto las consecuencias implícitas en este problema repercuten negativamente en la calidad de vida de la joven madre, y por supuesto en la familia, su bebé y la sociedad. Por otra parte, el embarazo en la mujer añosa también es considerado un riesgo, debido a que en esta edad el aparato reproductor comienza a envejecer, específicamente los vasos sanguíneos, con la consiguiente dificultad de adaptación a dicho embarazo y a la suma de diferentes tipos de patologías crónicas como son la hipertensión y la diabetes. Todos los investigadores revisados coinciden en plantear que estos dos grupos de edades son considerados de extremo riesgo para que se desarrolle una morbilidad grave.²²⁻²⁷ Con todos estos factores estamos en presencia de pacientes candidatas a ingresar en la UCI.

Tabla 1. Edad de las pacientes

Edad	No	%
15 o menos	1	2.63
16 a 20	8	21.05
21 a 25	11	28.95
26 a 30	8	21.05
31 a 35	4	10.53
36 y mas	6	15.79
Total	38	100.0

Fuente: Historias clínicas.

La adolescencia acarrea importantes riesgos para el embarazo y el parto. Alrededor de 15 millones de niños nacen cada año en el mundo de madres con edades entre 15 a 19 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, pre eclampsia, eclampsia, anemia y malnutrición en el momento de la concepción y se acompañan con frecuencia de un retardo en el crecimiento intrauterino. Tienen además el doble de probabilidad de morir en relación con el parto, riesgo que aumenta en cinco veces por debajo de los 15 años de edad, además de exponer a su descendencia a un alto riesgo de morir. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. Aunque las consecuencias físicas y sobre la salud en general de la adolescente y sobre su niño son universalmente reconocidas como problemáticas, nadie discute que el mayor o menor daño estaría en relación directa con las particularidades culturales, sociales, económicas y de atención médica de un sitio determinado.²⁸

Por otra parte, el retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado, como resultado de factores sociales, educacionales y económicos.²⁹

El incremento actual del embarazo en edad avanzada conlleva un mayor riesgo para la mujer durante la gestación provocado, entre otros factores, 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 y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación.³⁰

La edad superior o igual a 35 años se considera un factor de riesgo para que se produzca la admisión de estas pacientes en la UCI. Algunos autores al respecto plantean que si disminuyeran los embarazos en esta época de la vida reproductiva se pudiera disminuir un 40.6 % de ingresos en la terapia intensiva.^{31,32}

En la tabla 2 se destaca el modo en que se produjo el nacimiento de las pacientes admitidas en la UCIP. A más del 70 % de las puérperas complicadas se les había practicado parto por cesárea, el 21.05 % tuvo partos eutócicos no instrumentados. Esto fue encontrado con igual relación en otros estudios donde la morbilidad puerperal grave se presentó 1,7 veces más en la cesárea que en el parto vaginal.²⁰

Tabla 2. Modo de nacimiento

Modo de parto	No	%
Cesárea	27	71.05
Eutócico	8	21.05
Aborto	3	7.89
Total	38	100.0

Fuente: Historias clínicas.

La cesárea se considera un factor de riesgo muy elevado para que se produzca una morbilidad grave durante el período puerperal; por lo que si se disminuye este modo de nacimiento se pueden disminuir en un 60 % los procesos morbosos puerperales graves, según revelan estudios nacionales y foráneos.^{20,33}

Su aumento ha sido notable en los últimos tiempos. Se considera la intervención quirúrgica más frecuente en el mundo actual, con grandes riesgos para la salud de la madre, del niño y grandes costos a los sistemas nacionales de salud, en relación con el parto normal. En Cuba, alrededor del 40 % de los nacimientos se producen por parto transabdominal. Múltiples causas han contribuido a que las tasas hayan aumentado el doble en los últimos quince años.³⁴ La indicación de la cesárea lleva aparejada un aumento de riesgo de infecciones más frecuentes y graves, como resultado de la agresión que se le hace al organismo materno, como consecuencia de una mayor manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas y material de sutura.^{21,26}

El motivo de ingreso relacionado con el modo de nacimiento se expresa en la tabla 3. Las hemorragias fueron los motivos más frecuentes en 13 casos para un 34.21 %, seguidos de la sepsis obstétrica en 10 casos para un 26.32 %.

La pre eclampsia-eclampsia se presentó en tercer lugar para 10.53 % compartido con la infección no obstétrica (aunque uno de los casos de bronconeumonía se concluyó secundario al foco séptico ginecológico). Respecto a la cesárea se halló asociación significativa para la sepsis obstétrica ($\alpha=0.05$) y estimado de riesgo mayor de 2 para el caso de las hemorragias (RR=2.05)

La sepsis es la morbilidad puerperal grave más frecuente que plantean muchos investigadores, ya sea en su forma leve (sepsis de la rafia, endometritis, etc.), como en su forma grave (sepsis intraabdominal, septicemias y shock séptico). Esto surge como resultado del ingreso de microorganismos patógenos a través de las superficies de las

heridas que se producen durante el parto. También se plantean los procesos mórbidos que se relacionan con las hemorragias, los trastornos hipertensivos del embarazo, en especial los que cursan con convulsiones.³⁵⁻³⁸

Tabla 3. Motivo del ingreso relacionado con modo de nacimiento

Motivo de ingreso Modo de nacimiento	Cesárea		Cesárea anterior		Eutócico		Aborto		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Hemorragias	9	69.23*	2	15.38*	1	7.69*	1	7.69*	13	34.21
Sepsis obstétrica	6	60.0*			2	20.0*	2	20.0*	10	26.32
Preclampsia-eclampsia	4	100.0*							4	10.53
Otras infecciones	4	100.0*							4	10.53
Fibrilación auricular					2	100.0*			2	5.26
Otras	1	20.0*	1	20.0*	3	60.0*			5	13.16
Total	24	63.16	3	7.89	8	21.05	3	7.89	38	100.0

* % en relación al total del motivo de ingreso correspondiente

Fuente: Historias clínicas.

De forma general varios estudios internacionales coinciden con el nuestro al plantear que las principales causas de morbilidad materna grave fueron la hemorragia posparto, los trastornos hipertensivos, el aborto, sepsis de origen obstétrico, la sepsis de origen no obstétrico y otras.³⁹

Diversos reportes e investigaciones señalan como principales causas de morbilidad materna extrema o severa las relacionadas con complicaciones obstétricas, tales como las hemorragias posparto, la eclampsia, la sepsis, la rotura uterina, el síndrome de Hellp y la coagulación intravascular diseminada, las cuales tienen relación con el manejo obstétrico de estas pacientes, fundamentalmente en el momento del trabajo de parto y el parto.^{40,41}

Al Suleiman y otros reconocen la hemorragia obstétrica y la preeclampsia-eclampsia como las entidades que con más frecuencia llevan al ingreso de las pacientes obstétricas en la UCI,⁴²⁻⁴⁴ lo cual coincide con nuestros hallazgos.

En cuanto a la enfermedad hipertensiva en especial existen varios trabajos que sustentan la relación del tipo grave con el ingreso en las unidades de terapia intensiva.⁴⁵⁻⁴⁷ De modo que si pudiéramos prevenir estas enfermedades durante este período se disminuirían los ingresos de mujeres embarazadas y puérperas en la UCI. Se reporta también una experiencia llevada a efecto por la Universidad de Sao Pablo (Brasil), y en la UCI en el Estado de Brasilia en el año 2002.

Las causas más frecuentes de morbilidad materna severa, según los criterios de near miss,^{48,49} fueron la infección, la preeclampsia y la hemorragia. Según el análisis de regresión logística resultaron con significación estadística las variables admisión para la UCI por infección y hemorragia severa, preeclampsia severa con hemorragia severa.

En una clínica en Cali, Colombia, se realizó un estudio para caracterizar las pacientes con morbilidad materna extrema, cuyas principales patologías fueron: preeclampsia severa y hemorragia severa.⁵⁰

En Cuba se recoge la experiencia de 12 años de trabajo (1987- 1999) en UCI, realizada por el Instituto Superior de Medicina Militar Luis Díaz Soto, de La Habana. Su diagnóstico al ingreso, por orden de frecuencia, fue: sepsis puerperal pos cesárea, hemorragia, sepsis puerperal, sepsis pos aborto y eclampsia convulsiva.⁵¹

En Santiago de Cuba fue realizado un estudio para analizar el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en las maternas críticas durante el período de 2004 al 2008. Las principales causas de ingresos fueron: enfermedad hipertensiva, cardiopatía y hemorragias masivas.⁵²

Otro trabajo de Cuba identificado durante el proceso de revisión de la literatura sobre el tema fue el realizado en el Hospital Ginecoobstétrico Mariana Grajales, de Santa Clara, en el período 2007- 2008, en el cual se estudiaron los principales factores relacionados con la morbilidad obstétrica grave. Presentaron morbilidad obstétrica grave 93 pacientes. Las principales causas estuvieron relacionadas con la pre eclampsia; la sepsis solo apareció relacionada en 4,3 %.⁵³

Como parte de un estudio internacional, las causas de morbilidad en la serie de Cuba fueron: Hemorragia posparto, trastornos hipertensivos, aborto, incluye ectópico.⁵⁴

En otros estudios cubanos, Rodríguez Iglesias y otros⁵⁵ reportaron la sepsis pos cesárea y la hemorragia como las dos principales causas de ingreso, presente en el 33 % de las pacientes, la eclampsia convulsiva estuvo presente en el 8,3 % de su serie. En su estudio Urbay Ruiz y otros⁵⁶ hallaron que el síndrome de pre eclampsia-eclampsia y la sepsis puerperal motivaron la mayoría de los ingresos.

La cesárea es un factor de riesgo conocido para la producción de morbilidad materna, debido a la agresión que se le hace al organismo materno por causa externa.

Los autores que relacionan las cesáreas como modo de nacimiento, con la morbilidad materna encuentran resultados significativos, de tal forma los resultados de este trabajo se corresponde con lo revisado en la literatura.⁵⁷⁻⁶⁶

Monif⁵⁹ plantea que la cesárea lleva aparejada un aumento de riesgo de infecciones más frecuentes y graves, debido a que existe mayor manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas y material de sutura.

Por otra parte los traumatismos del parto son un factor de riesgo para que se produzca la proliferación bacteriana, de ahí que los resultados de este trabajo coincidieron con los obtenidos por otros investigadores, al existir una fuerte relación entre la sepsis y la cesárea.⁶⁰⁻⁶⁶

A pesar de que con este proceder quirúrgico se disminuye la morbilidad materna y perinatal, sin dudas conlleva a un incremento en la infección y la hemorragia.

Las complicaciones principales de las pacientes maternas ingresadas en la UCIP se recogen en la tabla 4.

Sufrieron complicaciones 14 de las 38 para un 36.84 % y más frecuentes fueron las hemorragias obligando a segundas reintervenciones, en muchos casos conllevando a histerectomía; 2 casos de trastornos hematológicos graves; seguido de fallos de órganos, incluyendo 2 casos de SRIS.

Tabla 4. Complicaciones presentadas en UCIP

Complicaciones	No	%
Hemorragias	4	10.53
CID	2	5.26
Insuficiencia renal aguda	2	5.26
SRIS	2	5.26
Insuficiencia cardiaca izquierda	1	2.63
Bloqueo auriculo ventricular	1	2.63
Pielonefritis aguda	1	2.63
Peritonitis urinosa	1	2.63

Fuente: Historias clínicas.

Nuestros resultados difieren de otros estudios, mayormente por los criterios de sesgo a la hora de definir las complicaciones. Así en un estudio realizado en la UCI de Pinar del Río, Cuba, en 2006 encontraron predominio de las de tipo hematológica en el 33,77 % y dentro de ellas la anemia fue lo que predominó.

A continuación de los accidentes hematológicos se ubicaron las de tipo respiratorio con 46 pacientes para un 30,46 %, siendo las principales causas la sepsis respiratorias para un 11,92 % y el síndrome de distress respiratorio del adulto 9,93 %.

En tercer lugar se colocan las complicaciones sépticas 19.21 %, ocupando entre éstas el lugar preponderante la sepsis de la herida quirúrgica para un 5,91 %.³¹

En otro estudio en La Habana, este año, se presentaron complicaciones médicas y/o quirúrgicas en 49 pacientes para un 23,1 %, con predominio en ellas las pacientes que ingresaron por causas obstétricas.⁶⁷

En nuestro servicio la mortalidad materna en estos dos años fue de 5.26 % (5.0 % y 5.5 % respectivamente). Desglosamos las principales morbilidades que contribuyeron a dar al traste con la vida de estas madres.

En la paciente A el ingreso fue motivado por una bronconeumonía bacteriana que evolutivamente se planteó consecuencia de una siembra a distancia de la sepsis de la histerorrafia, que condicionó la dehiscencia de esta última conllevando todo ello al shock séptico establecido en esta paciente. Además se agregaron complicaciones como insuficiencia renal aguda (IRA) y la coagulación intravascular diseminada (CID). En esta paciente predominó la sepsis que avanzó irremediablemente, a pesar de las medidas médico quirúrgicas, a la muerte.

La paciente B ingresó debido a complicaciones secundarias a un sangrado vaginal por alumbramiento incompleto: CID y shock hipovolémico. Además evolutivamente sufrió accidentes y complicaciones que empeoraron su cuadro clínico como: peritonitis urémica, perforación uterina, distrés respiratorio del adulto, politransfundida, insuficiencia renal aguda (necrosis tubular aguda), lesión venas ilíacas y hidroneumotórax. Siendo la causa que provocó su fallecimiento el resangrado de las venas ilíacas

La toma de conciencia de que una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad, constituye un problema de salud y de consecuencias negativas; por lo que la OMS ha desarrollado una serie de actividades encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad materna a escala mundial.⁶⁸

En México se recolectó información de 832 muertes maternas (29 por 100 000 nacidos vivos) y se obtuvo como resultado que las principales causas de morbilidad y letalidad fueron por diagnóstico de pre eclampsia leve y severa, eclampsia, placenta previa, hemorragia posparto, corioamnionitis y sepsis puerperal.⁶⁹

Sin embargo, a escala mundial se plantea que la primera causa de muerte materna es la hemorragia ligada al proceso del embarazo, en particular la hemorragia del posparto.⁷⁰

Teniendo en cuenta la repercusión física y emocional en la mujer a la que se le amputa su capacidad reproductiva, consideramos las causas que llevaron a esta medida en nuestras pacientes (tabla 5). Se practicó la histerectomía obstétrica a 18 de las pacientes, lo que representa casi la mitad de las mismas. Las causas fundamentales fueron: absceso de histerorrafia, acretismo placentario, absceso tubovárico, atonía uterina, y otras causas de hemorragia

Encontramos estudios que coinciden con el nuestro, donde las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta acreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupto placentario 23,5 % , atonía uterina 23,5 % .⁷¹⁻⁷⁴

Al igual que en el nuestro, en otros trabajos⁷⁵⁻⁷⁷ las hemorragias, ya sean primarias o secundarias (como en los casos de acretismo placentario y atonía uterina) y la sepsis son los principales factores desencadenantes de esta urgencia obstétrica, por lo que podemos deducir que un porcentaje importante está relacionado con el seguimiento del trabajo de parto y puerperio.

Tabla 5. Causas de histerectomía

Causas	No	%
Absceso de histerorrafia	4	22.22
Acretismo placentario	3	16.66
Absceso tubovárico	2	11.11
Atonía uterina	2	11.11
Hemorragia	2	11.11
Hematoma retroplacentario	1	5.55
Eversión uterina	1	5.55
Útero friable	1	5.55
Necrosis séptica de fibroma	1	5.55
Absceso de pared uterina	1	5.55
Total	18	47.36*

*% en relación con el total de casos.

Fuente: Historias clínicas

Sin embargo, otras investigaciones difieren algo: las complicaciones obstétricas contribuyentes principales fueron la hemorragia pero en segundo lugar las complicaciones de desórdenes hipertensivos.⁷⁸

La histerectomía obstétrica se mantiene como un recurso del obstetra, es uno de los procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias, desde su aparición hasta nuestros días, ya que el obstetra tiene en sus manos el dilema de tratar de no equivocarse al decidir entre sacrificar la capacidad reproductiva o de salvar la vida de la madre.⁷⁹⁻⁸¹

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbilidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.⁸²

Conclusiones

- Las edades extremas: adolescentes y añosas contribuyeron a más de un tercio de los ingresos.
- Predominó el puerperio complicado en cesareadas.
- Las morbilidades más registradas fueron las hemorragias y las sepsis obstétricas que a su vez fueron más frecuentes en las cesareadas.
- La cesárea se asoció significativamente con la sepsis obstétrica y tuvo un estimado de riesgo mayor de 2 para el caso de las hemorragias.
- Luego de su ingreso en la UCIP, experimentaron complicaciones el 36.84 % de las pacientes, predominando las de tipo hemorrágico.
- Las dos causas de fallecimiento fueron la sepsis y la hemorragia.
- Las causas fundamentales de histerectomía fueron absceso de histerorrafia, acretismo placentario, absceso tubo ovárico, atonía uterina, y la hemorragia.

Bibliografía

1. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for near miss. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105:985-90.
2. Selo-Ojeme DO, Omosaiye M, Battacharjee P, Kadir RA. Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case-control study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2005 [citado 15 May 2005];272:207-10. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/74792/65395>
3. Pérez Assef A. Incidencia y pronóstico del Síndrome de Disfunción Multiorgánica en pacientes obstétricas ingresadas en cuidados intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg.* 2004;3(2):5-11.
4. Cheng C, Raman S. Intensive care use by critically ill obstetric patients: a five year review. *Int J Obstetric patients: a five year review. Int J Obstet Anesth.* 2003;12(2):89-92.
5. Demirkiran O, Dikmen Y, Utku T, Urkmez S. Critically ill obstetric patients in the intensive care unit. *Int J Obstet Anesth.* 2003;12(4):266-70.
6. Pérez A, Bacallao J, Alcina S, Gómez Y. Severe Maternal Morbidity in the Intensive Care Unit of Havana Teaching Hospital, 1998 to 2004. *MEDICC.* 2008;10(3):17-23.
7. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna disminuye demasiado lentamente. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; octubre 2007 [citado 9 May 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/es/index.html>
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2009. [Internet]. Nueva York: UNICEF; diciembre de 2008 [citado 9 May 2010]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
9. 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 May 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
10. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization.* 2001;79(6):7-9.

11. Sachs JD, Mc Arthur JW. The millennium project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. *Lancet*. 2005;365:347-53.
12. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health [Internet]*. 2004 [citado 3 May 2010];1(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content>
13. Molina VR, García IJ. La morbilidad materna aguda y severa. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002;62(1):1-3.
14. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C: Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ [Internet]*. 2001 [citado 12 Ago 2002]; 322: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/322/7294/1089.full>
15. Khosla AH, Dahiya K, Sangwan K: Maternal mortality and 'near miss' in rural north India. *Int J Gynecol Obstet*. 2000;68:163-4.
16. Cabezas E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2002 [citado 9 mayo 2010];28(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-00X2002000100001&script=sci_arttext
17. Faneite P, García F. Mortalidad Materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005;64:123-9.
18. Calderón AL, Martínez G, Fernández H. Mortalidad Materna Hospitalaria: Causas y concordancia entre el diagnóstico clínico y la autopsia en el Centro Médico IMSS, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2002;70(2):95-102.
19. Chamberlain GVP. *Obstetrics by ten teachers*. 16a ed. Londres: The Bath Press; 1996. p. 267-71.
20. Rodríguez AC, Córdova AC, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2004 [citado 9 May 2010]; 30(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-00X2004000300006&script=sci_arttext
21. Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la mortalidad puerperal grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2004 [citado 22 Dic 2012];30(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300006&nrm=iso
22. Sánchez J, Escudero FR. Riesgo materno perinatal en gestantes de más de 35 años. *Ginecol Obstet*. 2000;46(3):233-9.
23. Salazar M, Pacheco J, Iglesias M, Lama J. La edad materna avanzada como un factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatólogica. *Ginecol Obstet*. 1999;45(2):124-30.
24. Uzcategui O. embarazo en la adolescente precoz. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1997;57(1):19-27.
25. Maldonado JD, Vangar E, Davia D, Saleh T, Aviza MB. Morbimortalidad Materna Fetal. *Ginecol Obstet Mex*. 1997;55:37-40.
26. Álvarez M, Hinojosa MC, Salvador S. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2011;49(3):420-33.
27. Amaro F, Ramos MY, Mejías NM, Cardoso O. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, parto y el puerperio. *Archivo Médico de Camagüey*

- [Internet]. 2006 [citado 9 May 2010];10(6): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/index.htm>
28. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia Médica [Internet]. 2002 [citado 9 May 2010];21(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/283/28333104/28333104.html>
 29. Benzies KM. Advanced maternal age: Are decisions about the timing of childbearing a failure to understand the risks? CMAJ [Internet]. 2008 [citado 9 May 2010]; 178(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/178/2/165>
 30. Álvarez R. Medicina General Integral. Volumen I. Salud y medicina [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008 [citado 9 May 2010]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_seg_edicion/indice_p.htm
 31. Balestena JM, Márquez D, Pastrana I. Algunos aspectos epidemiológicos en la morbilidad obstétrica crítica. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. 2006 [citado 22 Dic 2012];10(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm10-2/rev-fcm10-2-6.htm>
 32. Rodríguez G, Delgado J. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescente obstétrica críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999;25(3):141-5.
 33. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. Anales Sis San Navarra. 2009;32(suppl 1):. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272009000200015>
 34. Vázquez J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [citado 9 May 2010]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/embarazo_parto_puerperio/indice_p.htm
 35. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p.439-50.
 36. OMS. Mortalidad materna. Ayudar a la mujer a evitar el camino de la muerte. Crónicas. 1996;10(5):1993.
 37. Suárez E. Cesárea: uso y abuso. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997;53(2):71-8.
 38. Balestena JM, Balestena SG, Travieso M. Paciente obstétrica críticamente enferma. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. 2004 [citado 22 Dic 2012];8(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm81/rev-fcm815.html>
 39. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Capacitación e implementación en la metodología de la vigilancia de la mortalidad materna extrema externa en diez direcciones territoriales de salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2008 [citado 9 May 2010]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/CapacitacionesTalleres/Taller%20MMEG%20oct-07-2008/MME%20TALLER.ppt>
 40. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna disminuye demasiado lentamente [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; octubre 2007 [citado 9 May 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/es/index.html>
 41. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health [Internet]. 2004 [citado 3 May 2010];1(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content>

42. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2006;274:4-8. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/search>
43. Loverro G, Pansini V, Greco P, Vimercati A, Parisi AM, Selvaggi L. Indications and outcome for intensive care unit admission during puerperium. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2001;265:195-8. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/qcvn918uyjfer0ec/>
44. Osinaike BB, Amanor-Boadu SD, Sanusi AA. Obstetric Intensive Care: A Developing Country Experience. Journal of Anesthesiology [Internet]. 2006; 10(2). Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=9&sid=cfacceec-a501-4909-874f-8a93132dccc8%40sessionmgr4&bdata=JmxvZ2lucGFnZT1Mb2dpci5hc3AmYW1wO2xhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl# db=aph&AN=24182639>
45. Sánchez A, Bello M, Somoza ME. Enfermedades Hipertensivas del embarazo en terapia intensiva. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2004 [citado 22 Dic 2012];30(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200006&lng=es
46. Romero JF, Lara AL, Ramos JC, Izquierdo JC. Morbimortalidad materna en el síndrome de HELLP. Ginecol Obstet Mex. 2001;69(5):189-93.
47. Persianinov LS, Illias IV. Manual de Obstetricia y Ginecología. Moscú: Editorial MIR; 1981. p.239-41.
48. Sousa HM, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. Reproductive Health [Internet]. 2008 [citado 9 May 2010]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/6>
49. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(9):985-90.
50. Morales B. Morbilidad materna extrema en la Clínica «Rafael Uribe Uribe», en Cali, Colombia, en el período comprendido entre enero de 2003 y mayo de 2006. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2007 [citado 9 May 2010];58(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
51. Rodríguez-Iglesias G, Calzado JD, Riveiro LP. Experiencia de 12 años de trabajo la atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999;25:141-14.
52. Fayad Y, López R, San Pedro MI, Márquez E. Materna crítica durante el período 2004-2008. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 [citado 9 May 2010];35(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin03409.htm
53. Suárez JA, Gutiérrez M, Corrales A, Benavides ME, Tempo C. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 9 mayo 2010];36(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=72&id_seccion=717&id_ejemplar=6371&id_articulo=63467
54. García Y, Breto A, Coronado R. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Hospital Docente Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" Junio 2007-Diciembre 2008 [tesis]. La Habana: Facultad Finlay-Albarrán; 2009.

55. Rodríguez G, Delgado CJ, Pérez RL. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescentes obstétricas críticamente enfermas en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1999;25(3):141-5.
56. Urbay RA, Cruz MH, Fong SJ, Santos PL, Valledor TR, Molerio SL. Comportamiento de la enfermedad obstétrica grave. Nueve años en una unidad de cuidados intensivos. *Medicentro.* 2002;6(2):27-30.
57. Dirección Regional de Salud Huancavelica. Mortalidad materna: diagnóstico, alternativas y propuestas para la disminución de la morbilidad materno-perinatal (1998-2002). Perú: Huancavelica; 2000.
58. Pérez A, Donos E. *Obstetricia.* 2ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1997. p.247-50.
59. Monif GRG. *Enfermedades infecciosas en Obstetricia y Ginecología.* La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985. p.367-78.
60. Peláez J. *Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil.* La Habana: SOCUDEF; 1996. p.84-103.
61. OMS. *Mortalidad Materna. Crónicas.* 1996;40(5):1993.
62. Documento para la elaboración de una guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Atlanta: on; 1997.
63. García RE. Morbilidad materna postparto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional y Docente Isidro Ayora, 1986-1990. *Rev Cient Actual.* 1997;1:24-9.
64. Wirakusumah EF. Maternal and perinatal mortality/morbidity associated with cesarean section in Indonesia. *J Obstet Gynecol.* 1998;21(5):475-81.
65. Alcántara R, Acosta R, Inguil W, Zaráleta F. Indicaciones en cesáreas y su morbilidad. *Diagnóstico.* 1998;33(5/6):117-21.
66. Suárez D. Cesárea: uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;53(2):71-8.
67. Acevedo O, Sáez V, Pérez C. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [Internet]. 2012 [citado 22 Dic 2012]; 38(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200002&nrm=iso
68. Caballero A. *Terapia intensiva.* 2ed. Barcelona: Ciencia y Cultura latinoamericana; 2002. p.3709-61.
69. Velasco V, Navarrette E. Maternal mortality in the IMSS: an analysis from the perspective of mortality and lethality. *Cir* [Internet]. 2006 [citado 9 May 2010];74(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
70. Cabezas E. *Shock Hemorrágico en Obstetricia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p.71.
71. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23(3):252-4.
72. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108(6):1486-92.
73. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99:971-5.
74. Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:409-12.

75. Cabezas E. Conferencia: Aspectos relevantes de la Mortalidad Materna. Jornada Nacional de Obstetricia y ginecología; 2005.
76. Fuentes G. Histerectomía Puerperal. Estudio de 14 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2005 [citado 22 Dic 2012];31(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100006&nrm=iso
77. Aguilar S, Safora O, Rodríguez A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2012 [citado 22 Dic 2012];38(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100013&nrm=iso
78. Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a 15 years population-based study. J Obstet Gynaecol [Internet]. 2005 [citado 27 Ene 2010];25(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16147683>
79. Watkins D, Boyd C. Assessing Women's Sexuality After Cancer Therapy: Checking Assumptions with the Focus Group Technique. J Cancer Nurse. 2009;21:438-47.
80. Urrutia T, Araya A. Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. Rev Chil Obstet Ginecol. 2008;70(3):160-5.
81. Chenevard L, Mella F. Percepción, Síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2007 [citado 22 Dic 2012];33(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100006&nrm=iso
82. Águila SI. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2012 [citado 22 Dic 2012];38(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200015&nrm=iso

Recibido: 09 de mayo 2014

Aprobado: 21 de mayo 2014

Guianeya Encinosa Moreno. Hospital General Docente Ciro Redondo García. Calle 33 entre 20 y 22, Artemisa. Provincia Artemisa. Cuba. Dirección electrónica: guianeya@infomed.sld.cu