



Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Perfil de las embarazadas de alto riesgo hospitalizadas en una maternidad: estudio descriptivo

Rosangela de Oliveira Azevedo^{1,2}, Helen Campos Ferreira¹, Zenith Rosa Silvino¹, Barbara Pompeu Christovam¹

¹ Universidade Federal Fluminense

² Hospital Universitario Antonio Pedro

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de las embarazadas de alto riesgo atendidas en la maternidad del HUAP. **Método:** investigación documental, descriptiva y retrospectiva, de abordaje cuantitativo, realizada en un hospital de Niterói/RJ. Los datos se recolectaron en 2013, por medio de 148 prontuarios de embarazadas de alto riesgo internadas en el hospital, en el período de 1° de julio de 2011 a 30 de junio de 2012; y fueron tratados con la estadística descriptiva. **Resultados:** la mayor parte de las embarazadas era joven (hasta 30 años), tenían un compañero y vivían en la región Metropolitana II/RJ. Mitad de ellas ya tenía de uno a dos hijos vivos, 59,5% eran multigestas; 79,1% nunca había abortado; y 64,5% de las que habían manifestado parto anterior (n=93) fueron sometidas a cesárea. En relación a la realización del prenatal, 93,3% presentaron registro de frecuencia de las consultas. La mayor parte de las embarazadas fue al hospital por libre demanda (42,6%) porque presentaban sintomatología de clínica general. Se identificaron 59 causas para internación, pero las de mayor ocurrencia fueron *amniorrexis* prematura y la hipertensión arterial. **Conclusión:** los resultados presentados pueden desencadenar propuestas de protocolos para atender y acompañar a esta clientela.

Descriptores: Salud de la Mujer; Embarazo de Alto Riesgo; Hospitales.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un fenómeno fisiológico y por eso, para la mayoría de las mujeres, su evolución ocurre sin complicaciones. No obstante, una parte de ellas, se encuadra en lo que se denomina embarazo de alto riesgo, por ser portadora o por desarrollar alguna enfermedad o complicación durante el embarazo, resultando en riesgo para ella y para el feto⁽¹⁾. En estos casos, durante el prenatal, la mujer se clasifica como gestante de alto riesgo y es encaminada a un servicio de referencia para un acompañamiento especializado⁽²⁾.

El embarazo de alto riesgo amplía las probabilidades de mortalidad materna, considerada un gran problema de salud pública en el mundo, especialmente en países que están en desarrollo, como es el caso de Brasil, cuyo índice de muerte de esa población es cuatro veces mayor que la tasa aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 20 muertes por 100 mil mujeres⁽³⁾.

Considerando ese escenario, y el hecho de que las principales causas de mortalidad materna se pueden evitar, el Ministerio de la Salud lanzó unas normas para el cuidado de las embarazadas de alto riesgo, con el objetivo de auxiliar a la identificación precoz de los factores de riesgo y subsidiar la toma de decisión acerca de los procedimientos diagnósticos, del tratamiento y del acompañamiento de los casos así clasificados⁽¹⁾.

En el Hospital Universitario Antonio Pedro (HUAP), escenario de este estudio, referencia asistencial para las embarazadas de alto riesgo en la región Metropolitana II del estado de Rio de Janeiro, las prácticas de salud todavía están desajustadas con los actuales presupuestos de la atención a la embarazada de alto riesgo propuestos por el Ministerio de la Salud⁽¹⁾.

Por lo tanto, estudiar el perfil de las embarazadas del HUAP y las causas que determinan

el agravamiento de su condición de salud es imprescindible para poder formular estrategias de gestión y planeamiento que objetiven reducir la morbimortalidad materna y auxilien la práctica clínica y de gestión de los profesionales de la salud.

Por lo antes expuesto, se objetiva: (i) describir el perfil de las embarazadas de alto riesgo atendidas en la maternidad del HUAP para proponer acciones de enfermería sistematizadas.

MÉTODO

Investigación documental, descriptiva y retrospectiva, de abordaje cuantitativo, realizada en la Maternidad del HUAP, localizada en el municipio de Niterói, RJ. Este sector posee, actualmente, 21 lechos para internación, pero solo seis de ellos destinados a las embarazadas de alto riesgo. La estructura del atendimento asegura la clasificación de riesgo de atención inmediata o mediata, iniciándose por el atendimento médico, que demanda acciones de enfermería de emergencia o de urgencia para minimizar complicaciones obstétricas, seguido por la hospitalización de la embarazada, caso se haga necesaria. Sin embargo, las acciones de enfermería, por no conocer el perfil de las embarazadas municipales, son asistemáticas y demoradas, además de depender de las experiencias profesionales.

Los datos fueron recolectados en el segundo semestre de 2013, por medio de los prontuarios de embarazadas internadas en el HUAP, en el período de 1º de julio de 2011 a 30 de junio de 2012. Inicialmente, se recuperaron 757 prontuarios relativos a la internación de embarazadas por medio del Sistema de Gerenciamento de Internaciones - MV2000 del hospital, para los cuales, se procedió al muestreo intencional, incluyendo en la investigación, solo

los relacionados a las embarazadas hospitalizadas por enfermedades indicativas de embarazo de alto riesgo, de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud (CID 10), que sumaron 298. Ellos fueron estratificados por tipo de patología, que correspondió a 33 diferentes ítems del CID 10, y se procedió a una nueva selección por medio del muestreo aleatorio simple, usando un sorteo.

De esa etapa, 198 prontuarios fueron sorteados. Sin embargo, 50 fueron excluidos porque estaban a disposición del Servicio de Ambulatorio y/o de los otros servicios, en poder de otros profesionales o por haber sido separados equivocadamente por el Servicio de Documentación Médica, factores que llevaron a la reducción de la muestra para 148 prontuarios (n=148).

Se asumieron como variables independientes de interés para este estudio, aquellas relativas a la caracterización de las embarazadas: edad, barrio de residencia, naturalidad, escolaridad, si tenía empleo, número de hijos vivos, número de hijos muertos, número de embarazos y paridades. Como variables dependientes, se tomaron las relacionadas a las patologías, al tiempo y al motivo de internación.

Los datos se analizaron por estadística descriptiva, y los resultados fueron presentados por medio de tablas.

El proyecto fue sometido al Comité de Ética del HUAP y aprobado con el Parecer n.º 349566, teniendo también el permiso para poder utilizar el nombre de la institución, escenario del estudio.

RESULTADOS

La mayor parte de las embarazadas (n=66; 44,5%) tenían edad entre 21 y 30 años en el momento de la hospitalización en el HUAP, en el

período estudiado. Aquellas con edades entre 31 y 40 y entre 14 y 20 sumaron, respectivamente, 42 (28,4%) y 34 (23,0%). Refiriéndose al nivel de escolaridad, en 50,7% de los prontuarios esa información no fue anotada; 23,6% dijeron tener la enseñanza media o la secundaria completa; y 12,8%, la fundamental o la primaria incompleta.

Del total de 148 embarazadas, 28,4% tenían empleo y en el 52,7% esa información no fue registrada en el prontuario. Las principales actividades ejercidas por las embarazadas eran las de ama de casa (11,5%), estudiante (4,7%) y vendedora (4,0%).

Un porcentual de 52,7% de las embarazadas dijo tener un compañero, a pesar de que no hay registro en 43,3% de los prontuarios sobre ese aspecto; 55,4% de las embarazadas informaron residir con familiares, pero tampoco había información sobre ese aspecto para 44,6% de las mujeres. Cuanto al local de residencia, las embarazadas eran, en su mayoría, oriundas de municipios de la región Metropolitana II/RJ (n=129; 87,2%), de las cuales 73 (56,0%) eran de Niterói; y 21 (16,2%), de São Gonçalo.

En relación a la prole, 74 (50,0%) tenían, en el período investigado, de uno a dos hijos vivos; 138 (93,2%) embarazadas informaron no tener hijos muertos. De las 148 mujeres, 53 (35,8%) eran primigestas; y 117 (79,1%) nunca habían abortado (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de las embarazadas referente al número de hijos y a los antecedentes obstétricos. Niterói, 2013

	Número de hijos	N	%
Vivos	Ninguno	64	43,25
	01 a 02	74	50
	03 o más	8	5,4
	No registrado	2	1,35
Muertos	Ninguno	138	93,24
	01 a 02	7	4,72
	No registrado	3	2,04

Antecedentes obstétricos		N	%
Número de embarazos	01	53	35,8
	02 a 05	88	59,45
	06 o más	6	4,05
	No registrado	1	0,7
Número de paridades	Nulípara	61	41,2
	01 a 03	82	55,4
	04 a 06	3	2
	07 o más	1	0,7
	No registrado	1	0,7
Número de abortos	Ninguno	117	79,05
	01	21	14,18
	02 a 03	8	5,4
	No registrado	2	1,35

Fuente: datos de la investigación, 2013

En relación al tipo de parto ocurrido en embarazos anteriores, esta información estuvo registrada en 93 prontuarios analizados, siendo que 60 (64,5%) informaron que las madres fueron sometidas a cesárea; y 33 (35,5%), al parto normal al menos una vez. Entre esas mujeres, 10 (70,7%) poseen historia de parto vaginal en uno de los embarazos y cesárea en otro.

En relación a la realización del prenatal, 93,3% presentaron registro de frecuencia de las consultas, siendo que, de ellas, 47,1% tuvieron siete o más consultas realizadas.

La mayor parte de las embarazadas fueron al HUAP por libre demanda (42,6%), y 20,3% fueron encaminadas por el Ambulatorio del HUAP; 58,8% de ellas no tenían ninguna enfermedad de base de origen obstétrica diagnosticada, pero presentaban sintomatología de clínica general (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de las embarazadas referente a la realización del prenatal, al número de consultas, a la procedencia y a las patologías de base. Niterói, 2013

Realización del prenatal	N	%
Realizó el prenatal	138	93,25
No realizó el prenatal	2	0,01
No registrado	8	5,40

N.º de consultas	N	%
00 a 05	49	33,11
06	14	9,45
07 o más	65	43,92
No registrado	20	13,52
Procedencia	N	%
Libre demanda	63	42,56
Ambulatorio del HUAP	30	20,27
Unidad básica de salud	17	11,49
Otras unidades de salud	37	25,00
No registrado	1	0,70
Condición clínica	N	%
Síndrome hipertensivo del embarazo	9	6,08
Infección del tracto urinario	8	5,40
Cardiopatías	3	1,35
Otras*	87	58,78
No registrado	45	30,40

Fuente: datos de la investigación, 2013

*dolor bajo vientre, pancreatitis, tos y dolor torácica, anuria, piuria, movimiento fetal disminuido, dolor cefálico, escotomas, pérdidas transvaginales, enfermedades sexualmente transmisibles, dolor hiper e hipogástrico.

Se identificaron 59 causas que conllevaron a la internación de las embarazadas en la Maternidad del HUAP, entre ellas la *amniorrexia* prematura (10,8%), hipertensión arterial no clasificada (10,1%), trabajo de parto (6,8%) y diabetes mellitus (6,1%), conforme se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de los motivos de internación de las embarazadas. Niterói, 2013

Motivos da internación	N	%
<i>Amniorrexia</i> prematura	16	10,81
Hipertensión arterial no clasificada	15	10,13
Trabajo de parto	10	6,75
Diabetes mellitus	9	6,08
Hipertensión arterial clasificada descompensada	8	5,40
Oligodramnia	8	5,40
Pre-eclampsia grave	4	2,70
Amenaza de parto prematuro	4	2,70
Ruptura prematura de membranas amnióticas	4	2,70
Trabajo de parto prematuro	4	2,70
Trabajo de parto e inactividad	3	2,02
Amenaza de parto prematuro e infección del tracto urinario	3	2,02
Pielonefritis	3	2,02

Otras*	57	38,51
Total	148	100

Fuente: datos de la investigación, 2013

*dolor bajo vientre, pancreatitis, tos y dolor torácica, anuria, piuria, movimiento fetal disminuido, dolor cefálico, escotomas, pérdidas transvaginales, enfermedades sexualmente transmisibles, dolor hiper e hipogástrico.

La internación duró de cuatro a 10 días para 59,5% de las mujeres y más de 10 días para 4,7%; el tiempo medio de internación fue equivalente a cinco días.

DISCUSIÓN

Estudiar los factores relacionados al embarazo de alto riesgo es esencial para poder realizar prácticas de salud dirigidas a esta población. Otros municipios brasileños, que conocen el perfil de la embarazada, señalan acciones de enfermería eficaces de sistematización para gestionar las patologías causadas por el proceso de gerenciamiento de una unidad referencia de alto riesgo obstétrico⁽⁴⁾.

Los datos analizados en este estudio refieren un perfil de embarazadas jóvenes adultas, con predominancia de edad entre 21 y 30 años, pero con porcentual significativo de mujeres con edad inferior a 20 años (23,0%), entre ellas, 19 adolescentes. En Brasil, en el 2011, fueron computados más de 560 mil nacimientos cuyas madres eran adolescentes (hasta 19 años), correspondiendo a 20,0% del total de nacimientos en el país⁽⁵⁾.

En embarazo en la adolescencia por sí solo no es un factor de riesgo pero la complejidad de los factores y de los desdoblamientos que lo cercan, especialmente en el ámbito psicosocial asociado a una posible no aceptación del embarazo, hace que el cuidado prenatal integrado sea primordial⁽¹⁾.

En el año 2011, en Brasil, 15% de todas las muertes maternas fueron de adolescentes;

y 17% de las muertes relacionadas al aborto fueron de jóvenes entre 10 y 19 años. El aborto en la adolescencia, generalmente, ocurre tardíamente, determinando más riesgos y complicaciones de salud⁽⁵⁾, además de dicho embarazo estar asociado a la prematuridad fetal y al bajo peso al nacer⁽⁶⁾.

Referente a la situación conyugal, 52,7% das mujeres informaron que tenían un compañero. La participación del padre debe ser estimulada durante las consultas de prenatal, para preparar a la pareja para el momento del parto, como parte del planeamiento familiar⁽⁷⁾, haciendo valer el cumplimiento de la Ley del Acompañante, que le garante a las parturientes el derecho que el acompañante este presente durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato⁽⁸⁾.

Sin embargo, la jornada de trabajo, normalmente, coincide con los horarios de las consultas, y esto puede provocar la poca participación de los padres durante el prenatal⁽⁹⁾. Tal realidad puede ser representativa de las embarazadas del HUAP, ya que la mayor parte de ellas no tenía empleo, infiriéndose que el sustento familiar sea de responsabilidad del compañero.

Los datos también señalan, un perfil de embarazadas de baja escolaridad, siendo el mayor nivel de formación la enseñanza media completa o secundaria, lo que algunos estudios apuntan como un factor de vulnerabilidad asociado a indicadores de mala salud reproductiva, a la mortalidad y a la morbilidad materna grave^(10,11).

Se verificó que más de 50% de las embarazadas atendidas en el servicio vivían en el municipio de Niterói. La maternidad del HUAP, por ser referencia para los casos de embarazo de alto riesgo para la Región Metropolitana II del estado, también recibe embarazadas de otros municipios, con destaque para São Gonzalo

(16,2%), que aunque posee el mayor número de habitantes de la región, en la jerarquización de las acciones de salud en el límite municipal, no logra soluciones efectivas, especialmente en la atención de media y alta complejidad. Tal hecho provoca un fuerte impacto en la red municipal de Niterói, que posee mayor capacidad de oferta de servicios especializados y hospitalarios en la región⁽¹²⁾.

Del asunto de la jerarquización del sistema de referencia del Sistema Único de Salud (SUS), se desprende que puede haber posibles fallas en el acompañamiento del prenatal a nivel básico, ya que un alto porcentual de mujeres fue al servicio por demanda espontánea (42,7%), mientras que solo el 11,5% fueron por la referencia, en caso de alto riesgo, de la atención básica para el nivel hospitalario. Este dato puede también explicarse por la manutención de un modelo todavía centrado en el hospital, tanto por la población como por el propio sistema de salud local.

La fragilidad del acompañamiento a nivel básico puede justificar, también, la ausencia o los registros incompletos del acompañamiento en la tarjeta de prenatal de las embarazadas, como histórico de patologías de base, no proporcionando informaciones que auxilien en la toma de decisión inmediata, cuando la embarazada llega a la maternidad. De la misma forma, tal fragilidad puede explicar la ocurrencia de 38,5% de casos de internación por quejas de síntomas diversos, sin diagnósticos obstétricos registrados.

La hipertensión arterial no clasificada y la amniorrhexis prematura fueron los diagnósticos que más llevaron a las embarazadas a ser internadas, lo que puede explicar el tiempo medio de cinco días de internación y la ausencia de parto en 41,2% de las embarazadas internadas. La hipertensión también fue señalada como una de las principales causas de internación

de embarazadas, por un estudio realizado en una maternidad del Sur del país⁽¹³⁾.

En otro estudio, la internación de embarazadas de alto riesgo derivó principalmente del trabajo de parto prematuro y de la preclampsia/eclampsia⁽¹⁴⁾, caracterizada por altos niveles de tensión arterial durante el embarazo acompañada de proteinuria o de otras señales y síntomas, como la plaquetopenia y el aumento de enzimas hepáticas⁽¹⁾.

La hipertensión, por ser una enfermedad crónica íntimamente relacionada a comportamientos de vida, exige atendimento clínico periódico, y este se efectúa en el nivel básico enfocando la educación en salud. En el embarazo, no obstante, la hipertensión requiere la atención de todos los niveles de complejidad, y también del acompañamiento en el nivel especializado de referencia, con el fin de minimizar las complicaciones provenientes del síndrome hipertensivo para la madre y/o el feto⁽¹⁵⁾.

Esta situación requiere que el nivel básico identifique tempranamente la morbilidad y que este encamine inmediatamente a la embarazada hacia la unidad de referencia a cualquier señal de algún factor de riesgo reproductivo en el prenatal^(1,15).

Un prenatal de calidad se presenta, por lo tanto, como una importante estrategia para que ocurra la detección y la intervención precoz de las situaciones de riesgo, siendo un factor determinante de los indicadores de salud maternos. Sobre esto, el cuidado prenatal aconteció en 93,3% de los casos estudiados, entre ellos, 43,9% participaron de siete o más consultas, número superior al mínimo de seis consultadas preconizada por el Ministerio de la Salud para las embarazadas de bajo riesgo⁽⁷⁾. Tratándose de las embarazadas de alto riesgo, el número de consultas varía de acuerdo con la situación clínica, la existencia o no de alguna enfermedad de base y la progresión del embarazo.

CONCLUSIÓN

El estudio permitió describir el perfil de las embarazadas de alto riesgo internadas en la maternidad del HUAP, entendiéndose que las informaciones socioeconómicas y patológicas tienen potencial para subsidiar la práctica clínica y gerencial de la unidad, ya que presenta indicadores que permiten un planeamiento del cuidado previo.

Se identificó un perfil de embarazadas jóvenes adultas, de baja escolaridad, sin vínculo laboral y multigesta, factores que amplían la vulnerabilidad para que ocurra el agravamiento de la condición de salud.

Los síntomas clínicos generales, la amniorrhexis y la hipertensión fueron los principales motivos para las internaciones de las embarazadas, las cuales, en su mayoría, buscaron la unidad por libre demanda.

La limitación de este estudio recae sobre la restricción en la determinación del perfil del embarazo de alto riesgo, porque algunas informaciones referentes a los antecedentes obstétricos no fueron registradas en la mayoría de los prontuarios, y también sobre el carácter localizado de la pesquisa, que conlleva a la imposibilidad de extrapolar los datos.

No obstante, los resultados presentados pueden desencadenar propuestas de protocolos para atender y acompañar a esta clientela, pues se trata de un hospital de referencia, que prioriza por la calidad asistencial allí prestada. Entre las recomendaciones, se sugiere fortalecer la importancia de la fase de registro de los datos de las embarazadas, ya que la inexistencia de informaciones fue recurrente.

CITAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

- Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
2. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 03];19(1): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100093&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Consórcio de Redes e Organizações – Ação Permanente. *Monitoramento da Cedaw – Ação Permanente do Movimento de Mulheres/Brasil: 2013/2014. Relatório Alternativo*. Porto Alegre: Cedaw; 2013.
4. Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Souza VS, Maran E. *Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense*. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2016; 17(1), 83-92.
5. Rede Nacional da Primeira Infância. *Primeira infância e gravidez na adolescência*. Fortaleza: Instituto da Infância; 2015.
6. Maciel SSSV, Maciel WV, Oliveira AGL, Sobral LV, Sobral EV, Carvalho ES et al. *Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE*. *Revista da AMRIGS* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 3];56(1):46-50. Available from: http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-9_954.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2005.
9. Ferreira TN, Almeida DR, Brito HM, Cabral JF, Marin HA, Campos FMC et al. *A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT*. *G&S* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 3]; 5(2): 337-45. Available from: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/622>
10. Leal MC, Pereira APE, Lamarca GA, Vettore MV. *The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care*. *Cad saúde pública* [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 04]; 27

- Suppl 2: 237-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400011>
11. Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health*. 2011 [cited 2013 Dec 04]; 11(606). Available from: <https://open.library.emory.edu/publications/emory:f78dd/>
 12. Senna MCM, Costa AM, Silva LN. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*. 2010;16(1):121-37.
 13. Luciano MP, Silva EF, Cecchetto FH. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 03]; 5(5):1261-66. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1727/pdf_559
 14. Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 3];9(30):13-22. Available from: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/687/606>
 15. Xavier RB, Bonan CJ, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 10]; 12(4):823-33. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134249>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 06/05/2016
Revisado: 23/01/2017
Aprobado: 23/01/2017