



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

PROGNOSTIC FACTORS IN OBSTETRIC PATIENTS ADMITTED IN INTENSIVE CARE UNIT

Autores: Iris Hornedo Jeréz,¹ Albadío Pérez Assef,² Omayda Urbina Laza.³

¹Licenciada en Enfermería. Especialista de I grado en Enfermería Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Profesora e Investigadora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Cabrera”. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. La Habana. Cuba. Correo electrónico: irishornedo@infomed.sld.cu

²Doctor en Medicina. Especialista de II grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Especialista de II grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular. Jefe del Grupo Nacional de Medicina Intensiva y Emergencias. Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Cabrera”. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. La Habana. Cuba. Correo electrónico: albadio.perez@infomed.sld.cu

³Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de la Salud. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora e Investigadora Titular. Facultad de Ciencias Médicas “Finlay-Albarrán”. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: omaydaurbina@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la mortalidad en pacientes obstétricas constituye un problema de actualidad mundial por lo que cobra interés el conocimiento de los factores que pueden asociarse con la evolución de estas enfermas. **Objetivo:** identificar los factores relacionados con el pronóstico de pacientes obstétricas en cuidados intensivos, del Hospital “Enrique Cabrera” entre 2014-2018. **Método:** estudio longitudinal de 746 pacientes obstétricas. La información se obtuvo de la historia clínica y se diseñó una planilla de recolección de datos. Se utilizó la estadística descriptiva y un modelo de regresión logística con las variables significativas en el análisis univariado. **Resultados:** se consideraron como factores independientes relacionados con el pronóstico, APACHE II > 11, antecedentes personales de enfermedades crónicas, sepsis, choque séptico, síndrome de disfunción orgánica múltiple, sangramiento digestivo, insuficiencia hepática, síndrome de dificultad respiratoria aguda, encefalopatía hipóxica, neumonía intrahospitalaria, insuficiencia renal aguda, íleo paralítico y choque hipovolémico. **Conclusiones:** se identificaron como factores pronósticos la encefalopatía hipóxica, antecedentes personales de enfermedades crónicas y síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Palabras clave: mortalidad materna, factores pronósticos, cuidados intensivos

ABSTRACT

Introduction: mortality in obstetric patients is a current worldwide problem, which is why the knowledge of the factors that can be associated with the evolution of these patients is of interest. **Objective:** to identify the factors related to the prognosis of obstetric patients in intensive care at the Hospital “Enrique Cabrera” between 2014-2018. **Method:** longitudinal study of 746 obstetric patients. The information was obtained from the clinical history and a data collection sheet was designed. Descriptive statistics and a logistic regression model were used with the significant variables in the univariate analysis. **Results:** APACHE II > 11, personal history of chronic diseases, sepsis, septic shock, multiple organ dysfunction syndrome, digestive bleeding, liver failure, acute respiratory



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

distress syndrome, hypoxic encephalopathy, pneumonia were considered as independent factors related to prognosis. In-hospital, acute renal failure, paralytic ileus, and hypovolemic shock. *Conclusions:* hypoxic encephalopathy, personal history of chronic diseases and acute respiratory distress syndrome were identified as predictive factors.

Keywords: *maternal mortality, prognostic factors, intensive care*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como aquella que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización de éste. La mortalidad materna (MM) es uno de los indicadores considerados importantes para medir el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población en un país determinado, más que un dato estadístico, una muerte materna afecta dramáticamente la estabilidad familiar y de los diferentes factores de la comunidad que han tenido que ver con ella, máxime cuando esta podía haberse evitado.^{1,2}

La comunidad científica que estudia la MM ha empleado la denominación Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG), para referirse a complicaciones que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, con peligro para la vida si las pacientes no reciben una atención médica adecuada. Se considera en esta categoría a toda mujer que ingrese en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), durante el embarazo o puerperio y que requiera una terapéutica enérgica para evitar su muerte.³⁻⁵

En la última década se han publicado diferentes investigaciones,^{1,5-9} dirigidas a estudiar la incidencia y evolución de las principales enfermedades que por su gravedad pueden motivar el ingreso de pacientes obstétricas en UCI. En este contexto, complicaciones como los trastornos hipertensivos del embarazo, sepsis puerperal, hemorragias, choque hipovolémico, fenómenos embólicos, insuficiencia renal aguda, entre otros, pueden producir la disfunción secuencial de diferentes órganos y sistemas, que origina el Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (SDOM), caracterizado por tener un pronóstico desfavorable y considerado en la actualidad, como la principal causa de muerte en las unidades de cuidados críticos en todo el mundo.

Las UCI han desempeñado un papel activo en la atención de gestantes y puérperas en tres fases: estabilización y reanimación del binomio madre-hijo, evaluación completa y tratamiento en sus diferentes modalidades. Por su complejidad, estas pacientes requieren observación permanente, procedimientos diagnósticos complejos y tratamiento intensivo, por lo que se debe disponer de médicos especialistas y de profesionales de enfermería cuyo compromiso de atención es durante las 24 horas del día.⁹⁻¹²

En medicina, el pronóstico de una enfermedad es el conjunto de datos que posee la ciencia médica sobre la probabilidad de que ocurran determinadas situaciones en el transcurso del tiempo. Los factores pronósticos son aquellos que predicen el curso clínico una vez que la enfermedad está presente. Estudios previos han demostrado factores predictores de complicaciones maternas, que son importantes de destacar, debido a que se ha establecido que por cada caso de muerte puede haber hasta 30 casos de morbilidad. Tales factores son la edad menor de 19 y mayor de 35 años, exclusión social, multiparidad, hemorragia posparto, embarazo múltiple, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cesárea de emergencia, anemia, control prenatal deficiente, abortos y partos realizados por personal no entrenado.^{13,14}

El Hospital General Docente "Enrique Cabrera", constituye centro de referencia en la atención a pacientes obstétricas graves procedentes de La Habana y del Instituto de Hematología, así como de las provincias Mayabeque y Artemisa, según el programa de regionalización de la especialidad aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

En la sistematización realizada¹⁻¹⁴, no se encontraron referencias de investigaciones nacionales donde se evalúe la influencia de los distintos factores pronósticos para la muerte en pacientes obstétricas. El presente estudio



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

tiene como objetivo identificar los factores relacionados con el pronóstico de las pacientes obstétricas ingresadas en cuidados intensivos en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, lo que permitirá la toma de decisiones terapéuticas sin que dependa de la relativa subjetividad clínica.

MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal y retrospectivo de 746 pacientes obstétricas con estadía mayor de 24 horas, ingresadas en la UCI del Hospital General Docente “Enrique Cabrera” entre el 1ro de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2018.

Se confeccionó una planilla como instrumento de recolección de la información. La recolección de datos fue realizada por la autora principal y se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes. En la planilla se consignaron la edad, antecedentes patológicos personales y obstétricos, diagnóstico al ingreso, estado al egreso de UCI (viva o fallecida), estadía en UCI, ventilación artificial mecánica, presencia de sepsis, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y SDOM. Se empleó el sistema de puntuación APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), relacionándose las puntuaciones del mismo con el estado al egreso. Las pacientes se dividieron en dos grupos según el APACHE II del primer día (≤ 11 y >11).

La información fue procesada mediante el paquete estadístico SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences for Principal Compute) basándose en la estadística descriptiva, inferencial y análisis multivariado. Para el estudio entre las variables cualitativas y el estado al egreso fue empleada la prueba de independencia X² (chi cuadrado). Para variables cuantitativas como medida de resumen se utilizó la tendencia central, la media y la desviación estándar, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$. Se utilizó un modelo de regresión logística binaria multivariada con las variables significativas en el análisis univariado, de esta forma se evaluó la relación de cada una sobre el estado al egreso. En todos los casos, la variable dependiente fue el estado al egreso (viva o fallecida).

Se cumplieron con los principios de la ética médica y a las pacientes se les brindó atención especializada con los recursos humanos y materiales con que cuentan los cuidados intensivos

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que del total de 746 enfermas ingresadas en UCI, 713 egresaron vivas (95,6 %) mientras que 33 fallecieron (4,4%). La mayoría de las pacientes estuvo entre los 20 y 24 años (25,9%), sin embargo la mortalidad más elevada se observó en el grupo de 35 o más años, mientras que la más baja correspondió a las mujeres entre 20 y 24 años.

Tabla 1. Distribución por grupo de edades según el estado al egreso

Grupos de edades	Vivas		Fallecidas		Total	
	No	%	No	%	No	%
15–19	92	12,3	5	0,7	97	13,0
20–24	188	25,2	5	0,7	193	25,9
25–29	170	22,7	6	0,8	176	23,6
30–34	140	18,7	8	1,1	148	20,0
≥35	123	16,4	9	1,2	132	17,5
Total	713	95,6	33	4,4	746	100

Fuente. Historia clínica

La tabla 2 expone la puntuación del APACHE II del primer día de estadía en UCI y el estado al egreso. Las pacientes con puntajes del APACHE II iguales o menores a 11 egresaron vivas el 93% y con APACHE II mayor a 11 egresaron vivas el 6,2 %. De las 77 pacientes con puntuación mayor de 11, fallecieron 33 para un 42,9% de



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

las pacientes incluidas en este segundo grupo, con una importante significación estadística como factor pronóstico en el análisis univariado.

Tabla 2. Puntuación del APACHE II del primer día y según el estado al egreso

APACHE II	Vivas (n=713)		Fallecidas (n=33)		Total (n=746)	
	No	%	No	%	No	%
≤11	669	93,8	0	0	669	89,7
> 11	44	6,2	33	100	77	10,3
total	713	100	33	100	746	100

Fuente. Historia clínica

En la tabla 3 puede observarse la situación obstétrica de las pacientes al ingresar en UCI y su relación con el estado al egreso. Del total de pacientes, 245 fueron gestantes y 501 puérperas. Si bien la mortalidad fue mayor en este último grupo (5,0%), el correspondiente análisis estadístico no resultó significativo.

Tabla 3. Situación obstétrica de las pacientes en UCI según el estado al egreso

Situación obstétrica	Vivas		Fallecidas		Total	
	No	%	No	%	No	%
Gestante	237	31,7	8	1,1	245	32,8
Puérpera	476	63,8	25	3,3	501	67,2
Total	713	95,6	33	4,6	746	100

Fuente. Historia clínica

En la tabla 4 se muestra que 188 pacientes (25,2%) requirieron ventilación artificial mecánica para el sostén de la función respiratoria en momentos críticos o por requerimientos quirúrgicos. Esta notable diferencia de la mortalidad entre ventiladas (17,6%) y no ventiladas (0%) evidenció que es una variable asociada con un peor pronóstico ($X^2=102,480$; $p=0,000$).

Tabla 4. Ventilación artificial mecánica y según el estado al egreso

Ventilación artificial mecánica (VAM)	Vivas		Fallecidas		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	155	82,4	33	17,6	188	25,2
No	558	100	0	0,0	558	74,8
Total	713	95,6	33	4,4	746	100

Fuente. Historia clínica

La tabla 5 permite constatar que el SRIS no asociado a infección estuvo presente en 24,9% de las enfermas, de las cuales fallecieron seis con una letalidad de 3,2%, por debajo de la observada en toda la serie y significativamente inferior a los síndromes sépticos, diagnosticados en 29,2% de la muestra, con una letalidad de 11,9%.

El 45,9% no presentó SRIS, sepsis, ni síndromes sépticos, con un excelente pronóstico. Resultó significativo que los síndromes sépticos estuvieron presentes en 26 de las 33 fallecidas, lo que evidencia su importancia en la presente serie. En cuanto al SDOM, tuvo una elevada letalidad (33,7%) y fue diagnosticado en casi todas las fallecidas de la serie, excepto una.



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

Tabla 5. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, sepsis y síndrome de disfunción múltiple de órganos.

Variables	Vivas (n=713)		Fallecidas (n=33)		Total (n=746)	
	No	%	No	%	No	%
Sin SRIS ni sepsis	341	99,7	1	0,3	342	45,9
SRIS	180	96,8	6	3,2	186	24,9
Síndromes sépticos	192	88,1	26	11,9	218	29,2
Sepsis	158	99,4	1	0,6	159	21,3
Sepsis Grave	28	80,0	7	20,0	35	4,7
Choque Séptico	6	25,0	18	75,0	24	3,2
SDMO	63	66,3	32	33,7	95	12,7

Fuente. Historia clínica

La tabla 6 constata que las variables de mayor significación en el modelo de regresión logística fueron la Coagulación intravascular diseminada ($p=0,004$), encefalopatía hipóxica ($p=0,008$), presencia de antecedentes patológicos de enfermedades crónicas ($p=0,018$), SDOM ($p=0,034$), APACHE II > 11 el primer día ($p=0,020$) y el SDRA ($p=0,044$). Esto pone de manifiesto la importante relación con el estado al egreso de las afecciones mencionadas, los puntajes del APACHE II, así como la presencia de antecedentes de enfermedades crónicas.

Tabla 6. Regresión logística con las variables significativas en el análisis univariado.

Variables	B	SE	Wald ^a	p	Exp (B)	IC 95%
APP	3,120	1,320	5,588	0,018	22,640	1,704-300,798
Sepsis severa	0,138	0,932	0,022	0,883	1,148	0,185-7,127
Choque séptico	-1,494	1,068	1,954	0,162	0,225	0,028-1,823
EH	-3,697	1,392	7,058	0,008	0,025	0,002-0,379
CID	-2,909	1,008	8,328	0,004	0,055	0,008-0,393
IRA	-0,601	1,426	0,178	0,673	0,548	0,034-8,62
SDMO	0,136	1,943	0,005	0,034	1,146	0,025-5,693
SDRA	-2,346	1,215	3,727	0,044	0,096	0,009-1,036
APACHE II > 11	-17,450	1365,346	0,000	0,020	0,000	0,000-0,000
Constante	29,528	1365,350	0,000	0,983	6,7E+12	

Fuente. Historia clínica

Leyenda: APP: Antecedentes enfermedades crónicas; EH: encefalopatía hipóxica; SDA: sangramiento digestivo alto; SDRA: síndrome de dificultad respiratoria aguda; SDMO: síndrome de disfunción orgánica múltiple; CID: Coagulación intravascular diseminada; IRA: insuficiencia renal aguda; APACHE II el primer día >11. ^a Estadígrafo de Wald.

DISCUSIÓN

En las diferentes publicaciones relacionadas con la MM en UCI, los resultados han sido muy variables. Nava,¹⁵ estudio 548 pacientes obstétricas graves y constataron una mortalidad de 6,9%. Pupo,⁶ realizó la caracterización de 82 pacientes ingresadas en cuidados intensivos del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, donde encontraron una mortalidad de 7,4%.

Por su parte, Hernández⁷ en su investigación obtuvo una MM de 2,1% e identificó además como predictores de MMEG, la cesárea de urgencia, histerectomía, edad mayor o igual de 30 años y la etapa de puerperio en 184 maternas ingresadas en la UCI del Hospital General "Aleida Fernández Chardiet" de Mayabeque. Otros investigadores^{8, 14, 15} han planteado un peor pronóstico es en pacientes adolescentes y mayores de 35 años, lo que fue confirmado en el presente estudio.



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

La presencia de antecedentes patológicos personales demostró ser una variable significativa. Las tres afecciones más frecuentes fueron asma bronquial, enfermedad drepanocítica e hipertensión arterial, que constituyeron más de las dos terceras partes de las enfermedades referidas. Un número importante de enfermas fueron intervenidas quirúrgicamente por diferentes causas, en estos casos falleció el 6,0%.

Existen diferentes factores que explican el peor pronóstico que tuvieron estas pacientes, tales como hemorragias, alteraciones hemodinámicas como hipotensión arterial y choque, fenómenos embólicos, broncoaspiración, depresión respiratoria y riesgo anestésico, así como complicaciones postoperatorias comunes a todos los enfermos quirúrgicos. Del mismo modo, mientras mayor sea el número de veces que regrese al quirófano la paciente, mayor será el riesgo de complicaciones.

Todas las fallecidas necesitaron VAM para sostener la función respiratoria en momentos críticos o por requerimientos quirúrgicos. Se conoce que la ventilación mecánica se utiliza en más del 50% de los pacientes ingresados en UCI, pero como todo procedimiento se asocia a un número importante de complicaciones como infección respiratoria, broncoaspiración, fenómenos locales relacionados con el tubo endotraqueal, compromiso vascular, disminución del gasto cardiaco, que son comunes a todos los enfermos ventilados en cuidados intensivos.^{1,4-6,12}

Los puntajes de APACHE II >11 el primer día constituye un factor de mal pronóstico, el cual estuvo presente en las 33 fallecidas. En cuanto a la sepsis, fue diagnosticada en todas sus categorías en la tercera parte de las enfermas, con un pronóstico más desfavorable. El SDOM, tuvo una elevada letalidad (33,7%) y fue diagnosticado en casi todas las fallecidas de la serie, excepto una.

Estos resultados concuerdan con otros estudios como el realizado por Herrera Morales, et al.¹⁰ donde identificaron los predictores de mortalidad en 51 pacientes con sepsis obstétrica que ingresaron en UCI de hospitales del segundo nivel, en México, la mortalidad fue 7,8%. Álvarez¹⁶ reconoció la sepsis como causa directa de MM, en un periodo de 10 años se produjeron 105 muertes maternas, de ellas 18% por sepsis y otras infecciones puerperales.

Por su parte, Puertas¹⁷ destaca la obesidad, la diabetes mellitus, cesárea, procedimientos invasivos, hemorragia posparto, retención de restos placentarios, anemia, entre otros, como factores de riesgo independientes que favorecen el desarrollo de sepsis obstétrica.

Ortiz¹⁸ evaluó la supervivencia de 144 maternas graves en el Hospital "Celia Sánchez Manduley" de Granma. Hubo dos fallecidas (1,4%) relacionado con SDOM y tromboembolismo pulmonar, y una letalidad de 1,9% con ligero predominio en las puérperas. La mayor supervivencia correspondió a las pacientes con un puntaje de APACHE II al ingreso menor a 29 puntos y encontraron que la mortalidad real observada fue inferior a la predicha.

Los resultados del presente estudio confirman que en este tipo de pacientes la letalidad aumenta con cada grado o categoría de la sepsis, de manera que el paso al siguiente nivel supone una progresión en la disfunción de órganos y un aumento en la mortalidad.

CONCLUSIONES

Se identificaron los factores pronósticos de pacientes obstétricas ingresadas en UCI, los cuales fueron: la presencia de CID, encefalopatía hipóxica, antecedentes personales de enfermedades crónicas, SDOM, APACHE II > 11 el primer día y el SDRA, lo que evidencia que se puede predecir la muerte en este grupo de pacientes y el modelo de regresión logística puede ser utilizado en la práctica clínica como índice pronóstico.



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A, Valdés O. Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la mortalidad materna. Rev Cub Med Int Emerg [Internet] 2018 [citado 11 Ene 2020]; 17(2):10-7. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/477>
2. Álvarez M. Morbilidad materna extremadamente grave. Generalidades. En: La Morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 2013. p. 13-23.
3. Malvino E. Morbilidad materna aguda severa y condiciones de gravedad de enfermas obstétricas al ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Medicina Intensiva 2014; 31(4):1-9.
4. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C. Modelo para abordar integralmente la mortalidad y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2017 [citado 11 Ene 2020]; 37(5): 351-9. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/1522>
5. González JC, Vázquez Belizón YE, Pupo Jiménez JM, Algas Hechavarría LA. Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 23 Ago 2020]; 19(12): 15-27. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/598>
6. Pupo J, González J, Cabrera J, Martí G. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg [Internet] 2017 [citado 6 Jun 2020]; 16(3):49-60. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/49-60/html114>.
7. Hernández M, Padrón M,. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2017 [citado 6 Jun 2020]; 16(3): 91-102. Disponible en: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/91-102/html_117.
8. Verdecia A, Fernández E, Antuche N, Rouseaux S Morbilidad materna grave en unidad de cuidados intensivos Rev Inf Cient. 2017; 96(3):435-44.
9. Esparza DM, Toro JC. Prevalencia de morbilidad materna extrema en un hospital de segundo nivel de San Luis de Potosí, Mexico. Ginecol Obstet Mex [Internet] 2018 [citado 13 Ene 2020]; 86(5): 304-12. Disponible en: <https://www.ginecologiyobstetricia.org.mx>
10. Herrera BE, Lara J. Predictores de mortalidad en pacientes con sepsis obstétrica mediante uso de score de sepsis obstétrica y evaluación secuencial de falla orgánica obstétrica. Med Crit [Internet] 2018 [citado 15 Jul 2020]; 32(5):265-72. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>
11. Aarvold AB, Ryan HM, Magee LA, von Dadelszen P, Fjell C, Walley KR. Multiple organ dysfunction score is superior to the obstetric specific sepsis in obstetrics score in predicting mortality in septic obstetric patients. Crit Care Med. 2017; 45(1):49-57.
12. Velásquez JA, Vélez GA. Estudio de mortalidad materna por sepsis: una mirada al desafío de la identificación y el tratamiento oportuno. Rev Colomb Obstetr Ginecol [Internet] 2017 [citado 7 Oct 2020]; 68(3): 228-38. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1043>
13. Gálvez ME, Arreaza M, Rodríguez, JA. Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia). Rev Colombiana de Obstet Ginecol [Internet] 2017 [citado 6 Ene 2020]; 60(2):152-58. Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/340>
14. Muñoz M, Toledo Oramas D, Vanegas O, Álvarez V. Morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 6 Ene 2020]; 42(3): 75-85 Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/75>.
15. Lorena M, Urdaneta JR, González ME, Labarca L. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011-2014. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2016 [citado 17 Oct 2019]; 81(4): 288-96. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=iso
16. Álvarez MP, Sánchez R, Torres A, Pérez A, Briones JC, Sarmiento J. Reconociendo la sepsis como causa directa de muerte materna en la Terapia Intensiva Obstétrica. Rev Asociación Mexicana Medicina Crítica y Terapia Intensiva 2017; 30(3):178-82.
17. Puertas A, Gallo JL, Ruiz S. Identificación precoz de la sepsis obstétrica. Rev Latin Perinat 2017; 20(2): 72-9.



www.revtecnología.sld.cu

ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO

18. Ortiz L, Vera JM, Piñeiro O. Evaluación de la supervivencia de la materna extremadamente grave en Unidad de Cuidados Intensivos. *Multimed* [Internet] 2018; [citado 10 Nov 2019]; 22(2): 306-26. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/836>



ARTÍCULO ORIGINAL CUANTITATIVO


Carta de declaración de los autores

La Habana, 30 octubre de 2020

Dirigido a: Editora Ejecutiva de la RCTS

A continuación le anexamos los datos relacionados con la declaración del autor o los autores del trabajo titulado:
"Factores pronósticos en pacientes obstétricas ingresadas en cuidados intensivos"

Enviado a la sección de la revista: "Artículo Original Cuantitativo"

El trabajo no ha sido enviado simultáneamente a otra revista: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El trabajo es original e inédito: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Los autores ceden los derechos de publicación a la Revista Cubana de Tecnología de la Salud: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Existe conflicto de interés entre los autores: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Novedad científica, aporte a la ciencia o importancia de esta publicación: La mortalidad materna constituye un problema de actualidad para la comunidad científica mundial. A pesar de los avances terapéuticos y el desarrollo tecnológico de las UCI, aún no se conoce con toda certeza la relación independiente de distintos factores con la probabilidad de morir, por lo que por primera vez se realiza en el país un estudio relacionado con los factores que pueden asociarse con la evolución de estas enfermas	
¿Cómo, desde su ciencia, contribuye al enriquecimiento de las bases epistémicas de Tecnología de la Salud ? En el presente estudio se identifican los factores pronósticos que contribuyen al diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones tecnológicas con enfoque multidisciplinario en la atención a pacientes obstétricas en cuidados intensivos	
Esta investigación es una salida de proyecto de investigación: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contribución como autoría	Nombre de los Autores
Contribuciones sustanciales para la concepción o el diseño del trabajo.	Iris Hornedo Jeréz
Adquisición, análisis o interpretación de datos.	Iris Hornedo Jeréz
Creación de nuevo software utilizado en el trabajo.	
Ha redactado el trabajo o ha realizado una revisión sustancial.	Todos los autores
Aprobó el envío de la versión presentada (y cualquier versión sustancialmente modificada que implica la contribución del autor para el estudio).	Todos los autores
Traducción de título y resumen	Katia
Otras contribuciones (Cuál)	
Todos los autores están de acuerdo con ser personalmente responsables de las propias contribuciones y las de los autores y garantizan que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo, incluso en las cuales el autor no estuvo personalmente involucrado, fueron adecuadamente investigadas, resueltas y la resolución fue documentada en la literatura: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Todos los autores están de acuerdo con la versión final de la publicación: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Todos los autores garantizan el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación y de publicación científica, así como de la bioética: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha de recibido: 30 de octubre de 2020 Fecha de Aprobado: 17 de marzo 2021	
 Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional .	