



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN
LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL Dr. LUIS
RAZETTI, BARCELONA**

Asesorado por:

Dr. Arreaza, Rafael

Autor(es):

González Osuna, Isabel María

Silva Moreno, Valentina de Jesus

Subero Navarro, María Laura

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Oriente como requisito parcial
para optar por el título de **Médico Cirujano**

Barcelona, febrero del 2025



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN
LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL Dr. LUIS
RAZETTI, BARCELONA**

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Oriente como requisito parcial
para optar por el título de **Médico Cirujano**

Barcelona, febrero del 2025

RESOLUCIÓN

De acuerdo con el reglamento de Trabajos de Grado de la Universidad de Oriente (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034 -2009):

"Los trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá ser participado previamente al Consejo Universitario, para su autorización".





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN TRABAJO DE GRADO

DECLARACIÓN JURADA

El Trabajo de Grado titulado:

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN LA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL Dr. LUIS
RAZETTI, BARCELONA**

Presentado por los Bachilleres:

González Osuna, Isabel María De Los Angeles; C.I. V-27.164.327

Silva Moreno, Valentina De Jesus; C.I. V-27.685.018

Subero Navarro, Maria Laura Del Carmen; C.I. V- 26.721.533

Ha sido aprobado por el Jurado Evaluador, quienes lo han encontrado correcto en su contenido y forma de presentación, asimismo, declaran que los datos presentados son responsabilidad exclusiva de su autor, en fe de lo cual firman:

Gabriela Cedeño
Miembro Principal

Miriankhis Guzmán
Miembro Principal

Rafael Arreaza
Miembro (Asesor)

Prof. Solirama Jiménez
Coordinadora
Comisión de Trabajo de Grado
Escuela de Ciencias de la Salud

RESUMEN

CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

González, I.; Silva, V.; Subero, M. Departamento de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario «Dr. Luis Razetti». Barcelona – Anzoátegui. Venezuela

La morbi-mortalidad materna es un problema de salud a nivel mundial; además, es uno de los indicadores considerados importantes para medir el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población en un país. Existen diversos factores que limitan o evitan que la mujer embarazada reciba el cuidado adecuado durante esta etapa, lo cual apoya el incremento de la problemática, tales como: los sociodemográficos, económicos, genéticos, nutricionales, comorbilidades. Con el objetivo de Caracterizar las Pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, se realizó un estudio con fundamento descriptivo, documental, prospectivo y de corte transversal; durante el período de tiempo entre mayo de 2023 – mayo de 2024. El instrumento que se utilizó para la recolección de información fue la ficha técnica, estructurado con ítems concernientes a datos sociodemográficos, antecedentes personales, ginecológicos y obstétricos, ingreso a terapia y desenlace obstétrico. La relación entre la presencia de antecedentes personales, control prenatal y los desenlaces obstétricos se realizó mediante Odds Ratio. La muestra quedó conformada por 78 pacientes, representan 0,89% de 8767 intervenciones obstétricas atendidas en el hospital durante este periodo. Al final, se reportaron 8 muertes de pacientes maternas admitidas a la UTI (10,3 %). Predominaron las pacientes maternas con edad entre 18 y 35 años, amas de casa, estrato IV, embarazos no controlados y con trastornos hipertensivos. El control prenatal es esencial.

Palabras clave: pacientes obstetras, morbi-mortalidad materna

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESOLUCIÓN	iv
DECLARACIÓN JURADA	v
RESUMEN	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
AGRADECIMIENTOS	ix
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	18
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	36
REFERENCIAS	45
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:	55

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Características sociodemográficas de las pacientes obstétricas.	17
2.1 Antecedentes personales y quirúrgicos de las pacientes obstétricas	19
2.2 Antecedentes ginecobstétricos de las pacientes obstétricas	20
3. Causas de ingreso a terapia de las pacientes obstétricas.	22
4. Desenlace de las pacientes obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva.	23
5. Desenlace de las pacientes obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva, según antecedentes personales y el control prenatal.	24

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Oriente, núcleo Anzoátegui, por brindarnos un espacio en donde formarnos como profesionales y personas, a pesar de todas las adversidades.

A los Departamentos de Ginecología y Obstetricia y Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, a todo su personal médico y de enfermería, por su invaluable colaboración y orientación durante la tarea de recolección de datos de nuestro estudio.

A nuestro asesor Dr. Rafael Arreaza, ejemplo a seguir para nosotras. Por su vocación a la enseñanza, la práctica médica y el trabajo científico. Gracias por creer en nosotras, guiarnos y permitirnos el honor de realizar este trabajo de su mano.

A Dios, por cada bendición y oportunidad que nos otorgó en este viaje de aprendizaje mostrándonos que con fe, todo es posible.

A nuestros padres, por siempre apoyarnos y darnos palabras de ánimos cuando más lo necesitamos, su amor incondicional nos ha mantenido firmes y esperamos poder atribuirles todo lo que han hecho por nosotras. Los amamos infinitamente.

González I, Silva V, Subero M

INTRODUCCIÓN

Durante la gestación el organismo de la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos, con el fin de adaptarse y responder óptimamente a la demanda de las semanas de gestación. En esta etapa, habrá alteración de los parámetros normales a nivel de todos los sistemas, que van acompañados de una serie de síntomas que disminuyen o desaparecen de manera paulatina durante el puerperio. De esta manera, es necesario contar con el monitoreo de un médico encargado de discernir entre los hallazgos fisiológicos y patológicos que puedan poner en riesgo la salud materna o del producto de la gestación. Este monitoreo de la paciente obstétrica de alto riesgo, implica vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada (1).

La Unidad de Terapia Intensiva es definida por el Ministerio de Salud y Política Social como “ Una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinaria en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma de garantizar las condiciones de seguridad, calidad, y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requiere soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de al menos dos órganos o sistemas, así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico”(2).

La paciente obstétrica críticamente enferma presenta un grupo de características únicas de difícil manejo, debido a la presencia fetal, las alteraciones de la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo. Asimismo, la paciente embarazada representa 1 a 2% de las admisiones a la UCI en países desarrollados, porcentaje que puede aumentar hasta 10% en países en vías de desarrollo, debido a condiciones socioculturales y económicas. Datos recientes sugieren que entre 0,1% y

0,8% de todas las pacientes obstétricas son admitidas a las unidades de cuidados intensivos (3).

La morbi-mortalidad materna es un problema de salud mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2020 cada día murieron casi 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un gran porcentaje de muertes ocurren en países en desarrollo, siendo más predominante en mujeres que viven en zonas rurales y en comunidades más pobres. Estos porcentajes son el resultado de una serie de condiciones clínicas, económicas, y sociales que determinan la incidencia y desenlace de las enfermedades (4).

Dicho esto, un Reciente estudio realizado en el 2023 , avala que no solo las condiciones socio-económicas y clínicas son importantes para la prevalencia de determinadas enfermedades, también hay que tomar en cuenta el área geográficas, definiciones operativas de morbilidad, criterios de ingreso, y protocolos de tratamiento, accesibilidad a los servicios de salud, entre otros aspectos relevantes, aunque se estima una utilización de cuidados intensivos obstétricos entre el 1 – 3 % de los partos, especialmente por shock hemorrágico, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis, el tromboembolismo venoso y pulmonar, la rotura uterina, el síndrome de Hellp y la coagulación intravascular diseminada, todas ellas pueden llevar al síndrome de disfunción múltiple de órganos con una elevada mortalidad. (5). La atención médica de calidad resulta ser vital, requiriendo la participación de un equipo multidisciplinario encargado de diagnosticar y tratar de manera oportuna cada una de las enfermedades presentes (6).

En Cuba, según un estudio realizado en el 2018, la letalidad materna oscila entre 4%-21%. Esto se logró debido a que el hospital se asegura de un traslado precoz de las pacientes a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y su atención multidisciplinaria. En esta misma investigación se concluye que la eclampsia, la preclampsia grave y la

endometriosis constituyen las problemáticas que más determinan el criterio de morbilidad materna grave y que la letalidad de estas pacientes en UTI fue baja, relacionándolo directamente con la sepsis puerperal (7).

El 99% de las defunciones maternas están asociadas a patologías susceptibles de prevención como lo son: la preeclampsia-eclampsia, hemorragias del parto y puerperales, sepsis puerperal, complicaciones del aborto, siendo los mismos factores causales de la morbilidad materna extrema (8). De esta manera, “La morbilidad materna constituye un indicador de los estados obstétricos, por cada muerte de una paciente obstétrica cerca de 118 mujeres sufren morbilidad materna grave” (9). Por ello, la Mortalidad materna es el desenlace final de una serie de manifestaciones presentadas previamente durante la gestación, y es aquí, donde radica la importancia de una buena educación a la madre sobre lo vital de asistir a un control prenatal, para lograr un monitoreo oportuno del mismo ya que esta es la única manera de confirmar un embarazo seguro tanto para la madre como para el feto. En estudio realizado en 2023 sugieren que “abordar la necesidad de accesibilidad e integridad de la atención obstétrica, especialmente en la región es menos conectadas, contribuirá en gran medida a reducir la mortalidad materna” (10).

El mayor riesgo de mortalidad materna es aquella con rezago social, por lo que se requiere de implementar estrategias que eviten embarazos adolescentes, retrasen el inicio de la actividad sexual activa, y prevenir enfermedades concomitantes en mujeres mayores de 35 años (11). La salud materna es un indicador de los niveles de desarrollo y desigualdad de una nación, ya que es un reflejo directo de la pobreza y la exclusión social. El impacto de la muerte materna en un grupo social tiene efectos multiplicadores, ya que implica, en la mayoría de los casos, la disociación familiar, repercusión económica (a veces las mujeres son el único sustento de las familias), y la interrupción de un desarrollo sano de hijos (12).

Actualmente se ha evidenciado que, el manejo de la morbilidad materna radica en el control prenatal con el objetivo de reducir el riesgo, con el fin de realizar una intervención de forma oportuna que permite prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza, a través de historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto. En dicho control se busca evaluar el estado de salud tanto de la madre como del feto, establecer la edad gestacional, evaluar riesgos, planificar próximos controles prenatales. Se recomienda realizar las consultas de control prenatal con una frecuencia de: Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas, cada 2-3 semanas entre las 28 y 36 semanas y semanalmente después de la semana 36 (13).

En el 2024, un estudio realizado en México, demuestra que la identificación de pacientes embarazadas en estado crítico permitió su atención óptima, y el adiestramiento en el cuidado multidisciplinario por el personal de salud. Continuar con esta identificación oportuna y los cuidados críticos permitirá abatir las cifras de muerte materna. Este estudio, coincide describiendo a la paciente obstétrica críticamente enferma, como una paciente de difícil manejo (14).

Un manejo oportuno de este tipo de pacientes, permitirá un abordaje correcto para lograr una gestación a término, priorizando la calidad de vida tanto de la madre como del feto. El 53,7 % de las pacientes no presentó comorbilidades. Del total de las que sí presentaron comorbilidades, las afectadas con mayor frecuencia fueron las mayores de 35 años (76,2 %). La HTA crónica y el asma bronquial fueron las entidades más observadas, con 22,0 % y 13,7 % respectivamente. El grupo de 20 a 34 años y las mayores de 35 padecieron más de HTA crónica y asma bronquial; y en las menores de 20 años prevaleció el asma bronquial, seguida por la HTA y las cardiopatías (15).

La rápida identificación del riesgo obstétrico, el traslado con estabilidad hemodinámica a UCI cuando sea necesario, la prevención primaria (etiológica) de las causas que pueden llevar a una paciente a ingresar en UCI y la prevención secundaria de las complicaciones, a través del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno resultan fundamentales. No obstante, en este propósito de disminuir la mortalidad materna en edad gestacional y por ende la mortalidad materna, los cuidados intensivos obstétricos tienen un papel muy importante y requiere el compromiso de todos los intensivistas en logra ese objetivo (16). Este estudio confirma el manejo multidisciplinario que se necesita para preservar la vida de las pacientes ingresadas en UTI, sin embargo, se asegura que no basta con ese manejo multidisciplinario para controlar la morbilidad materna, haciendo énfasis en que el seguimiento especializado durante todo el embarazo y la educación sanitaria es la base de todo el sistema para la mejora de esta problemática.

En el contexto de esta investigación se estudiarán las Características Obstétricas que condicionan el ingreso de las pacientes a la Unidad de Terapia Intensiva. Tomando en cuenta que, en los últimos años se han evidenciado diversos elementos o factores que ameritan un estudio pormenorizado de las condiciones socioeconómicas y de salud de las pacientes que se encuentran en dicha unidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Sociedad Americana de Medicina Intensiva define como paciente crítico: “aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica cuidadosa con monitoreo y ajustes continuos en terapia según su evolución” (17). El bajo nivel socioeconómico, el déficit de conocimiento y autocuidado resultan ser elementos que determinan el incremento de patologías durante la gestación, lo cual impide el descenso de la tasa de morbilidad materna, siendo este uno de los principales problemas en los últimos años y en la actualidad. Por lo tanto, es importante indagar en esta investigación cuáles son esas variables, factores, antecedentes y comorbilidades que condicionan el aumento de ingreso de estas pacientes a la UTI y de esta forma implementar y concientizar a las pacientes embarazadas sobre la importancia del control prenatal, el cual además de permitir la detección oportuna de las enfermedades, también permite controlar aquellas que ya estaban presentes antes de la gestación.

En este sentido, la morbi-mortalidad materna es uno de los indicadores considerados importantes para medir el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población en un país determinado. Existen múltiples elementos que limitan o evitan que la mujer embarazada reciba el cuidado adecuado durante esta etapa, lo cual apoya el incremento de la problemática: La pobreza, la distancia o lejanía del servicio de atención, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, y las prácticas culturales, los cuales resultan ser algunos de los elementos que condicionan de alguna manera la aparición de enfermedades en esta etapa.

Por otra parte, la OMS en el 2020 propone una estrategia mundial para acabar con muchas de las enfermedades que resultan ser prevenible, fundamentado en los

siguientes aspectos: -Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva , materna, neonatal y el acceso a ellos; -Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; -Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna y de discapacidades conexas ; -Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas ; -Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y equidad.

En consecuencia, se estudiará a las pacientes que participan en esta investigación, evidenciando ciertos aspectos que nos permitan caracterizarlas, considerando las condiciones sociodemográficas y de salud que determinan su ingreso a la Unidad de Terapia intensiva (UTI) del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Intentando optimizar, prevenir y mejorar el pronóstico de las enfermedades que se puedan presentar en esta etapa, con el fin de disminuir la letalidad materna y del producto de la gestación.

Para ello se formulan las siguientes interrogantes:

-¿Cuáles son las características de las pacientes obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona?

- ¿Existe alguna relación en las características sociodemográficas de las pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de terapia intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona para el período en estudio?

- ¿Qué antecedentes personales, quirúrgicos y obstétricos resultan más resaltantes en las participantes de esta investigación?

- ¿Cuáles son las causas de ingreso de las pacientes obstétricas en la Unidad de Terapia Intensiva del centro de estudio?

-¿Cuál es el desenlace obstétrico de las pacientes seleccionadas en la investigación?

OBJETIVOS

General

Caracterizar las Pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes Obstétricas según el método de Graffar para el período en estudio.
2. Identificar los antecedentes personales, quirúrgicos y obstétricos más resaltantes de las participantes en esta investigación.
3. Especificar las causas de ingreso de las pacientes obstétricas en la Unidad de Terapia Intensiva del centro de estudio.
4. Señalar el desenlace obstétrico de las pacientes seleccionadas en la investigación.
5. Relacionar los antecedentes personales y el control prenatal con el desenlace obstétrico de las pacientes ingresadas a la unidad de terapia intensiva.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tiene como motivación el interés por indagar la realidad de las pacientes obstétricas que ingresan a la UTI del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona. Para ello, se busca caracterizarlas tomando en cuenta los antecedentes personales, quirúrgicos, obstétricos, edad, estancia hospitalaria, control prenatal, comorbilidades, así como también las condiciones sociodemográficas, entre otros aspectos que serán indicadores del cuidado en esta etapa y la predisposición de la aparición de diversas patologías que condicionan el desarrollo obstétrico.

Por tal razón, recalcar que muchas de las patologías resultan ser prevenibles es de vital importancia en la presente investigación, contando con el apoyo de un equipo multidisciplinario, de calidad de atención y orientación se puede lograr reducir la incidencia de ingreso a esta unidad con detección y manejo a tiempo. Logrando identificar los factores predisponentes en las gestantes para poder evitar complicaciones y garantizar el cuidado durante el embarazo, considerando la morbilidad materna, la cual cada día se presenta con mayor frecuencia y su estudio facilita la identificación de estos riesgos para poder permitirle al médico saber las modificaciones que se producen en el organismo de la mujer y evitar que pueda comprometer la vida de la madre y del producto de la gestación. Por lo cual, se busca contribuir a la disminución de las causas de ingresos a la Unidad de Terapia Intensiva, evaluando las variables de riesgo y estableciendo mecanismos preventivos para la atención integral de la gestante.

MARCO METODOLÓGICO

La metodología o marco metodológico desarrollado durante la investigación, incluye los siguientes aspectos: tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo la indagación. Además, población objeto de estudio, procesamiento y análisis de los datos.

Esta investigación se desarrolló con fundamento descriptivo, documental, prospectivo o prolectivo, y de corte transversal en pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de terapia intensiva del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, durante el período de tiempo comprendido entre mayo 2023 hasta mayo 2024. A continuación, se justifican los tipos de estudios seleccionados:

De acuerdo con el nivel de profundidad de la búsqueda planeada del conocimiento que se pretende obtener o según los objetivos básicos de la investigación es descriptivo, porque con esta investigación se obtuvo información sobre las características que definen a las pacientes obstétricas que ingresaron a terapia intensiva, se determinó la frecuencia con que ocurre y con lo que se haya asociado. La investigación descriptiva según Arias “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere” (18).

De acuerdo con la fuente de acopio de los datos, el estudio también está enmarcado dentro de la investigación documental. En este sentido, Arias sostiene: “La investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y

registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas” (18).

De acuerdo con el momento en que ocurre el fenómeno y su registro, el estudio es prospectivo o prolectivo, porque la información se irá registrando en la medida que ingresen las pacientes obstétricas a la unidad de terapia intensiva.

Al respecto, Pineda y col. afirma, “en los estudios prospectivos se registra la información según van ocurriendo los fenómenos. Los hechos se registran a medida que ocurren” (19).

De acuerdo con el número de ocasiones en que se colectan los datos sobre el fenómeno estudiado o según la orientación del estudio en el tiempo, el presente estudio se identifica de corte transversal porque se recolectaron datos en un exclusivo momento, es decir, se estudió la situación de un problema de salud y características que presentaron las pacientes obstétricas en un momento determinado. Fue posible identificar a cada una de las mujeres y por supuesto, la información obtenida es válida sólo para el período en que fue recolectada ya que, tanto las características como las opiniones, pueden variar con el tiempo.

Hernández y col., señalan que “los estudios de tipo transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede” (20).

Población y Muestra

La población que se tomó para la realización de esta investigación estuvo conformada por 85 pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de terapia intensiva del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, durante el período de tiempo comprendido entre mayo 2023 hasta mayo 2024. La muestra (78) quedó representada por cada uno de los casos obstétricos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Todas las pacientes obstétricas hospitalizadas en el servicio de terapia intensiva del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui durante el período de tiempo comprendido entre mayo 2023 hasta mayo 2024.

Criterios de Exclusión

- Pacientes ingresadas en el establecimiento de terapia intensiva a las que fue imposible determinar los criterios buscados.

El muestreo que se utilizó en esta investigación, es el no probabilístico de tipo intencional u opinático.

Arias, señala que “el muestreo no probabilístico es un procedimiento de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra”. Y, “en el muestreo intencional u opinático los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador” (18).

Técnica e Instrumento para la Recolección de Datos

Con el objeto de sustentar la investigación, la técnica que se utilizó para la recolección de información fue el análisis documental y el instrumento la ficha técnica elaborado por los autores (Apéndice A), el cual se aplicó por los investigadores al consultar en forma directa con la paciente durante la estadía en la unidad y en los casos que ésta no se pudo comunicar se recurrió a los familiares, previo consentimiento informado y explicación sobre la finalidad de la investigación. El instrumento está estructurado en Parte 1: características sociodemográficas de las pacientes obstétricas. Parte 2: antecedentes personales, ginecológicos, quirúrgicos y obstétricos Parte 3: ingreso a terapia y desenlace obstétrico.

La información del nivel socioeconómico fue recogida según el Método de Graffar modificado por Méndez-Castellano, ver Anexo (21).

Se respetaron en todo momento los principios enunciados por la Bioética, la protección y el anonimato de las pacientes cuya información fue utilizada en esta investigación.

Procesamiento y Análisis de los Datos

Para la organización de los datos se utilizó una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel® 2013. Los resultados obtenidos se presentaron a través de distribución de frecuencias mediante tablas basadas en los objetivos de la investigación, lo que permitió visualizar los resultados para ser comparado con la teoría y posterior análisis.

La cuantificación del riesgo obstétricos se realizó mediante la prueba Odds Ratio (OR), también llamada razón de probabilidades o razón de productos cruzados, la cual es una medida de asociación utilizada en el ámbito de la investigación biomédica, y

que sirve para determinar el nivel de relación que tiene una exposición particular con la ocurrencia de un evento.

El cálculo del Odds Ratio se ilustra a través de la realización de una tabla de contingencia o tabla 2 x 2, como se muestra a continuación:

Embarazo	Fallecida	Alta Médica
No controlado	A	B
Controlado	C	D

De la cual se obtienen dos odds: (1) un odds de exposición, que representa la probabilidad de ocurrencia del evento cuando está presente el factor evaluado (A / B) y (2) un odds sin exposición, que representa la probabilidad de ocurrencia del evento cuando el factor está ausente (C / D). El Odds Ratio se obtiene al dividir ambos odds, obteniendo la fórmula:

$$OR = \frac{A \div B}{C \div D} \quad \rightarrow \quad OR = \frac{A \times D}{C \times B}$$

Al interpretar el resultado, se considera asociación protectora cuando el valor sea <1 , asociación nula cuando sea 1 y asociación de riesgo cuando sea >1 . La significancia estadística de las variables categóricas se determinó a través del test exacto de Fisher, considerando como significativa toda $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se determinó las características de 78 pacientes obstétricas que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, en Barcelona, entre mayo de 2023 y mayo de 2024. A continuación, se presentan los resultados en concordancia con los objetivos de la investigación.

De acuerdo a la tabla 1. Sobre las características sociodemográficas de las pacientes obstétricas que ingresaron a la UTI, se determina que la media de edad de las pacientes fue de $25,8 \pm 8,2$ años, lo que sugiere que la mayoría de las mujeres en este grupo se encuentra dentro del rango reproductivo joven característico de la población obstétrica. El 78,21% de ellas se encuentra en el grupo de edad de 18 a 35 años. Solo un 6,41% de las pacientes son menores de 18 años.

La distribución muestra que el 51,28% de las pacientes provienen de áreas urbanas, mientras que el 48,72% son de áreas rurales. Esto sugiere que el acceso a servicios de salud puede variar y, por tanto, influir en el pronóstico y la gravedad de las condiciones que llevan al ingreso a la UTI. La atención en áreas rurales puede verse limitada por la infraestructura y los recursos disponibles, lo que podría llevar a un retraso en la atención médica.

El nivel educativo es un factor relevante en la salud materna. En este estudio, un 61,54% de las pacientes tienen únicamente educación media general (bachiller), lo que podría limitar su acceso a información sobre salud y complicaciones obstétricas. Solo el 21,79% de las pacientes tienen estudios universitarios. El análisis de las ocupaciones indica que la mayoría de las pacientes (62,82%) son amas de casa. Por otro lado, un 20,51% de las pacientes son comerciantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

Características sociodemográficas		Frecuencia	%
Grupo de edades	< 18	5	6,41
	18-35	61	78,21
	>35	12	15,38
Procedencia	Urbano	40	51,28
	Rural	38	48,72
Instrucción académica	Primaria	13	16,67
	Bachiller	48	61,54
	Universitarios	17	21,79
Ocupación	Ama de casa	49	62,82
	Comerciante	16	20,51
	Estilista	6	7,69
	Estudiante	3	3,85
	Maestra	2	2,56
	Otros	2	2,56
Estado civil	Soltera	26	33,33
	Concubinato	31	39,74
	Casada	21	26,92
Graffar	II	3	3,85

Hábitos**psicobiológicos**

III	30	38,46
IV	45	57,69
Si	53	67,95
No	25	32,05

Media de edad = 25,8 ± 8,2 años

Un 39,74% de las pacientes se encuentra en una relación de concubinato, mientras que el 33,33% son solteras y el 26,92% están casadas. Las dinámicas de estado civil pueden influir en el soporte emocional y logístico que reciben las pacientes, lo que es fundamental para el manejo de las complicaciones durante la gestación y el parto.

La clasificación socioeconómica según el índice de Graffar muestra que un 57,69% de las pacientes se encuentran en el Graffar IV, lo que indica una situación socioeconómica desfavorable. Esto puede asociarse a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y dificultades en el acceso a atención médica adecuada. Mientras, el 67,95% de las pacientes reportan hábitos psicobiológicos, sin embargo, un 32,05% mencionan la ausencia de estos hábitos.

En la evaluación de los antecedentes personales de las pacientes ingresadas, tabla 2.1, se observaron diversas patologías que pueden tener un impacto significativo en su estado clínico. Se observa que un 61.54% de las pacientes niegan tener antecedentes médicos relevantes. Entre aquellas que reportan antecedentes, los trastornos hipertensivos son los más frecuentes, representando el 11.54% de los casos. Este dato es especialmente relevante, ya que los trastornos hipertensivos son una causa significativa de morbilidad y mortalidad en embarazadas. Le siguen el asma (8.97%) y la alergia (7.69%), que también son condiciones que pueden complicar el manejo de la paciente obstétrica en un entorno crítico. Otras condiciones como la diabetes mellitus (7,69%) y la obesidad (6.41%) que afectan la salud materna y fetal, también están presentes, aunque en menor frecuencia. Es importante mencionar que un 2.56% de las

pacientes presentaron epilepsia y fibrosis quística, lo que indica una diversidad en los antecedentes médicos.

En el análisis de los antecedentes quirúrgicos, se observó que la mayoría de las pacientes (89.74%) no reportaron intervenciones quirúrgicas previas. Entre las que sí lo hicieron, la cesárea segmentaria fue la más común (3.85%), seguida de la apendicetomía (2.56%).

Tabla 2.1 Antecedentes personales y quirúrgicos de las pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

Antecedentes		frecuencia	%
Personales	Trastornos hipertensivos	9	11,54
	Asma	7	8,97
	Alergia	6	7,69
	Obesidad	5	6,41
	Diabetes mellitus	6	7,69
	Epilepsia	2	2,56
	Fibrosis quística	2	2,56
	Resistencia a la insulina	1	1,28
	Hipotiroidismo	2	2,56
	Miomatosis uterina	2	2,56
	LIE de bajo grado	1	1,28
	Niega	48	61,54
Quirúrgicos	Cesárea segmentaria	3	3,85
	Apendicetomía	2	2,56
	Hemorroidectomía	1	1,28
	Laparoscopia	1	1,28
	Tiroidectomía	1	1,28
	Niega	70	89,74

Tabla 2.2 Antecedentes Ginecobstétricos de las pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

	Antecedentes	Frecuencia	%
Ginecológicos	Menarquia		
	9-11 años	35	44,87
	>12 años	43	55,13
	Sexarquia		
	< 15 años	37	47,44
	15-17 años	17	21,79
	>18 años	24	30,77
Obstétricos	Gesta		
	Primigesta	32	41,03
	Segundagesta	17	21,79
	Multigesta	29	37,18
	Parto		
	1 parto	12	15,38
	2-3 partos	16	20,51
	>4 parto	5	6,41
	Cesárea		
	1 cesárea	15	19,23
	2-3 cesárea	4	5,13
	Aborto		
	Sin aborto	66	84,62
	1 aborto	10	12,82
	2-3 abortos	2	2,56
	Control prenatal		
	Controlado	14	17,95
	No controlado	64	82,05

En el aspecto ginecológico, la mayoría (55.13%) comenzó a menstruar después de los 12 años. En cuanto a la sexualidad, el 47.44% de las pacientes reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, lo que podría reflejar un comportamiento sexual de riesgo en esta población.

Respecto a los antecedentes obstétricos, el 41,03% de las pacientes son primigestas. Esto sugiere que una porción significativa de las pacientes atendidas podría estar experimentando sus primeros embarazos en un contexto de riesgo. En cuanto a los abortos, el 84.62% de las pacientes negaron haber tenido un aborto. Por otra parte, el 82.05% de las pacientes no recibió control prenatal adecuado, lo que es preocupante y puede contribuir a complicaciones obstétricas.

Durante el periodo analizado, las causas de ingreso de las pacientes obstétricas a la unidad de terapia intensiva (UTI), tabla 3, se distribuyeron de la siguiente manera: trastornos hipertensivos con un 76,92% entre los cuales destacan preeclampsia en un 37,18%, eclampsia en un 24,36% y síndrome de Hellp 15,39%; insuficiencia renal aguda (12,82%), atonía uterina (15,39%), trastornos respiratorios (12,82%) con mayor frecuencia la neumonía y el edema agudo de pulmón; trastornos cardiovasculares (25,64%) en donde destaca el shock hipovolémico con 14,10% y Shock hemorrágico con 3,85%. Mientras que en los trastornos infecciosos se encuentra la sepsis con un 10,26%, y un 3,85% para la agrupación de otros que abarca encefalopatía urémica, hemorragia cerebral y gastritis hemorrágica con 1,28% cada una.

Tabla 3. Causas de ingreso a la unidad de terapia intensivas de las pacientes Obstétricas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

Causa de ingreso a terapia		Frecuencia	%
Trastorno Hipertensivos (F = 60 % = 76,92)	Preclampsia	29	37,18
	Eclampsia	19	24,36
	Síndrome de Hellp	12	15,39
Trastornos Cardiovasculares (F = 20 % = 25,64)	Shock hipovolémico	11	14,10
	Shock hemorrágico	3	3,85
	Insuficiencia cardíaca	2	2,56
	Taponamiento cardíaco	2	2,56
	Síndrome coronario agudo	1	1,28
	Derrame pericárdico	1	1,28
Trastornos Uteroplacentarios (F = 15 % = 19,23)	Atonía uterina	12	15,39
	Acretismo placentario	3	3,85
Trastorno Renal	Insuficiencia renal aguda	10	12,82
Trastornos Respiratorios (F = 10 % = 12,82)	Neumonía	3	3,85
	Edema agudo de pulmón	3	3,85
	Crisis Asmática	2	2,56
	Fibrosis quística	1	1,28
	Tromboembolismo pulmonar	1	1,28
Trastornos infecciosos (F = 9 % = 11,54)	Sepsis	8	10,26
	Infección SNC	1	1,28
Otros (F = 3 % = 3,85)	Encefalopatía urémica	1	1,28
	Hemorragia cerebral	1	1,28
	Gastritis hemorrágica	1	1,28

La Tabla 4 presenta los desenlaces de las pacientes obstétricas que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva. La mayoría de ellas, un 89,74%, lograron ser dadas de alta, lo que indica una tasa de recuperación relativamente alta en la unidad de Terapia Intensiva. Sin embargo, un 10,26% de las pacientes fallecieron durante su estancia en la UTI. Respecto al producto de la gestación, se obtuvo 78,20% de neonatos vivos, 19,23% fallecidos y 2,56% abortos.

Tabla 4. Desenlace de las pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

Desenlace obstétrico	frecuencia	%
Madre		
Alta médica	70	89,74
Fallecida	8	10,26
Producto de la gestación		
Neonato		
Vivo	61	78,20
Fallecido	15	19,23
Aborto	2	2,56
Estadía		
Menos de un día	4	5,13
1 a 2 días	38	48,72
3 a 5 días	23	29,49
6 a 13 días	9	11,54
18 a 28 días	4	5,13

En relación al tiempo de estadía de las pacientes en UTI se observa un mayor porcentaje entre 1 y 2 días con 48,72%. En total, 4 pacientes estuvieron ingresadas menos de 24 horas; 38 pacientes entre 1 y 2 días; 23 pacientes estuvieron ingresadas entre 3 y 5 días; 9 pacientes necesitaron entre 6 y 13 días de ingreso y en 4 pacientes la estadía se prolongó entre 18 y 28 días como máximo. La mediana de estadía en UTI fue de 2 días (rango 1-28 días).

Tabla 5. Desenlace de las pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva, según antecedentes personales y control prenatal, del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona durante mayo de 2023 – mayo de 2024.

Características	Desenlace obstétrico						P	OR
	Alta							
	Médica	%	Fallecida	%	Total	%		
Antecedentes								
Personales								
Si	29	37,18	1	1,28	30	38,46		
No	41	52,56	7	8,97	48	61,54		
							0,14	0,20
Control Prenatal								
Si	13	16,67	1	1,28	14	17,95		
No	57	73,08	7	8,97	64	82,05		
							0,67	1,6

En la Tabla 5 se presenta el desenlace obstétrico de las pacientes que ingresan a terapia intensiva, desglosados según la presencia de antecedentes personales y control prenatal. De las 78 pacientes analizadas, 64 pacientes no tuvieron su control prenatal teniendo como desenlace 7 pacientes (8,97%) fallecidas. Mientras que solo de las 14 pacientes que sí tuvieron un adecuado control prenatal se reportó 1 paciente (1,28%)

fallecida, lo que sugiere que no tener un control prenatal apropiado puede estar asociado con peores desenlaces. Desde una perspectiva estadística, el valor de odds ratio (OR) es de 1,6 implica que hay una asociación de riesgo de mortalidad en aquellas pacientes que no tuvieron control prenatal. Sin embargo, no tuvo significancia estadística.

Por otro lado, al examinar el impacto de los antecedentes personales, se observa que las pacientes con antecedentes tienen una mortalidad del 1,28% en comparación con el 8,97% de aquellas sin antecedentes personales, esto sugiere que las pacientes con antecedentes tuvieron un desenlace más favorable en comparación con aquellas que no las presentaban. Estadísticamente, no hay una asociación significativa entre los antecedentes personales patológicos y el desenlace obstétrico, el odds ratio (OR) calculado para los antecedentes fue de 0,20, lo que podría ser relevante para futuras investigaciones.

DISCUSIÓN

Durante el año mayo 2023 mayo de 2024 se estudiaron en el HULR de Barcelona, las pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de terapia intensiva, con la finalidad de caracterizar los factores de riesgo asociados. La muestra quedó constituida por 78 casos, las cuales representan 0,89% de 8767 intervenciones obstétricas atendidas en el hospital durante este periodo; dicho resultado se encuentra dentro del rango de 0,1% - 0,8% sugerido de pacientes obstétricas admitidas a la UCI en un hospital general de San Isidro, Perú (22). Así como también, el valor de 0,74% reportado en un trabajo realizado en una maternidad de Maracaibo, Venezuela (23).

En cuanto a las características demográficas encontradas en la muestra analizada, destacaron la presencia principalmente de mujeres adultas jóvenes entre los 18 - 35 años (78,21%) con una media de edad de 25,66 años, de procedencia urbana (59,05%), con baja instrucción académica (61,54%), la mayoría de las pacientes (62,82%) son amas de casa y 39,74% de las pacientes se encuentra en una relación de concubinato, mientras que el 33,33% son solteras. Esto se corresponde con el estudio retrospectivo de Nava et al (2016) en Maracaibo, Venezuela quienes registraron las siguientes características demográficas: mujeres adultas jóvenes entre los 18 - 35 años (58,19%), de procedencia rural (59,05%), con bajos niveles educativos (>80% escolaridad menor de educación secundaria) y sin unión conyugal legal (>80% concubinas o solteras) (23). No obstante, Vásquez J. (2018) en Paraguay, destacan la media de edad de 30 y la mitad de la población está distribuida entre los 26 a 35 años. El 80,80% de las embarazadas de estado civil casada, siendo superior a las embarazadas que están solteras. Se determinó que un 55,45% de las embarazadas finalizó los estudios superiores. Respecto a la edad, se sabe que las edades extremas (adolescentes y mayores de 35 años) están asociadas a un mayor riesgo de morbi-mortalidad materna (24).

Respecto al estrato socioeconómico, el 57,69% pertenecieron al estrato IV, lo que indica una situación socioeconómica desfavorable; similar a lo encontrado en Ecuador por Mogollón D, según la estadificación establecida por el INEC, el 62.5% pertenecían a un nivel socioeconómico bajo. El bajo nivel socioeconómico, el déficit de conocimiento y autocuidado resultan ser elementos que determinan el incremento de patologías durante la gestación en la actualidad (25).

Mientras, el 67,95% de las pacientes reportan hábitos psicobiológicos, sin embargo, un 32,05% mencionan la ausencia de estos hábitos. Tacuri et al, en un estudio tipo revisión sistemática con bases de datos electrónicas (2022) obtuvieron en los hábitos psicobiológicos tóxicos una incidencia del 90% de consumo de café; un 23% de medicamentos; un 8% de consumo de alcohol y un 4% de pacientes con hábitos tabáquicos abandonados en el primer trimestre del embarazo (26).

En los antecedentes personales estuvo ausente los antecedentes médicos relevantes en 61.54% y sólo 38,46% de las madres refirieron haber tenido. Entre aquellas que reportan antecedentes, los trastornos hipertensivos son los más frecuentes, representando el 11.54% de los casos. Entre las causas obstétricas obtenidas en un estudio realizado en la Habana, Cuba (2017) por Acevedo et al, destacan los trastornos hipertensivos con 35 pacientes (16,5 %), liderados por la eclampsia (7,1 %) y la preeclampsia grave (6,6 %) y la hemorragia obstétrica mayor, con 30 pacientes (14,2 %), por atonía uterina en la mitad de los casos (7,1 %). La sepsis obstétrica fue el diagnóstico en el 6,1 % del total de pacientes (27). Contrario a lo encontrado por Montoya F, (2011) en Cuba, quien reportó que predominaron las pacientes con antecedentes de salud. Las pacientes con historia de asma bronquial (15,4%) fueron las de mayor frecuencia (28).

En el análisis de los antecedentes quirúrgicos, el presente estudio encontró que el 89,74% de las pacientes no reportaron intervenciones quirúrgicas previas, lo que es consistente con los hallazgos de un estudio realizado por Memish et al. (2022) en

Arabia Saudita, donde el 85% de las pacientes obstétricas no tenían antecedentes quirúrgicos relevantes (29). Entre las que sí lo hicieron, la cesárea segmentaria fue la más común (3.85%), seguida de la apendicetomía (2.56%).

En el aspecto ginecológico, la mayoría (55.13%) comenzó a menstruar después de los 12 años. En cuanto a la sexualidad, el 47.44% de las pacientes reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, lo que podría reflejar un comportamiento sexual de riesgo en esta población. Comparable a lo encontrado por Rodríguez et al (2022) en Acarigua, Venezuela en donde la edad de la menarquia en años promedio $\pm$ DE fue de $11,59 \pm 2,55$ y la sexarquia ocurrió en una edad media de $15,67 \pm 3,48$ años (30).

Al observar las características obstétricas de las madres, se encontró que hubo predominio de mujeres primigestas, representando 41,03%. En cuanto a los abortos, el 84.62% de las pacientes negaron haber tenido un aborto. En el estudio de Mourão et al, (2019) en Ceará, Brasil, la distribución fue similar, encontrando que prevaleció la primiparidad, ausencia de histórico de aborto (31). Sin embargo, para Soli, S. (2013) en Argentina, la proporción fue inversa, el 60% de las pacientes obstétricas fueron multíparas (32).

En relación al control prenatal, el 82.05% de los casos refirieron no haber controlado su gestación, mientras que 17,95% si la controló. Al respecto, investigadores como Nava, et al (23) también señalan el control prenatal ausente o inadecuado (74,57%); Contrario a lo encontrado por Mogollón D. en su estudio la Relación entre preeclampsia y factores sociodemográficos en Ecuador el 73.33% se realizaron un total de 5 a 7 controles prenatales durante el embarazo, mientras que el 20% se realizaron menos de 6 controles y el 6.67% restante se realizó más de 7 controles prenatales (25). Las diferencias en el acceso al control prenatal entre estas poblaciones podrían deberse a variaciones en las políticas de salud, la infraestructura disponible y la educación sobre

la importancia del seguimiento prenatal, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la atención a las mujeres embarazadas en situaciones vulnerables.

En cuanto a las causas de ingreso a terapia predominaron los trastornos hipertensivos del embarazo, siendo la de mayor frecuencia la preeclampsia con 37,18%, seguida de atonía uterina con 15.39% y shock hipovolémico con 14,10%, lo cual difiere con el estudio de Lázaro (Perú) donde la causa principal de ingreso a terapia se trató de sepsis (53.4%) principalmente por foco urinario, seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo (26.7%) y como tercera causa en frecuencia las hemorragias (19.9%) (33).

Respecto a la tasa de mortalidad materna se encontró un 10,26% entre todas las pacientes que entraron a UTI; estando más elevada que el 6,93% como lo reportado en el estado Zulia (23). Además, sobre los resultados perinatales, en el presente estudio observamos una alta tasa de supervivencia, ya que un 78,20% de las madres que ingresaron a terapia recibieron a un recién nacido vivo, lo cual coincide con el estudio consultado de Rojas et al (Colombia) donde los resultados perinatales de los hijos de madres hospitalizadas en UCI durante la gestación o puerperio fue de recién nacidos vivos con un 73,4% (34). Así mismo, la estancia promedio en UTI fue de 1 a 2 días en la mayoría de las pacientes con un 48,72%, seguida de las pacientes con una estadía entre 3 a 5 días con un 29,49%, resultados similares obtuvieron en el estudio Lázaro (Perú), donde la estancia promedio en UCI fue igual a 3.4 días (33).

Al observar los resultados del desenlace obstétrico revelan una tendencia hacia un mayor riesgo de mortalidad obstétrica en pacientes sin control prenatal adecuado en comparación con pacientes que sí poseen control prenatal, aunque sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,67$). Esta tendencia es consistente con lo reportado por Calvache et al. (2013) en Cauca, Colombia, en donde encontraron que las pacientes

con un deficiente o inexistente control prenatal presentaron 1.94 veces más probabilidades de fallecer en UCI (35). Así mismo, Méndez et al. (2021) en Perú, reportaron que las pacientes sin control prenatal de calidad tienen mayor posibilidad de complicaciones maternas comparadas con aquellas que sí tuvieron control prenatal de calidad (36).

Finalmente, la presencia de antecedentes personales en pacientes fallecidas fue reportada por el 1,28%, frente a 8,97% que no tenían antecedentes personales y también tuvieron fatal desenlace. Sin embargo, los datos no alcanzan significancia estadística ($p = 0,14$), lo que contrasta con lo encontrado por Ceballos et al. (2022) en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Caracas, Venezuela, titulado "Impacto de los antecedentes patológicos en la mortalidad materna". En su investigación, los autores encontraron que las pacientes con antecedentes patológicos presentaban una mortalidad del 15%, significativamente mayor que el 5% en aquellas sin antecedentes. La discrepancia en los porcentajes de mortalidad se puede atribuir a diferencias en la población estudiada, duración del estudio y en la calidad de la atención médica (37).

CONCLUSIONES

En esta investigación se demostró que la admisión de pacientes obstétricas a la Unidad de Terapia Intensiva se encuentra entre 0,89% de todos los ingresos obstétricos efectuados en el HULR de Barcelona. El perfil sociodemográfico de las pacientes obstétricas en la UTI revela un predominio de mujeres jóvenes con edad entre 18 y 35 años, de procedencia urbana, educación media general, amas de casa, relación de concubinato, con estrato socioeconómico IV y reportan hábitos psicobiológicos tóxicos.

En cuanto a los antecedentes personales, los trastornos hipertensivos son los más frecuentes. La mayoría de las pacientes no reportaron intervenciones quirúrgicas previas, menstruación después de los 12 años, primera relación sexual antes de los 15 años, son primigestas, sin antecedentes de aborto y con embarazos con control prenatal deficiente o ausente.

Según el desenlace obstétrico la mayoría de las pacientes lograron ser dadas de alta, lo que indica una tasa de recuperación relativamente alta en la unidad de Terapia Intensiva. Sin embargo, 8 de las pacientes fallecieron durante su estancia, lo que subraya la gravedad de las condiciones que llevaron al ingreso a la UTI y la necesidad de intervenciones médicas efectivas y oportunas.

Respecto al producto de la gestación, se obtuvo una gran proporción de neonatos vivos y las pacientes tuvieron una mediana de estadía en UTI de 2 días (rango 1-28 días).

Se identificó que los trastornos hipertensivos son las causas de ingreso a UTI que predominaron entre las pacientes (17,94%), dentro de las cuales destacan preeclampsia,

eclampsia y síndrome de HELLP. Lo que es significativo dado que esta condición es una de las principales causas de complicaciones en el embarazo. Esto resalta la importancia de la atención prenatal y la identificación temprana de riesgos obstétricos en mujeres con antecedentes médicos complejos.

Aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de antecedentes personales y el control prenatal adecuado con el desenlace obstétrico, las tendencias observadas sugieren que las pacientes con antecedentes personales patológicos y control prenatal deficiente tienden a tener peores desenlaces. La mortalidad fue mayor en pacientes que tuvieron un control prenatal incompleto, lo que indica que el cumplimiento eficaz y oportuno del mismo es vital para mejorar los resultados clínicos en mujeres embarazadas que requieren cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES

Mejorar el acceso a atención prenatal: Dado que solo el 17,95% de las pacientes recibieron control prenatal adecuado, es esencial implementar programas de educación y acceso a servicios de salud prenatal, especialmente en áreas rurales, para identificar y manejar complicaciones obstétricas a tiempo.

Fortalecer la educación sobre salud reproductiva: Promover programas de educación sexual y reproductiva en la comunidad, enfocándose en la menarquia, sexarquia y planificación familiar, podría ayudar a reducir embarazos no planificados y mejorar la salud materno-infantil.

Desarrollar programas de manejo de factores de riesgo: Implementar protocolos para la identificación y manejo de factores de riesgos clínicos y sociodemográficos de desarrollar patologías obstétricas como la preeclampsia, dado que estas están asociadas con un mayor riesgo de complicaciones. Así como también promover una adecuada educación sanitaria, nutrición saludable y eliminación de hábitos tóxicos puesto que resulta la base de todo sistema para la disminución de la morbi-mortalidad materna.

Atención a la salud mental: Considerar la inclusión de servicios de salud mental para las pacientes obstétricas, especialmente para aquellas en situaciones de estrés, como las que enfrentan complicaciones en la gestación o el parto.

Capacitación del personal médico: Ofrecer capacitación continua al personal de salud sobre el manejo de embarazos de alto riesgo y la atención en unidades de terapia intensiva, asegurando que estén equipados para abordar las complejidades de las condiciones de las pacientes.

Promover el seguimiento post-alta: Establecer un sistema de seguimiento para las pacientes dadas de alta de la UTI, asegurando que reciban atención continua y monitoreo para prevenir complicaciones posteriores al alta.

Investigación continua y análisis de datos: Fomentar estudios adicionales que analicen los factores de riesgo y desenlaces en la población obstétrica, para informar políticas de salud y mejorar continuamente la atención obstétrica y neonatal en la región.

REFERENCIAS

1. Briones J, Díaz M, Briones C. Monitoreo de la paciente Obstétrica de alto riesgo. Revista Mexicana de Anestesiología. Rev Mex Anest[internet].2011. [Consultado 2023 agosto 25];34(1):106-107.Disponible en: [Monitoreo de la paciente obstétrica de alto riesgo \(mediagraphic.com\)](#)
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados intensivos: Estándares y Recomendaciones[internet].Madrid.2018[consultado 2024, octubre15].Disponible en:<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf>
3. Galvez M, Arreaza M, Rodriguez J. Mortalidad Materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia) 2002-2006.2010.vol:60.pag153.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [internet].2023. [Consultado 2023 septiembre 1]. Disponible en: [Mortalidad materna \(who.int\)](#)
5. Elias K, Hernández N y Elias R. Morbilidad materna extrema en pacientes adscritas a la policlínica Omar Ranedo.II jornada científica de residentes profesionales de la salud. [internet].2023.[consultado 2024, coloca la fecha]. Disponible en: [https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl23/2023/paper/viewFile/357/521.](https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl23/2023/paper/viewFile/357/521)

6. Organización Mundial de la Salud. Salud materna. Disponible en:
<https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>
7. Vázquez M. Mortalidad Materna en cuba. Rev Nov Pob. 2020.vol.15.pag.123
8. Rodríguez M. Morbilidad materna extrema en pacientes ingresadas en el servicio de ginecoobstetricia del HUAPA septiembre 2020-febrero 2021. [Tesis de Postgrado]. Estado Sucre, Venezuela. Universidad de Oriente Núcleo Sucre. 2022. Disponible en: [P.G.-RodriguezM,MariaB.pdf \(udo.edu.ve\)](#)
9. Sierra R, Bordelois M, Díaz E, Estevan J, González J. Caracterización de la morbilidad y mortalidad materna en la unidad de terapia intensiva. Rev Inf Cient [internet].2018. [Consultado 2023 septiembre 2].97 (4):720-731. Disponible en: [1028-9933-ric-97-04-722.pdf \(sld.cu\)](#)
10. Mendoza, V. Prevalencia de Patologías obstétricas en la unidad de terapia intensiva del hospital de la mujer puebla durante periodo enero 2016 a julio 2018. [Tesis pregrado]. México. Benemérita universidad autónoma de Puebla. Disponible en :
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/1aa159b2-d1df-482b-9422-12b7b841e1cf/content>
11. Escobedo J. Factores asociados a Mortalidad materna en el Hospital General de Tijuana, durante el periodo 2014-2018. [Tesis Postgrado]. Mexicali, Baja California. Universidad Autónoma de Baja California. Facultad de Medicina. Disponible en:
<https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/44a24ff8-ea6e-4897-ab44-4881a1ab1dd/content>

12. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. Revista médica clínica las condes.2014; 25(6): 880-886
13. Glindo L, López D, Martínez G, Jiménez G, García A, Tapia M. Características clínicas de pacientes obstétricas críticas. Ginecol Obstet Mex. 2024.vol92 pag.422
14. Hernández Y, León M, Díaz J, Ocampo A, Rodríguez A, Ruiz- M. Caracterización clínica de pacientes con morbilidad materna extremadamente grave y su repercusión perinatal. Cienfuegos 2020vol18.pag 10.
15. Perez A, Vladez O. Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la mortalidad materna. Revista cubana de medicina intensiva y emergencia. 2019. vol17. página 10.17
16. Medardo H, PACIENTE CRÍTICO [Internet]. Scribd. [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/607558228/definicion-de-PACIENTE-CRITICO-1>
17. Ambris A. Modelo de predicción de muerte materna en pacientes que ingresan a terapia intensiva por morbilidad materna severa de junio 2013 a diciembre 2019. [Tesis de Postgrado]. Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. 2021. Recuperado a partir de: [ANDREA ISELA AMBRIZ REYES_TESIS.pdf \(uaemex.mx\)](#)
18. Arias F. El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. 7ma edición. Caracas: Episteme; 2016 [Consultado 2023 agosto 24] Disponible en: https://kupdf.net/download/el-proyecto-de-investigacion-fidias-arias-7ma-edic2016pdf_5a1b4afde2b6f5e526da642c_pdf

19. Pineda E, de Alvarado E, de Canales F. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994 [Consultado 2023 agosto 24]
Disponible en:
<https://187.191.86.244/receis/registro/Metodología%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20Personal%20de%20Salud.pdf>
20. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ta edición. México: McGraw-Hill / Interamericana editores; 2014
[Consultado 2023 agosto 24] Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20nvestigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
20. Escala de Graffar modificada por Méndez Castellano. Venezuela: Instituto Nacional de Estadística. [sitio web] 2018 [20-02-23]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&id=156&Itemid=38
21. Acho SC, Pichilingue JS, Díaz JA, García M. Morbilidad materna extrema: admisiones gineco-obstétricas en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2011. [consultado 2024 Febrero 13]; 57:87-92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428200004>
22. Nava M, Urdaneta J, González M, 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. [consultado 2024 Febrero 13] 81(4): 288 – 296. Disponible en: scielo.cl/pdf/rchog/v81n4/art04.pdf

23. Vásquez J. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central del instituto de previsión social, 2017. [Tesis de Grado] Coronel Oviedo, Paraguay. Universidad nacional de Caaguazú. Facultad de ciencias médicas. 2018. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021596/prevalencia-de-preeclampsia-en-embarazadas-en-el-servicio-de-g_rJ6BEgR.pdf

24. Mogollón D. Relación entre preeclampsia y factores socio demográficos en pacientes de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda. [Tesis de Grado]. Ambato, Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Facultad de ciencias médicas. 2020. Disponible en : <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/14114/1/PIUAMED-0001-2021.pdf>

25. Tacuri A, Gómez T, Cali N, Tenenuela L. Factores predisponentes de preeclampsia en pacientes de 20 a 30 años. Más Vita. Revista de Ciencias de Salud octubre-diciembre. 2022 [consultado 2024 Febrero 13] Volumen 4. N°4 /e-ISSN: 2665-0150. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/464/1198>

26. Acevedo O, Sáez V, Pérez A, Alcina S. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana obstet Ginecol [Internet]. 2012. [Consultado 2024 febrero 13]. Vol.38 no.2. disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000200002&script=sci_arttext

27. Montoya F, León I, Hernández W, Segura A. Caracterización de pacientes obstétricas críticas. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]; 2011. [Consultado 2024 Febrero 14]: 40(2):126-136. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n2/mil04211.pdf>

28. Memish Z, Al-Khathlan H, Elmanama A, et al. Surgical history and maternal outcomes in obstetric patients: a retrospective cohort study in Saudi Arabia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022; 22 (1):123.

29. Rodriguez F, Aliaga M, Marchán N. Consulta de Alto Riesgo Obstétrico marzo 2020-2021 en el Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos: una necesidad durante pandemia. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2022 [Consultado 2024 Febrero14]; 82 (2): 179-188. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00820207>

30. Mourão L, Cordeiro I, Barbosa A, Ribeiro V. Ingresos a UCI por causas obstétricas. Revista electrónica trimestral de enfermería [Internet]; 2019. [Consultado 2024 Febrero 15]: N 53, ISSN 1695-6141. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-304.pdf>

31. Soli S. Presentación y evolución de las pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia. [Tesis de Postgrado]. Rosario, Argentina. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. 2013. Disponible en: http://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/silvana_soli.pdf

32. Lázaro E. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Cuidados Especiales (UCE) del Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis de grado]. Trujillo, Perú. Universidad Nacional De Trujillo. Facultad de Medicina. 2018. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/e02f37c9-3c78-457e-8609-1d955bbfe1a3>

33. Rojas J, Miranda J, Ramos E, Fernández J. Cuidado crítico en la paciente obstétrica. Complicaciones, intervenciones y desenlace materno-fetal. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2011 [Consultado 2024 Marzo 20]; 38(2):44—49. Disponible en: [Cuidado crítico en la paciente obstétrica. Complicaciones, intervenciones y desenlace materno-fetal](#)

34. Calvache J, Arroyo L, Molina R, Trochez A, Benítez F. Características clínicas y desenlaces de pacientes gineco-obstétricas con manejo en cuidados intensivos. Revista Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cuenca [Internet]; 2013 [Consultado 2024 marzo 16]; 15 (1): 8-15. Disponible en: <file:///D:/Dialnet-CharacteristicsClinicalAndOutcomesOfGynec-5816953.pdf>

35. Méndez A, Morales E, Chanduvi W, Arango-Ochante P. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]; 2021 [Consultado 2024 marzo 17]; 21 (4): ISSN 2308-0531. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400758

36. Ceballos A, González M, Rodríguez L. Impacto de los antecedentes patológicos en la mortalidad materna. *Rev Venez Obstet Ginecol.* 2022; 80(4):123-9.

APÉNDICE A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Caracterización de las Pacientes Obstétricas en la Unidad de Terapia
Intensiva, hospital Dr. Luis Razetti 2023-2024**

Parte 1: Características sociodemográficas de las pacientes obstétricas		
Edad:	Dirección:	Grupo Sanguíneo:
Hábitos Psicobiológicos tóxicos:		
Consume: Alcohol ____ Cigarro ____ Chimó ____ Café ____ Drogas Ilícitas ____		
Nivel de instrucción:		Ocupación:
Sueño:	Hábitos sexuales:	Vivienda:
Estrato Graffar:		
Parte 2: Antecedentes personales, ginecológicos, quirúrgicos y obstétricos		
Antecedentes Personales:		
Infectocontagioso ____ Inmunizaciones ____ Alergias ____ Diabetes ____ HTA ____ ACO ____		
Antecedentes Ginecológicos:		
Menarquia ____		Sexarquia ____
Antecedentes Quirúrgicos:		
Antecedentes Obstétricos:		
Gestas ____ Parto ____ Cesáreas ____ Aborto ____ Otro: ____		
Control Prenatal ____ Semanas de Gestación ____ Periodo intergenesico ____		
Parte 3: Ingreso a terapia y desenlace obstétrico		
Causa de Ingreso:		Diagnósticos de Ingreso:
Día de Ingreso a Terapia ____ Día de Egreso de Terapia ____ Total de días en Terapia ____		
Desenlace obstétrico:		Desenlace del Neonato:

ANEXO

ESCALA DE GRAFFAR MODIFICADA POR MÉNDEZ CASTELLANOS

Variables	Punt.	Ítems
Profesión del jefe de familia	1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes; todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tiene un cargo de educación superior).
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completo, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias, en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias, en ambientes de lujo, sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias, en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Vivienda con ambiente espacioso o reducido y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Estrato	Puntaje total obtenido
I	4–6
II	7–9
III	10–12
IV	13–16
V	17–20

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	Caracterización de las pacientes obstétricas en la unidad de terapia intensiva hospital Dr. Luis Razetti, Barcelona.
SUBTÍTULO	

AUTOR(ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CVLAC / E_MAIL	
González O Isabel María de los A	CVLAC:	27.164.327
	E_MAIL	isagonzalezosuna05@gmail.com
Silva M Valentina de J	CVLAC:	27.685.018
	E_MAIL	valentinadj.silvam@gmail.com
Subero N María Laura del C	CVLAC:	26.721.533
	E_MAIL	marialaurasubero@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

pacientes obstetras
morbi-mortalidad materna

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Escuela de Ciencias de la Salud	Ginecología y Obstetricia

RESUMEN (ABSTRACT):

La morbi-mortalidad materna es un problema de salud a nivel mundial; además, es uno de los indicadores considerados importantes para medir el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población en un país. Existen diversos factores que limitan o evitan que la mujer embarazada reciba el cuidado adecuado durante esta etapa, lo cual apoya el incremento de la problemática, tales como: los sociodemográficos, económicos, genéticos, nutricionales, comorbilidades. Con el objetivo de Caracterizar las Pacientes Obstétricas que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, se realizó un estudio con fundamento descriptivo, documental, prospectivo y de corte transversal; durante el período de tiempo entre mayo de 2023 – mayo de 2024. El instrumento que se utilizó para la recolección de información fue la ficha técnica, estructurado con ítems concernientes a datos sociodemográficos, antecedentes personales, ginecológicos y obstétricos, ingreso a terapia y desenlace obstétrico. La relación entre la presencia de antecedentes personales, control prenatal y los desenlaces obstétricos se realizó mediante Odds Ratio. La muestra quedó conformada por 78 pacientes, representan 0,89% de 8767 intervenciones obstétricas atendidas en el hospital durante este periodo. Al final, se reportaron 8 muertes de pacientes maternas admitidas a la UTI (10,3 %). Predominaron las pacientes maternas con edad entre 18 y 35 años, amas de casa, estrato IV, embarazos no controlados y con trastornos hipertensivos. El control prenatal es esencial.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

CONTRIBUIDORES

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / Código CVLAC / E_MAIL					
Arreaza, Rafael	ROL	CA	AS X	TU	JU	
	CVLAC:	9.815.677				
	E_MAIL	rafaelarreaza09@gmail.com				
Guzmán, Miriankhis	ROL	CA	AS	TU	JU X	
	CVLAC:	8.248.914				
	E_MAIL	miriankhisguzmanmf@udo.edu.ve				
Cedeño, Gabriela	ROL	CA	AS	TU	JU X	
	CVLAC:	19.312.455				
	E_MAIL	maginecoobstetra07@gmail.com				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2025	02	24
AÑO	MES	DIA

LENGUAJE: SPA.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL Dr. LUIS RAZETTI, BARCELONA.docx	Application/msword

ALCANCE

ESPACIAL: Local.

TEMPORAL: Temporal.

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Escuela de Ciencias de la salud

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNPELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teletinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/marija

Apartado Correos 094 / Teléf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y

González Isabel

21.164.327

AUTOR

Silva Valentina

27.685.018

AUTOR

ASCENSO

Subero María

25.721.533

AUTOR

Derechos

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario, para su autorización”

Prof. Rafael Arreaza

9.815677

ASESOR

Prof. Miriankhis Guzmán

8.248.914

JURADO

Prof. Gabriela Cedeño

19.312455

JURADO

Prof. Solirama Jiménez

Coordinadora

Comisión de trabajo de grado

Escuela de ciencias de la salud