Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (11): 482-490.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i11.137

Análisis de pacientes obstétricas ingresadas a la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel

Analysis of obstetric patients admitted to the intensive care unit of a second-level hospital.

Mara Lizette Ruiz Avendaño,[1] Daniel Canaán Pérez,[2] Gerardo Lorca Jiménez,[1] Edgar García Escorcia,[3] Daniel Vergara Ramírez[4]

Resumen

OBJETIVO: Identificar los motivos de ingreso, características clínicas y complicaciones de las pacientes ingresadas a la unidad de cuidados intensivos, así como la morbilidad materna extrema para generar evidencia que optimice la calidad de la atención obstétrica y reduzca la morbilidad y mortalidad materna.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, llevado a cabo en el Hospital de Zona 20 del IMSS, Puebla. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con complicaciones en el embarazo o puerperio que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos. Se seleccionaron pacientes que cumplieron con los criterios de morbilidad materna extremadamente grave según la OMS. Las variables cualitativas se reportaron en frecuencia y porcentajes, y las cuantitativas en promedio y desviación estándar. Para la distribución de comorbilidades y complicaciones obstétricas se elaboraron tablas y gráficas en el programa Microsoft Excel.
RESULTADOS: Se revisaron 179 expedientes; la edad media de las pacientes fue de 29.05 años (DE ± 6.15). La incidencia de hospitalización fue de 28.95 casos por cada 1000 hospitalizadas. De éstas, 14 (7.8%) estaban embarazadas y 165 (92.1%) en puerperio. La principal causa de ingreso fue preeclampsia (54.7%). Se detectaron complicaciones en 18 (10.05%) casos y 1 (0.55%) fallecimiento. La razón de morbilidad materna extrema fue de 38.7 por cada 1000 nacidos vivos.
CONCLUSIONES: La prevalencia de morbilidad materna extremadamente grave fue menor a la registrada en otros estudios mexicanos. Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una causa potencialmente mortal y con mayor índice de mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Unidad de cuidados intensivos; morbilidad materna; complicaciones posparto; estancia hospitalaria; inmunosupresión; prevalencia; enfermedad hipertensiva del embarazo.

Abstract

OBJECTIVE: To identify reasons for admission, clinical characteristics, and complications of patients hospitalized to the intensive care unit (ICU), as well as extreme maternal morbidity, to generate evidence that optimizes the quality of obstetric care and reduces maternal morbidity and mortality.
MATERIALS AND METHODS: This was a descriptive, observational, retrospective study conducted at IMSS Zone 20 Hospital in Puebla. The clinical records of women with pregnancy- or postpartum-related complications who were admitted to the ICU were reviewed. Patients who met the WHO criteria for extremely severe maternal morbidity were selected. Qualitative variables were reported as frequencies and percentages, and quantitative variables were reported as averages with their standard deviations. Tables

[1] Ginecoobstetra.
[2] Especialista en urgencias médico-quirúrgicas.
[3] Oncólogo, ginecoobstetra.
[4] Especialista en cirugía general.
Hospital General de Zona 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Pue.

ORCID
http://orcid.org/0000-0003-0638-6365
http://orcid.org/0000-0002-6743-0916
http://orcid.org/0009-0004-1481-2058
http://orcid.org/0000-0002-2130-5888
http://orcid.org/0009-0009-0035-8401

Recibido: diciembre 2024
Aceptado: octubre 2025

Correspondencia
Mara Lizette Ruiz Avendaño
maralizette.ruiz.avendano@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Ruiz-Avendaño ME, Canaán-Pérez D, Lorca-Jiménez G, García-Escorcia E, Vergara-Ramírez D. Análisis de pacientes obstétricas ingresadas a la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel. Ginecol Obstet Mex 2025; (11): 482-490.

and graphs were created in Microsoft Excel to illustrate the distribution of comorbidities and obstetric complications.
RESULTS: A total of 179 records were reviewed, and the mean patient age was 29.05 years (SD ± 6.15). The hospitalization rate was 28.95 per 1,000 patients. Of these cases, 14 (7.8%) occurred during pregnancy, and 165 (92.1%) occurred during the postpartum period. The main cause of admission was preeclampsia (54.7%). Complications were detected in 18 cases (10.05%), and one death occurred (0.55%). The rate of extreme maternal morbidity was 38.7 per 1,000 live births.
CONCLUSIONS: The prevalence of extremely severe maternal morbidity was lower than that reported in other Mexican studies. Hypertensive disorders of pregnancy are a potentially fatal condition with a higher mortality rate.

KEYWORDS: Intensive care unit; Maternal morbidity; Postpartum complications; Hospital stay; Immunosuppression; Prevalence; Hypertensive disease of pregnancy.

ANTECEDENTES

El embarazo suele evolucionar y finalizar sin complicaciones, salvo excepciones. Hay quienes fallecen, mientras que otras superviven a una complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o en los 42 días posparto (puerperio), circunstancia denominada morbilidad materna extremadamente grave: un indicador de calidad de atención médica que aporta información temprana, directa y auditable para evaluar las intervenciones críticas y prevenir este tipo de sucesos.[1,2,3]

En 2023 se reportaron 260,000 muertes maternas en todo el mundo, lo que representa un retraso en los objetivos del desarrollo sustentable (ODS 3.1), por ejemplo: reducción de la mortalidad materna a menos de 70 casos por cada 100,000 nacidos vivos.[4] En México, la tasa de mortalidad materna es de 25 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos.[5]

La mayoría de las muertes maternas son evitables.[6] En México se cuenta con lineamientos y protocolos para garantizar la optimización de la atención: el código mater, que activa al equipo de respuesta inmediata obstétrica para urgencias obstétricas correspondientes a las afecciones especificadas en la Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de las emergencias obstétricas.[7-12]

Si bien las infecciones asociadas con la atención de la salud no se mencionan específicamente en los criterios de la morbilidad materna extremadamente grave, pueden relacionarse con sepsis grave, que representa un criterio de la afección mencionada y se han definido como las infecciones que ocurren en el hospital o en alguna institución donde se brinda asistencia médica. Su periodo de incubación se inicia en el hospital o en la institución donde se encuentra la paciente recibiendo asistencia y suponen un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad, y pueden tener repercusiones tardías.[13]

Está establecido que la morbilidad materna extremadamente grave es un indicador directo de la realidad de salud de una institución o un

país, puesto que permite la detección oportuna de las deficiencias de los sistemas de atención. Es importante analizar esta condición en todas las unidades hospitalarias de cualquier nivel de atención e identificar los criterios establecidos por la OPS-OMS.[1,14] Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio fue: identificar los motivos de ingreso, características clínicas y complicaciones de las pacientes admitidas a la unidad de cuidados intensivos, así como la morbilidad materna extremadamente grave para generar evidencia que optimice la calidad de la atención obstétrica y reduzca la morbilidad y mortalidad materna.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo llevado a cabo a partir de la revisión de los expedientes clínicos de pacientes obstétricas críticas que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital General de Zona 20 del IMSS en Puebla (unidad de segundo nivel de atención). La recolección de datos se efectuó del 1 de mayo de 2022 al 30 de abril de 2023. El cálculo del tamaño de la muestra fue por conveniencia, no probabilística y consecutiva.

Criterios de inclusión: pacientes obstétricas, con expedientes clínicos con registro de estado crítico que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos: embarazadas en cualquier semana de gestación o en alguna etapa del puerperio, indistintamente de la edad y paridad, con o sin comorbilidades antes o durante el embarazo, con al menos 24 horas de estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos. Las pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios de la OPS-OMS de morbilidad materna extremadamente grave:[1,14]

1) Criterio clínico relacionado con alguna enfermedad específica (potencialmente mortal): preeclampsia-eclampsia, sepsis, ruptura uterina y hemorragia obstétrica.
2) Intervenciones especializadas para preservar la vida: ingreso a la unidad de cuidados intensivos, histerectomía posparto y transfusión sanguínea.
3) Disfunción multiorgánica.

Criterios de exclusión: pacientes con expedientes clínicos que solicitaron alta voluntaria, requirieron traslado a tercer nivel, o tuvieron enfermedad por COVID-19 o influenza.

Criterios de eliminación: expedientes con información incompleta y quienes ingresaron a la unidad de cuidados intensivos después de 42 días posparto.

Variables de estudio: motivo de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, edad de la madre, días de estancia hospitalaria, comorbilidades crónicas, enfermedades asociadas con el embarazo, etapa del estado grávido puerperal al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, causas de hemorragia obstétrica, complicaciones asociadas con preeclampsia e infecciones vinculadas con la atención de la salud.

La información obtenida mediante la revisión de expedientes clínicos sirvió para el análisis univariado de las variables cualitativas, de modo que se expresaron en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en promedios con sus desviaciones estándar. A partir de estos datos se generaron figuras y cuadros en Microsoft Excel.

Para llevar a cabo el estudio se solicitó el acceso a los expedientes de las pacientes, la aprobación del Comité de Ética e Investigación en Salud con el número de registro nacional R-2023-2108-109. Los datos de las pacientes se utilizaron con estricta confidencialidad para los fines de investigación.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i11.137

RESULTADOS

Se encontraron 179 pacientes con ingreso a la unidad de cuidados intensivos, lo que implica una incidencia de 28.95 casos por cada 1000 hospitalizadas. El motivo de ingreso más frecuente fue preeclampsia con criterios de severidad en 98 (54.7%) casos, seguido de 51 (28.5%) con hemorragia obstétrica, 5 (2.8%) con sepsis materna, 4 (2.2%) con cardiopatía materna y 14 (7.82%) distribuidas por otras causas: descontrol metabólico, cáncer de mama, evento vascular cerebral isquémico con transformación a hemorrágico, pancreatitis, asma descontrolada, uropatía obstructiva y reacción anafiláctica a medicamentos. **Figura 1**

La media de edad fue de 29.05 años (límites 16 y 43 años; DE ± 6.15). Los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos variaron de 1 a 25 días (media de 3.5 días; DE ± 4.06).

La distribución de comorbilidades crónicas fue: 7 (3.9%) con hipertensión arterial crónica sistémica, 7 (3.9%) hipotiroidismo, 6 (3.3%) epilepsia, 6 (3.3%) cardiopatías estructurales, 3 (1.67%) diabetes, 2 (1.11%) enfermedad renal crónica y solo 1(0.55%) con diagnóstico de hepatopatía, otras 14 (7.84%) con antecedente de coartación de aorta, antecedente de trasplante renal, síndrome nefrótico secundario a enfermedad de cambios mínimos y VIH.

De las 179 hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos, 75 (41.9%) no manifestaron ninguna enfermedad asociada con el embarazo; 98 (54.7%) se asociaron con preeclampsia con criterios de severidad y 3 (1.67%) con hipertensión y diabetes gestacional cada una. **Figura 2**

Las pacientes se dividieron según las semanas de embarazo o días de puerperio transcurridos al ingreso al hospital; 14 (7.8%) con embarazo y 165 (92.17%) en puerperio. El trimestre del embarazo predominante al ingreso fue el tercero, con 8 (57.14%), seguido del segundo trimestre con 6 (42.85%) embarazadas. De las ingresadas en el puerperio, 158 (95.7%) se clasificaron en

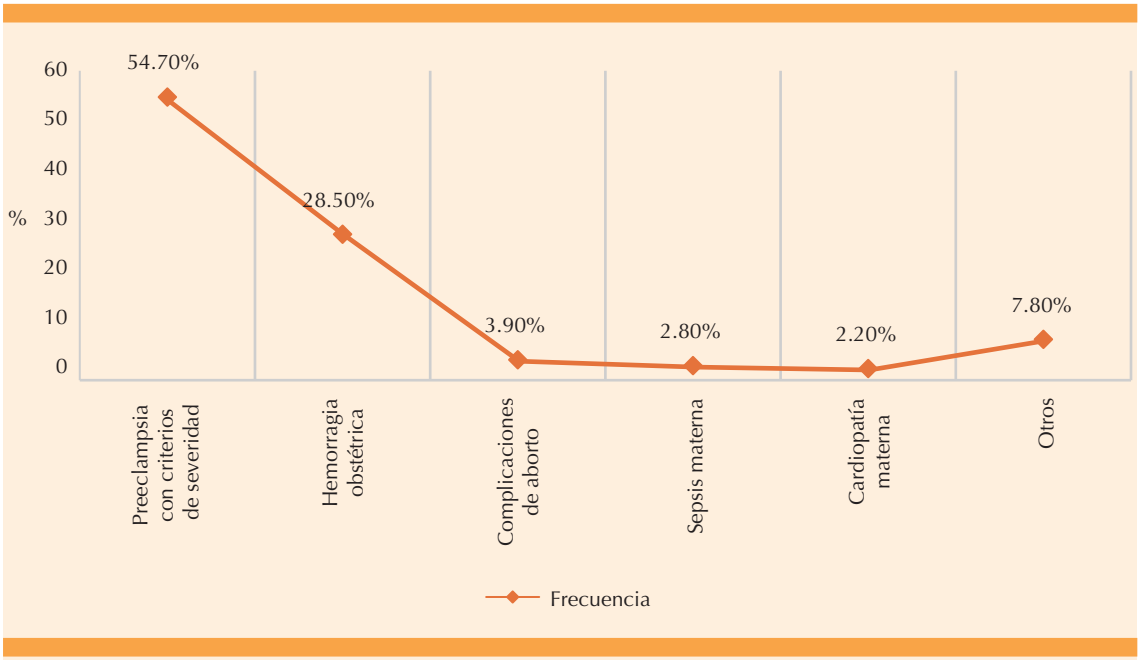


Figura 1. Motivos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

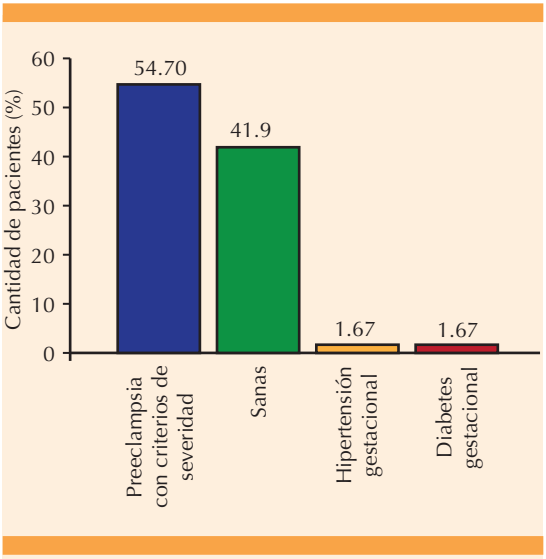


Figura 2. Comorbilidades durante el embarazo y complicaciones que ameritaron ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

puerperio inmediato, 2 (1.21%) en puerperio mediato y 5 (3.03%) en el puerperio tardío.

Por lo que se refiere a los embarazos, 176 pacientes tuvieron embarazo único (98.32%) y 3 (1.67%) embarazo múltiple. **Figura 3**

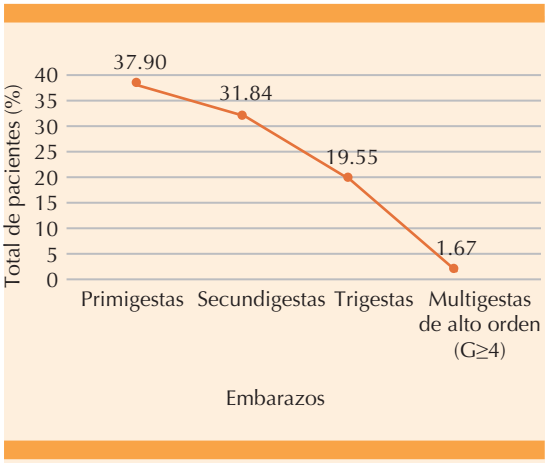


Figura 3. Pacientes embarazadas ingresadas a la unidad de cuidados intensivos.

La preeclampsia y sus complicaciones (n = 98) fue la enfermedad de mayor prevalencia: síndrome de HELLP en 17, hemorragia en 10, desprendimiento de placenta en 7, con lesión renal aguda 4 y 7 se distribuyeron en: necrosis tubular aguda (2), trastorno hidroelectrolítico severo (2), atrofia cortical (2) y miocardiopatía periparto (1).

Las causas más comunes de hemorragia obstétrica en las 51 (28.5%) pacientes fueron: 18 con embarazo ectópico, 6 con desprendimiento prematuro de placenta con inserción normal, 13 con atonía uterina, 7 complicadas con traumatismo asociado con el trabajo de parto o complicación de cesárea y 7 por anomalías de inserción placentaria.

Se identificaron 19 (10.61%) casos de infecciones asociadas con la atención en salud: 6 con neumonía nosocomial, 5 choque séptico, 4 infección urinaria relacionada con el catéter, 4 con neumonía asociada con el ventilador. **Figura 4**

Se informaron 3984 recién nacidos vivos; del total de registros en la unidad de cuidados intensivos, 115 (64.2%) pacientes reunieron los criterios de inclusión de la OMS para morbilidad materna extremadamente grave.[2] Los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la causa más frecuente en 98 (85.2%) casos, seguidos de hemorragia en 12 (10.4%), y de éstas 10 ameritaron cesárea-histerectomía y 2 se resolvieron con empaquetamiento tipo Mikulicz. Se informaron cinco casos de sepsis.

Los 115 casos descritos de morbilidad materna extremadamente grave representaron una prevalencia de 2.88%, con una razón de morbilidad materna extrema de 28.86 por cada 1000 nacidos vivos. Se reportó una muerte materna en el quirófano, que ameritó la activación del equipo de respuesta inmediata obstétrica, pero no ingresó a la unidad de cuidados intensivos,

https://doi.org/10.24245/gom.v93i11.137

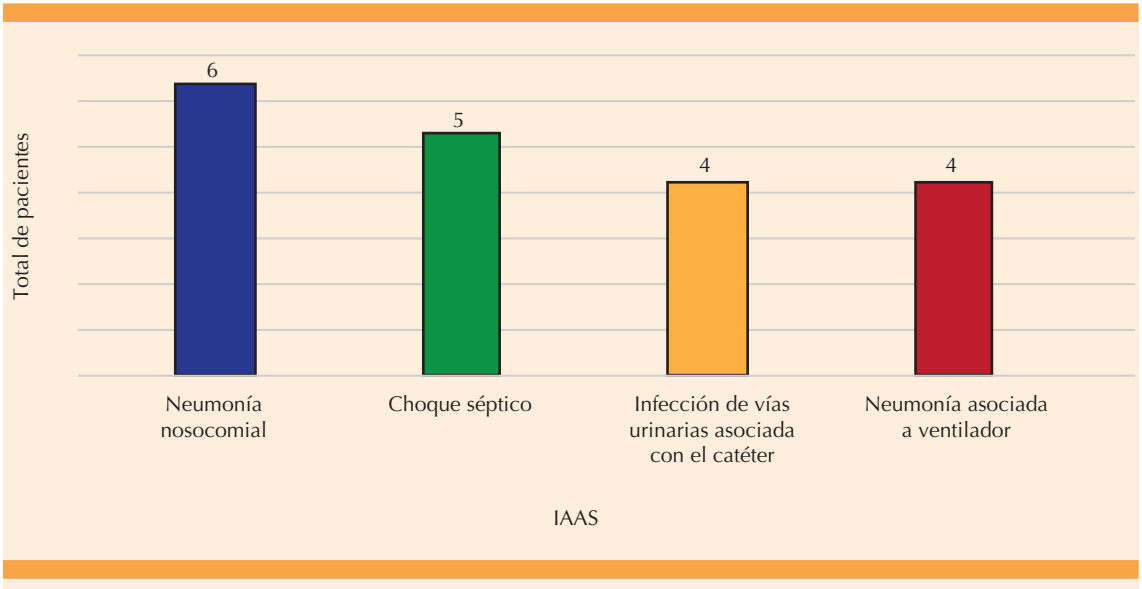


Figura 4. Infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS).

con diagnóstico de acretismo placentario complicado con choque hipovolémico grado IV. Éste representó una razón de muerte materna de 25.10 por cada 100,000 nacidos vivos, con un índice de mortalidad de 0.86%.

DISCUSIÓN

Si bien la mayor parte de la atención de partos se lleva a cabo en las unidades hospitalarias, se estima una admisión a la unidad de cuidados intensivos por cada 152 partos; la hemorragia obstétrica sigue siendo la principal causa de muerte materna en todo el mundo, seguida de los estados hipertensivos del embarazo. También se ha observado que las muertes asociadas con la hemorragia obstétrica suelen ocurrir en el puerperio.[15,16,17]

En México, las principales causas de defunción son: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia obstétrica y complicaciones del aborto.[5] Si bien la preeclampsia es causa de más del 16% de las muertes maternas en todo el mundo,[15] en nuestro estudio no se registraron muertes maternas relacionadas con esta complicación, debido a las intervenciones médicas oportunas (activación del equipo de respuesta inmediata obstétrica).

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la Society for Maternal-Fetal (SMM) recalcan la admisión de pacientes a la unidad de cuidados intensivos con un VPP de 0.85 para la identificación de casos de morbilidad materna extremadamente grave.[18]

González Mendoza y su grupo[19] informaron que la mayor parte de los ingresos ginecoobstétricos a la unidad de cuidados intensivos (n = 55; 2.20%) correspondió a pacientes menores de edad,[19] lo que contrasta con nuestros resultados donde la media de edad correspondió a 29.05 años. Respecto de los días de estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos, los autores informan 7 en comparación con 25 días, lo que indica que en nuestra unidad hay una estancia prolongada, lo que aumenta la susceptibilidad a las infecciones asociadas con la atención en salud.[13]

Una revisión sistemática reportó que 30% de las pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos tendrá, al menos, una infección nosocomial durante su estancia.[20] En México, las principales causas asociadas con la atención en salud son: neumonía vinculada con ventilador, infección urinaria asociada con el catéter e infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter central.[4] En este estudio se registraron 19 pacientes con infecciones vinculadas con la atención en salud.[21]

Feitosa-Mourao y colaboradores[22] informaron que la principal causa de admisión a la unidad de cuidados intensivos fue el estado hipertensivo del embarazo con predominio en pacientes primigestas (n = 93; 87.7%). En relación con nuestro hospital, la preeclampsia (n = 98; 54.7%) coincide con la enfermedad hipertensiva del embarazo y las pacientes primíparas ingresadas (n = 68; 37.9%).

Un estudio (2019) efectuado en La Habana, Cuba, reportó similitud con los hallazgos de este estudio, al indicar que la mayoría de las pacientes se encontraba en el puerperio a su ingreso al hospital (n = 173; 62.5%).[23]

Galindo-Cruz y colaboradores[24] describieron las características clínicas de pacientes obstétricas críticas en la unidad de cuidados intensivos, e identificaron las principales comorbilidades: hipertensión arterial crónica sistémica (n = 11; 8.5%), hipotiroidismo (n = 4; 3.1%) y diabetes mellitus tipo 2 (n = 2; 1.5%), lo que coincide con la investigación que aquí se publica: hipertensión arterial crónica sistémica (n = 7; 3.91%) como comorbilidad más frecuente.

La razón de mortalidad materna en el mundo en 2023 fue de 197 por cada 100,000 nacidos vivos,[4] mientras que la media nacional en México fue de 25;[5] es decir, 7 veces menor al nivel mundial. En este estudio, llevado a cabo en un hospital de segundo nivel, se obtuvo un índice de mortalidad de 0.86% que refleja la alta supervivencia a los casos críticos.

El estudio de Hernández-Hernández registró solo una muerte materna (n = 1; 1.14%).[25] Estos resultados son comparables con el estudio aquí reportado, en el que se informa una sola defunción materna (n = 1; 0.55%), aunque el resto de las pacientes se encontraba en condición crítica (n = 179; 99.45%). Esta similitud respalda la importancia de la atención médica oportuna y un sistema eficiente de referencia como factores decisivos para disminuir la mortalidad materna.

La razón de morbilidad materna extremadamente grave, registrada en este estudio, fue de 28.86 por cada 1000 nacimientos, con una prevalencia de 2.88%. Nava-Guerrero y su grupo[26] reportaron 45.49 por cada 1000 nacidos vivos, con una prevalencia de 4.5%.[26] La enfermedad primaria reportada en el país mostró similitud: enfermedad hipertensiva, seguida de hemorragia obstétrica.[27] Estos resultados sugieren una adecuada calidad de la atención médica, con oportunidades de mejora dirigidas al tamizaje y estandarización de la atención de los casos de morbilidad materna extremadamente grave.

Desde el punto de vista estadístico, aunque las cifras de morbilidad y mortalidad son bajas, indican que la mayoría de las pacientes con complicaciones graves sobreviven y esto refleja un sistema operacional intrahospitalario eficaz; sin embargo, cualquier muerte materna es evitable y subraya la necesidad de continuar con la mejora en el diagnóstico temprano, la intervención oportuna y la atención multidisciplinaria en todos los niveles de atención.

Entre las fortalezas del estudio resaltan: *1)* el desempeño multidisciplinario del personal de salud, que coloca al estado de Puebla entre las entidades con menor índice de mortalidad a la fecha;[27] y *2)* la descripción de las complicaciones asociadas con la estancia prolongada, lo que

https://doi.org/10.24245/gom.v93i11.137

afecta la seguridad de las pacientes en forma directa a la calidad en prestación de servicios en las unidades para la atención médica.[28]

Una debilidad del estudio es su carácter retrospectivo, además de la obtención de casos solo de la unidad de cuidados intensivos y omitir a las pacientes atendidas en piso o referidas tardíamente. No se reportaron causas de muerte indirecta de enfermedades emergentes o remergentes, ni asociadas con COVID-19, influenza y dengue. Otra limitación fue la información actualizada de la morbilidad materna extremadamente grave en México.

La capacitación continua y el fortalecimiento de las competencias del personal de salud implicado en los diferentes niveles de atención obstétrica representan una necesidad prioritaria dentro del sistema de salud para la identificación oportuna de pacientes obstétricas graves. En paralelo, la educación dirigida a las pacientes obstétricas, tanto de alto como de bajo riesgo, respecto de los signos y síntomas de alarma, constituye un área estratégica que favorece su participación activa y corresponsable. Ambos son los pilares fundamentales para optimizar los procesos de diagnóstico oportuno, notificación y referencia, garantizando así la atención expedita, de calidad y prioritaria.[14]

CONCLUSIÓN

La mayor parte de los ingresos a la unidad de cuidados intensivos fue similar a lo reportado en la bibliografía nacional e internacional revisada, sobre todo en el puerperio, lo que representa un periodo crítico en la vigilancia de las pacientes con enfermedades potencialmente mortales. La estancia hospitalaria prolongada y la inmunosupresión aumentan la morbilidad y mortalidad por adquisición de infecciones asociadas con la atención en salud. La prevalencia de morbilidad materna extremadamente grave obtenida fue menor a la registrada en otros estudios mexicanos. Los trastornos hipertensivos del embarazo representaron la causa con el mayor índice de mortalidad. Cualquier muerte materna es evitable, por lo que la identificación de la prevalencia de morbilidad materna extremadamente grave es fundamental y funciona como indicador en la atención de pacientes en estado crítico.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. 2011. https://www.who.int/publications/i/item/9789241502221
2. World Health Organization. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. 2012:p. 1-77. https://www3.paho.org/clap/dmdocuments/CIE10MM.pdf
3. Chou D, Maternal Morbidity Working Group. Constructing maternal morbidity - towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. BMC Pregnancy Childbirth 2016; 16 (45). doi: 10.1186/s12884-015-0789-4
4. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. 2025: p. 132. https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462
5. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología. Informe semanal de notificación de muerte materna. Semana 36. Dirección General de Epidemiologia (DGE). 2025. https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2025
6. OPS. Call to action: Zero preventable maternal deaths. OPS. 2024. https://www.paho.org/en/documents/call-action-zero-preventable-maternal-deaths
7. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor, parto recuperación en las redes de servicios. Secretaria de Salud. 2022; 1. https://www.gob.mx/salud/cnegssr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-implementacion-y-operacion-de-salas-295164
8. Secretaria de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Diario Oficial de la Federación. 2019. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
9. Secretaria de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Diario Oficial de la Federación. 2020. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
10. Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE). Código mater. CEVECE cerca de ti. 2024; 14(2): p. 1-32. https://cevece.edomex.gob.mx/sites/

cevece.edomex.gob.mx/files/files/docs/rev_cerca_ti/revista24_2.pdf
11. Secretaria de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento técnico. Secretaria de Salud. 2016; 1(1): p. 1-60. https://www.gob.mx/salud/documentos/triage-obstetrico-codigo-mater-y-equipo-de-respuesta-inmediata-obstetrica
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstetricas. Guía de Práctica (GPC-IMSS-436-19). 2019. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/436GRR_.pdf
13. Martin-Díaz G, Rodríguez-Heredia OI, Menéndez-Placeres I, Marrero-Alvarez Y, et al. Evaluación del programa nacional de infecciones asociadas con la asistencia sanitaria en el Servicio de terapia intensiva. Arch méd Camagüey 2023; 27. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552023000100041&lng=es
14. OPS. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. OPS. 2021. https://doi.org/10.37774/9789275323915.
15. Tripathy S, Sing N, Panda A, et al. Critical care admissions and outcomes in pregnant and postpartum women: a systematic review. Int Care Med 2024; 50 (12): 1983-1993. https://doi.org/10.1007/s00134-024-07682-3
16. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2025; 13 (4): e626-e634. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6
17. WHO. A road to combat postpartum hemorrhage between 2023 and 2030. WHO. 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081802
18. ACOG, SMM, Kilpatrick SK, et al. Severe maternal morbidity: screening and review. Am J Obstet Gynecol 2016; 215 (3): b17-b22. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.050
19. González-Mendoza SZ, Maldonado JA, Tinoco MA, et al. Análisis de los ingresos ginecoobstétricos a Terapia Intensiva de un hospital de Matamoros, Tamaulipas, de 2012-2018. Med Crít 2020; 34 (2):152-155. https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v34n2/2448-8909-mccmmc-34-02-152.pdf
20. Vincent J, Sakr Y, Singer M, et al. Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. JAMA 2020; 323 (15): 1478-1487. https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717
21. Secretaria de Salud. Panorama Epidemiológico de las IAAS. Panorama epidemiológico No.6. Red Hospitalaria de vigilancia epidemiológica (RHOVE). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2025. https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia
22. Feitosa-Mourão L, Cordeiro-Mendes I, Barbosa-Marques AD, Ribeiro-Feitosa Cestari V, et al. Ingresos en UCI por causas obstétricas. Enf Global 2018; 18 (1): 304-45. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.302341.
23. Hornedo I, Vázquez Y. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. Rev Caribe Cienc Soc 2019. https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/morbilidad-materna-extrema.html
24. Galindo LM, López D, Martínez D, et al. Características clínicas de pacientes obstétricas críticas. Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (10):422-426. https://doi.org/10.24245/gom.v92i10.25
25. Hernández-Hernández S, Ríos-Arias G, Hernández-Bernardino G, et al. Morbilidad y mortalidad obstétrica en un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca. Avan C Salud Med 2019; 7 (3): 77-81. https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=113843
26. Nava-Guerrero E, Nungaray-González L, Salcedo-González A, Cisneros-Rivera F, et al. Morbilidad materna extrema: intervenciones médico-quirúrgicas e indicadores para evitar la muerte materna. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (9): 606-614. https://doi.org/10.24245/gom.v88i9.4246
27. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles. Informe Semanal con información del Sistema Especial de Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Dirección General de Epidemiología. 2025. https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-morbilidad-materna-extremadamente-grave-2024
28. Secretaria de Salud. Boletín de infecciones asociadas a la atención de la salud cierre 2023. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. 2024. https://www.gob.mx/salud/documentos/boletin-epidemiologico-rhove-2023

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto **(Cartas al editor)** para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i11.137