



Diferencias clínicas y evolutivas según sexos en cuidados intensivos

Clinical and evolutionary differences according to sex in intensive care

Alberto García Gómez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7232-343X>

Pedro Julio García Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6146-6184>

Jorge Javier Cedeño Cabrera¹ <https://orcid.org/0000-0002-3401-7818>

Moraima León Robles¹ <https://orcid.org/0009-0008-3134-6756>

Alexis Hernández Torres¹ <https://orcid.org/0000-0002-4289-1978>

Wendolín Rodríguez Borges¹ <https://orcid.org/0000-0002-2092-5583>

¹Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: albertogarcia@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos presentan características clínicas y evolutivas diferentes entre los sexos que pueden influir en el pronóstico.

Objetivo: Determinar las diferencias clínicas y evolutivas según el sexo en la unidad de cuidados intensivos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, en la unidad de cuidados intensivos con una muestra de 5664 pacientes. Se estudiaron: edad, sexo, tipo de ingreso, puntuación APACHE II al ingreso, ventilación mecánica invasiva, estado al egreso y causa directa de muerte. Métodos estadísticos: distribuciones de frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central, las pruebas de *ji*-cuadrado y prueba *t* de Student.

Resultados: Predominó el ingreso del sexo masculino (56,7 %) y la edad media de este fue menor (57,7 vs. 61,9 años). El sexo femenino tuvo mayor proporción de fallecidos (50,6 vs 47,9 %). Hubo



más elevado porcentaje de ingreso clínico en el sexo femenino (69,9 vs. 58,8 %) y de ingreso de tipo traumático en los hombres (18,0 vs. 5,5 %). La media del valor del APACHE II fue inferior en los hombres (15,4 vs. 16,3). Los dos sexos recibieron similar proporción de ventilación mecánica invasiva. No hubo diferencias en las causas directas de muerte.

Conclusiones: Se evidencian diferencias asociadas al sexo de los pacientes, marcadas por hombres con mayor tasa de egreso vivo, menor edad media y menores puntuaciones APACHE II, mientras que las mujeres presentan una incidencia superior de fallecidos.

Palabras clave: mortalidad; sexo; unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction: Patients admitted to the intensive care unit have different clinical and evolutionary characteristics between the sexes that may influence the prognosis.

Objective: To determine the clinical and evolutionary differences according to sex in the intensive care unit.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study in the intensive care unit with a sample of 5664 patients. The following were studied: age, sex, type of admission, APACHE II score at admission, invasive mechanical ventilation, status upon discharge and direct cause of death. Statistical methods: absolute and relative frequency distributions, measures of central tendency, and the chi-square test and Student's t test.

Results: The male gender predominated (56.7%) and their average age was lower (57.7 vs. 61.9 years). The female sex had a higher proportion of deaths (50.6 vs. 47.9%). There was a higher percentage of clinical admissions in women (69.9 vs. 58.8%) and of traumatic admissions in men (18.0 vs. 5.5%). The average APACHE II score was lower in men (15.4 vs. 16.3). Both sexes received a similar proportion of invasive mechanical ventilation. There were no differences in the direct causes of death.

Conclusions: Differences associated with the sex of the patients are evident, marked by men having a higher rate of live discharge, lower mean age and lower APACHE II scores, while women have a higher incidence of deaths.



Keywords: intensive care unit; mortality; sex.

Recibido: 07/01/2025

Aprobado: 28/07/2025

INTRODUCCIÓN

El sexo se refiere a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres (cromosomas, hormonas, anatomía) y engloba roles socioculturales, ambientales y conductuales que influyen en cómo el individuo se identifica.⁽¹⁾

Existen estudios^(2,3,4,5) que muestran que existen diferencias entre los sexos en cuanto a las enfermedades y la evolución de los pacientes. Las mujeres acuden con más frecuencia a los servicios de salud para prevenir y tratar enfermedades, y su esperanza de vida es mayor. Además, tienen más probabilidades de sobrevivir que sus cónyuges y son más propensas a tener discapacidades funcionales en edades avanzadas.⁽⁶⁾

En las UCI, las mujeres son ingresadas con menos frecuencia, reciben menos ventilación mecánica y presentan mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares después de los 70 años.^(7,8,9) En cambio, los hombres tienen mayor riesgo de muerte por trauma, consumo de sustancias y VIH.⁽¹⁰⁾ El objetivo de este trabajo es determinar las diferencias según el sexo en la unidad de cuidados intensivos.

MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal mediante el análisis de la base de datos clínica del servicio, que abarcó el periodo desde enero de 2011 hasta diciembre de 2023.



Sujetos

Se incluyó en el estudio de forma consecutiva y según la fecha de ingreso en la UCI en el periodo mencionado, a 5664 pacientes de ambos sexos (3211 hombres y 2453 mujeres), y se excluyó a los que no presentaron la información completa en la base de datos (201).

Variables

Edad: 19-39, 40-59 y ≥ 60 años.

Sexo.

Tipo de ingreso: clínico, quirúrgico, traumático.

Acute Physiology, And Chronic Health Evaluation II (APACHE II)⁽¹¹⁾ al ingreso: ≤ 15 , > 15 puntos.

Ventilación mecánica invasiva (VMI): sí, no.

Estado al egreso.

Causa directa de muerte: por el informe de necropsia.

Fue definido el tipo de ingreso como:

- Clínico: pacientes con enfermedades clínicas, sin traumas ni intervenciones quirúrgicas.
- Quirúrgico: pacientes con intervención quirúrgica de urgencia o electiva, que no fueran por trauma.
- Traumático: paciente con cualquier tipo de traumatismo, operado o no.

Procedimientos y procesamiento

Los datos se procesaron con el sistema estadístico STATISTICA 21.

Se realizó un análisis univariado de todas las variables (frecuencia absoluta y relativa), y de las medidas de tendencia central (media aritmética, razón) en las variables cuantitativas. También se realizó un análisis estadístico bivariado para establecer relación entre 2 variables mediante la prueba *ji* cuadrado (sexo, grupo de edad, tipo de ingreso, APACHE II al ingreso, VMI con el estado al egreso y causa directa de muerte con el sexo). Se compararon las medias aritméticas mediante la prueba *t* de Student (edad, el valor de la escala APACHE II al ingreso), tras evaluar la normalidad



y la homocedasticidad de los datos mediante el test de Levene para evaluar la igualdad de varianzas entre los dos grupos de estudio.

Se consideró un nivel de significación del 5 %.

Cuestiones bioéticas

Se respetaron los principios bioéticos fundacionales de la Declaración de Helsinki.⁽¹²⁾ Es un estudio en el que no fue necesario solicitar el consentimiento informado, pues se revisó la base de datos del servicio. Además no se anotó el nombre de los pacientes para mantener su privacidad. Se obtuvo aprobación del consejo científico del hospital.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran características clínicas, demográficas y epidemiológicas de los pacientes. La razón sexo masculino/femenino fue de 1,05:1. El sexo masculino representó la mayoría de pacientes y en ellos predominó el egresado vivo; mientras en el femenino fueron los fallecidos, con significación estadística entre las variables sexo y estado al egreso ($p= 0,03$).

La media de la muestra fue de $59,5 \pm 18,5$ años, en los hombres de $57,7$, mientras que en las mujeres de $61,9$ años. La comparación entre las medias de edad fue significativa. El grupo de edad predominante fue de 60 y más años para ambos sexos, con relación estadística importante entre los grupos de edades con el sexo.

El motivo principal de ingreso fue el tipo de ingreso clínico y el porcentaje más elevado correspondió a mujeres y hombres. Además, el porcentaje de ingresos por traumatismos fue mayor, con significación estadística en el análisis de las variables.

El valor de la media de la escala APACHE II al ingreso fue de $15,8 \pm 7,6$; en los hombres media de $15,4$; mientras en las mujeres de $16,3$; se presentó significación estadística al comparar las medias entre los sexos. En los hombres predominó el grupo de pacientes con ≤ 15 puntos, y en las mujeres el de > 15 puntos; se evidenció relación estadística significativa entre las variables ($p= 0,0003$).



Más de la mitad de los pacientes requirieron VMI, lo que predominó en ambos sexos; sin embargo, el número de hombres ventilados fue mayor; no existió significación estadística ($p=0,87$).

Tabla 1 - Distribución según datos demográficos, epidemiológicos y clínicos

Variables	Sexo		Total n (%)	Prueba
	Masculino n (%)	Femenino n (%)		
Estado al egreso				
Fallecido	1540 (47,9)	1245 (50,6)	2785 (49,2)	$\chi^2: 4,23$ $p=0,03$
Vivo	1671 (52,1)	1208 (49,4)	2879 (50,8)	
Edad (media \pm DE)	57,7 \pm 18,5	61,9 \pm 18,2	59,5 \pm 18,5	$t < 0,0001$
19-39 años	590 (18,4)	333 (13,5)	923 (16,3)	$\chi^2: 48,40$ $p < 0,0001$
40-59 años	1010 (31,4)	669 (27,33)	1679 (29,6)	
60 años y más	1611 (50,2)	1451 (59,2)	3062 (54,1)	
Causa de ingreso				
Clínica	1889 (58,8)	1714 (69,9)	3603 (63,6)	$\chi^2: 199,67$ $p < 0,0001$
Quirúrgica	743 (23,1)	603 (24,6)	1346 (23,8)	
Traumática	579 (18,0)	136 (5,5)	715 (12,6)	
APACHE II al ingreso (media \pm DE)	15,4 \pm 7,6	16,3 \pm 7,7	15,8 \pm 7,6	$t=0,0003$
≤ 15 puntos	1688 (52,6)	1170 (47,7)	2858 (50,5)	$\chi^2: 13,01$ $p=0,0003$
> 15 puntos	1523 (47,4)	1283 (52,2)	2806 (49,5)	
VMI				
Sí	1927 (60,0)	1466 (59,8)	3393 (59,9)	$\chi^2: 0,02$ $p=0,87$
No	1284 (40,0)	987 (40,2)	2271 (40,1)	
Total	3211 (56,7)	2453 (43,3)	5664 (100)	-

Del total de fallecidos (2785), se realizó necropsia a 1125 y, de estos, las 5 principales causas directas de muerte, como se observa en la tabla 2, fueron en orden decreciente: bronconeumonía/neumonía bacteriana ($p=0,37$), edema cerebral intenso ($p=0,34$), tromboembolismo pulmonar ($p=0,08$), choque séptico ($p=0,91$) y daño multiorgánico ($p=0,96$). No hubo significación estadística entre cada una de las causas directas de muerte y el sexo.



Tabla 2 - Distribución según causa directa de muerte y sexo

Causas directa de muerte	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)	Prueba
Bronconeumonía/neumonía	163 (28,2)	141 (25,7)	304 (27,0)	χ^2 : 0,78 p= 0,37
Edema cerebral intenso	105 (18,2)	113 (20,6)	218 (19,4)	χ^2 : 0,90 p= 0,34
Tromboembolismo pulmonar	71 (12,3)	88 (16,1)	159 (14,1)	χ^2 : 2,96 p= 0,08
Choque séptico	60 (10,4)	59 (10,8)	119 (10,6)	χ^2 : 0,01 p= 0,91
Daño multiorgánico	34 (5,9)	32 (5,8)	66 (5,9)	χ^2 : 0,00 p= 0,96
Otros	144 (25,0)	115 (21,0)	259 (23,0)	χ^2 : 2,28 p= 0,13
Total	577 (100)	548 (100)	1125 (100)	-

DISCUSION

La literatura evidencia disparidades asociadas al sexo en el ingreso a la UCI, la edad media y la mortalidad, influenciadas por factores como el tipo de UCI, el contexto socioeconómico y la demografía poblacional.^(4,8,13,14,15) En este estudio, los hombres predominan numéricamente, con una edad media más baja que las mujeres (57,7 vs. 61,9 años) y muestran mayor tasa de egreso vivo (p= 0,03), mientras que las mujeres presentan un porcentaje superior de fallecidos. Estos hallazgos coinciden parcialmente con los trabajos previos que se presentan a continuación:

González JC y otros,⁽⁴⁾ reportan mayor proporción de mujeres (60,9 %) con menor edad media (31,6 años vs. 49,6 en hombres) y mayor supervivencia masculina (94,7 % vs. 89,1 %).

López YN y otros⁽¹³⁾ observan en la población de una UCI que el 52 % corresponde al sexo femenino y la edad promedio es de 64 ± 17 años y *Miranda ML* y otros,⁽¹⁴⁾ hallan un 50,8 % del sexo femenino, 6,1 % en grupo de edad 18-39 años, 20,9 % entre 40-60 años y el resto de 61 y más años de edad, por su parte *Rathfoot C* y otros,⁽¹⁵⁾ evidencian un 51,3 % de mujeres, en pacientes con



enfermedad cerebrovascular isquémica, con una edad media de $69,2 \pm 15,6$ años frente a los $65,1 \pm 13,3$ años de los hombres.

Santana L y otros,⁽⁸⁾ observan mayor mortalidad femenina (20,0 % vs. 19,3 %) a pesar de edades similares entre sexos ($55,7 \pm 15,8$ en hombres vs. $55,02 \pm 16,8$ en mujeres).

Zimmermann T y otros,⁽¹⁶⁾ señalan en un estudio de 2 años sobre sepsis y choque séptico, que el 63 % de los pacientes eran hombres, con una edad media de 69 ± 13 años y en las mujeres con una edad media de 67 ± 15 años, con mortalidad mayor en los primeros (15,0 % vs. 14,0 %).

Estas contradicciones subrayan la complejidad del rol del sexo en el pronóstico de UCI. Por ejemplo, *Park C* y *Ko FC*⁽¹⁷⁾ hallan que, en adultos mayores, los hombres frágiles tienen mayor mortalidad hasta los 90 años, mientras que *Palau P* y otros⁽¹⁸⁾ asocian el sexo femenino con mayor riesgo de muerte en pacientes con diabetes e insuficiencia cardíaca. Esto sugiere que las diferencias pueden modularse por enfermedades específicas o factores como la fragilidad.

Las afecciones clínicas fueron el principal motivo de ingreso en ambos sexos; coincidieron con la prevalencia en UCI polivalentes. Sin embargo, existen variaciones según el sexo como se observa a continuación:

Muchas enfermedades pulmonares son más frecuentes o tienen mayor grado de gravedad, tasa de exacerbación, hospitalizaciones y mortalidad en mujeres que en hombres como el asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión pulmonar y algunos tipos de cáncer pulmonar como el adenocarcinoma. Sin embargo, otras enfermedades, como la linfangioleiomiomatosis, son casi exclusivas de las mujeres.⁽¹⁾

Lee SC y otros,⁽¹⁹⁾ informan que en la infección con SARS-Cov-2, asociada o no al asma, las tasas de infección son similares en ambos sexos pero los hombres tienen un riesgo mayor de hospitalización y de gravedad.

En el trabajo de *González JC* y otros,⁽⁴⁾ preponderan las afecciones clínicas (54,4 %) e intervenciones quirúrgicas de urgencia (39,4 %) en el sexo femenino, mientras que en el masculino son inversas (50,7 y 34,2 %, en ese orden).



En su tesis, *de Oliveira AJ*⁽²⁰⁾ muestra que las causas de ingreso por sexo son: enfermedades cardiovasculares, oncológicas y respiratorias en los hombres, y enfermedades gastrointestinales/hepáticas, neurológicas y renales/urinarias en las mujeres.

Zimmermann T y otros⁽¹⁶⁾ encuentran que el 68,0 % de los hombres ingresados en la UCI tienen causas no quirúrgicas, mientras que en las mujeres esta cifra es del 63,0 %.

Respecto a la gravedad al ingreso, las mujeres presentaron puntuaciones APACHE II más altas (16,3 vs 15,4; $p < 0,05$), un hallazgo consistente con *Santana L* y otros,⁽⁸⁾ (11,29 ± 7,79 en mujeres vs 10,96 ± 8,03 en hombres). Esta diferencia puede explicar parcialmente su mayor mortalidad, aunque la falta de asociación con causas directas de muerte ($p > 0,05$) apunta a factores subyacentes no medidos, como comorbilidades o acceso tardío a atención médica. Sin embargo en el trabajo de *González JC* y otros,⁽⁴⁾ las mujeres tienen una media del APACHE II menor (7,2 ± 5,1 vs. 11,6 ± 7,4).

Los hombres son los que reciben más VMI en este estudio (sin significación estadística: $p = 0,87$), y series como las de *González JC* y otros⁽⁴⁾ (20,5 %), *Santos L* y otros⁽²¹⁾ (56,7 %) y *Lin S* y otros⁽²²⁾ (51,7 %) respaldan esta tendencia, atribuible a su mayor frecuencia de ingreso y trauma. No obstante, estudios como *Zimmermann T* y otros⁽¹⁶⁾ no hallan diferencias (47 % hombres vs 46 % mujeres), lo que indica heterogeneidad según poblaciones y protocolos clínicos.

En cuanto a las causas directas de muerte, las principales fueron bronconeumonía/neumonía, edema cerebral y tromboembolismo pulmonar, similares a las reportadas por *Agüero MA* y otros,⁽²³⁾ aunque con distinto orden de prevalencia. Cabe destacar que, a diferencia de *Dodd R* y otros,⁽²⁴⁾ no hubo divergencias en las causas de muerte por sexo, lo que refuerza la hipótesis de que las disparidades en mortalidad surgen de factores previos al desenlace final (ej.: gravedad inicial, edad avanzada).

Park C y *Ko FC*,⁽¹⁷⁾ señalan que las causas principales de muerte en los hombres son las enfermedades cardíacas y la enfermedad respiratoria crónica baja, y en las mujeres, la nefritis/nefrosis.

Este estudio confirma que el sexo influye en variables clave como la supervivencia, la edad al ingreso y la gravedad clínica (APACHE II). La mayor mortalidad en mujeres, asociada a su edad



avanzada y puntuaciones de gravedad más altas, sugiere la intervención de factores biológicos o socioculturales. La ausencia de diferencias en causas directas de muerte subraya la necesidad de explorar los mecanismos subyacentes, como comorbilidades o respuestas diferenciales al tratamiento. Estos hallazgos respaldan la integración del sexo como variable crítica en los protocolos de UCI, no solo para pronóstico, sino para diseñar intervenciones personalizadas que mejoren la equidad en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveyra P, Fuentes N, Rodríguez Bausa D. Sex and Gender Differences in Lung Disease [Internet]. *Adv Exp Med Biol*. 2021; 1304:227–58. DOI: [10.1007/978-3-030-68748-9_14](https://doi.org/10.1007/978-3-030-68748-9_14)
2. Gomes R, Couto MT, de Keijzer B. Hombres, género y salud [Internet]. *Salud Colectiva*. 2020; 16:e2788. DOI: [10.18294/sc.2020.2788](https://doi.org/10.18294/sc.2020.2788)
3. Mateo Rodríguez I, Knox EC, Ruiz Azpiazu JI, Fernández del Valle P, Daponte Codina A, Jiménez Fábrega X, et al. Brecha de género persistente en la parada cardiaca extrahospitalaria en España durante el periodo 2013-2018 [Internet]. *Emergencias*. 2022; 34(4):259-67. DOI: [10.55633/s3me/E046.2022](https://doi.org/10.55633/s3me/E046.2022)
4. González Aguilera JC, Cabrera Lavernia JO, Vázquez Belizón YE, Arias Ortiz A. Diferencias según sexo en pacientes ingresados en cuidados intensivos [Internet]. *MEDISAN*. 2023 [acceso: 16/08/2024]; 27(2):e4455. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4455>
5. Chowdhury NU, Guntur VP, Newcomb DC, Wechsler ME. Sex and gender in asthma [Internet]. *Eur Respir Rev*. 2021; 30:210067. DOI: [10.1183/16000617.0067-2021](https://doi.org/10.1183/16000617.0067-2021)
6. Álvarez Díaz JA. La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud [Internet]. *Cir Cir*. 2020; 88(3):383-8. DOI: [10.24875/CIRU.19000865](https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865)
7. Fowler RA, Sabur N, Li P, Juurlink DN, Pinto R, Hladunewich MA, et al. Sex-and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care [Internet]. *CMAJ*. 2007; 177(12):1513-9. DOI: [10.1503/cmaj.071112](https://doi.org/10.1503/cmaj.071112)



8. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, Lorenzo Torrent R, Martínez Cuéllar S, Villanueva Ortiz A. Pronóstico del paciente crítico según el sexo y la edad [Internet]. *Med Intensiva*. 2009; 33(4):161-5. DOI: [10.1016/s0210-5691\(09\)71211-2](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(09)71211-2)
9. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España [Internet]. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 6(Supl. G):3-12. DOI: [10.1016/S1131-3587\(06\)75324-9](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(06)75324-9)
10. de Keijzer B, Cuellar AC, Valenzuela Mayorga A, Hommes C, Caffè S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas [Internet]. *Rev Panam Salud Pública*. 2022; 46:e93. DOI: [10.26633/RPSP.2022.93](https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93)
11. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system [Internet]. *Crit Care Med*. 1985; 13(10):818-29. DOI: [10.1097/00003465-198603000-00013](https://doi.org/10.1097/00003465-198603000-00013)
12. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025; 333(1):71-4. DOI: [10.1001/jama.2024.21972](https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972)
13. López Esquivel YN, Carrillo Ramírez SC, Esponda Prado JG, Moreno Lozano MC. Rehabilitación oportuna: un importante coadyuvante para el manejo del paciente crítico en unidades de terapia intensiva [Internet]. *Med Crit*. 2021; 35(6):336-41. DOI: [10.35366/103720](https://doi.org/10.35366/103720)
14. Miranda de Castro ML, Alves de Almeida FC, Holmes Amorim E, Lopes Cunha de Carvalho AI, Cardoso da Costa C, de Oliveira Cruz RA. Perfil de pacientes en una unidad de atención intensiva para adultos en un municipio paraibano [Internet]. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2021; (40):42910. DOI: [10.15517/revenf.v0i40.42910](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i40.42910)
15. Rathfoot C, Edrissi C, Sanders CB, Knisely K, Poupore N, Nathaniel T. Gender differences in comorbidities and risk factors in ischemic stroke patients with a history of atrial fibrillation [Internet]. *BMC Neurol*. 2021; 21(1):209. DOI: [10.1186/s12883-021-02214-8](https://doi.org/10.1186/s12883-021-02214-8)
16. Zimmermann T, Kaufmann P, Amacher SA, Sutter R, Loosen G, Merdji H. Sex differences in the SOFA score of ICU patients with sepsis or septic shock: a nationwide analysis [Internet]. *Critical Care*. 2024; 28(1):209. DOI: [10.1186/s13054-024-04996-y](https://doi.org/10.1186/s13054-024-04996-y)



17. Park C, Ko FC. The Science of Frailty: Sex differences [Internet]. *Clin Geriatr Med*. 2021; 37(4):625–38. DOI: [10.1016/j.cger.2021.05.008](https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.05.008)
18. Palau P, Bertomeu González V, Sanchis J, Soler M, de la Espriella R, Dominguez E. Differential prognostic impact of type 2 diabetes mellitus in women and men with heart failure with preserved ejection fraction [Internet]. *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(6):463–70. DOI: [10.1016/j.rec.2019.09.002](https://doi.org/10.1016/j.rec.2019.09.002)
19. Lee SC, Son KJ, Han CH, Jung JY, Cheol Park SC. Impact of comorbid asthma on severity of coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. *Sci Rep*. 2020; 10(1):21805. DOI: [10.1038/s41598-020-77791-8](https://doi.org/10.1038/s41598-020-77791-8)
20. de Oliveira Andrade J. Perfil de los pacientes atendidos por los alumnos de fisioterapia del proyecto Salud 4.0 en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Onofre Lopes [Internet]. [Tesis para optar por el título de Bachiller en Fisioterapia]. Universidad Federal do Rio Grande do Norte. 2023 [acceso: 16/08/2024]. Disponible en: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/56590/7/Perfildospacientes_Andrade_2023.pdf
21. Santos do Nascimento L, Bortolini V, Ribeiro Castilho NG, de Farias Machado YA, Arcari Santos A, Kerber Alves I, et al. Stay time in invasive mechanical ventilation: Orotracheal tube versus tracheostomy in patients with serious TBI in an intensive care unit in an emergency and emergency hospital [Internet]. *BJD*. 2021; 7(12):119940-55. DOI: [10.34117/bjdv7n12-656](https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-656)
22. Lin S, He W, Hu Z, Bai L, Zeng M. Sex differences in short-and long-term survival among critically ill patients with sepsis [Internet]. *Int J Gen Med*. 2021; 14:613-22. DOI: [10.2147/IJGM.S294229](https://doi.org/10.2147/IJGM.S294229)
23. Agüero Rodríguez MA, González Martínez FG, Luciano Pérez MM, Marrero Molina L. Morbimortalidad en el servicio de cuidados intensivos [Internet]. *AMC*. 2006 [acceso: 16/08/2024]; 10(1): [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21111817900aprox>
24. Dodd R, Shanthosh J, Lung T, Robaigau A, Perman ML, Rafai E, et al. Gender, health and ageing in Fiji: a mixed methods analysis [Internet]. *Int J Equity Health*. 2021; 20(1):205. DOI: [10.1186/s12939-021-01529-9](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01529-9)



Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en relación con el trabajo.

Información financiera

Los autores declaran que no existió financiamiento del presente trabajo.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Alberto García Gómez.*

Curación de datos: *Jorge Javier Cedeño Cabrera.*

Análisis formal: *Pedro Julio García Álvarez.*

Investigación: *Alberto García Gómez.*

Metodología: *Pedro Julio García Álvarez.*

Visualización: *Wendolin Rodríguez Borges.*

Redacción-borrador original: *Moraima León Robles.*

Redacción - revisión y edición: *Alexis Hernández Torres.*

Declaración de disponibilidad de datos

Archivo complementario: Morbi-mortalidad según el sexo en la unidad de cuidados intensivos.

2011-23. Base de datos de investigación. Excel 2007. Disponible en:

<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/libraryFiles/downloadPublic/82>