

# **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en  
pacientes del centro de salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto  
2021 - enero 2022**

**JESICA ELIZABETH PAUCAR ATI**

Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado  
ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requerimiento  
parcial para la obtención del grado de:

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**Riobamba – Ecuador**

**Noviembre - 2022**

**©2022, Jesica Elizabeth Paucar Ati**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.



## ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de titulación Modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: **Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del centro de salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto 2021 - enero 2022**, de responsabilidad de la señorita Jesica Elizabeth Paucar Ati, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Wardy Castillo López; Esp.  
**PRESIDENTE**

WARDY  
CASTILLO LOPEZ

Firmado digitalmente por  
WARDY CASTILLO LOPEZ  
Fecha: 2022.07.29 17:26:58  
+05'00'

Dra. Rosa del Carmen Saeteros Hernández; Ph. D.  
**TUTORA**

Firmado digitalmente por:  
ROSA DEL CARMEN  
SAETEROS HERNANDEZ

Dra. Eida Ortiz Zayas; Esp.  
**MIEMBRO**

Firmado digitalmente por:  
EIDA ORTIZ  
ZAYAS

Lic. Patricia Alejandra Ríos Guarango; Mag.  
**MIEMBRO**

Firmado digitalmente por:  
PATRICIA  
ALEJANDRA RIOS  
GUARANGO

Riobamba, noviembre de 2022.

## **DERECHOS INTELECTUALES**

Yo, **Jesica Elizabeth Paucar Ati**, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo** y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



**Paucar Ati Jesica Elizabeth**

C.I. 060381781-8

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Jesica Elizabeth Paucar Ati, declaro que el presente Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de obra Nota están debidamente citados y referenciados.

Como autora, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este proyecto de investigación maestría.



---

**Paucar Ati Jesica Elizabeth**

C.I. 060381781-8

## **DEDICATORIA**

En memoria de mi padre, aunque mi padre hoy está muerto, vive por siempre en mis memorias y habita en mis recuerdos. Sus enseñanzas me ayudan a enfrentar la vida y su ejemplo me estimula a darles a mis hijos, el amor que él siempre me brindo. Gracias, padre por haber existido y por ser hoy la luz de mi vida, te amo José Estuardo Paucar.

*Paucar Ati Jesica*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: José Estuardo Paucar y María Carmelina Ati, por su sacrificio de todos los días y sobre todo por su apoyo incondicional en los momentos más duros y difíciles de mi vida porque gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en la persona que ahora soy, es un privilegio ser su hija, son los mejores padres del mundo.

A mi amado esposo, Darío Paca por brindarme su comprensión cariño y amor, por estar pendiente de mis todos los días, por ser un hombre especial y maravilloso.

A mis amados hijos Sebastián y Arleth Paca, por ser mi fortaleza de superación los amos hijos míos.

Agradezco además a mis docentes de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, a la Dra. Rosa Del Carmen Saeteros Hernández PhD y a mis miembros de investigación Dra. Eida Ortiz Zayas y a la Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo, quienes me ha guiado con su paciencia, y rectitud en cada una de las etapas de esta investigación como Asesora, al Centro de Salud Cebadas- Chimborazo y al Técnico de atención primaria de salud Byron Malan por su valioso aporte para mi proyecto de titulación

*Paucar Ati Jesica*

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xiv
SUMMARY/ ABSTRAC .....	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	1
1.1.1. <i>Análisis macro</i> .....	1
1.1.2. <i>Análisis meso</i> .....	3
1.1.3. <i>Análisis micro</i> .....	5
1.2. Situación problemática.....	5
1.3. Formulación del problema.....	6
1.4. Preguntas directrices o específicas de la investigación.....	7
1.5. Justificación de la investigación.....	7
1.6. Objetivos .....	8
1.6.1. <i>Objetivo general</i> .....	8
1.6.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	8
1.7. Hipótesis .....	8
1.7.1. <i>Hipótesis general</i> .....	8
1.7.2. <i>Hipótesis específicas</i> .....	8
1.7.3. <i>Identificación de variables</i> .....	8
1.7.4. <i>Operacionalización de las variables</i> .....	9
1.7.5. <i>Matriz de consistencia</i> .....	14
CAPÍTULO II .....	15
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Antecedentes del problema .....	15
2.2. Bases teóricas .....	17
2.2.1. <i>Embarazo de riesgo</i> .....	17
2.2.2. <i>Definición de muerte materna</i> .....	17
2.2.3. <i>Riesgo obstétrico</i> .....	20
2.2.4. <i>Riesgos preconcepcionales</i> .....	22
2.2.5. <i>Antecedentes obstétricos</i> .....	24



2.2.6.	<i>Complicaciones obstétricas</i>	27
2.2.7.	<i>Indicadores para medir la mortalidad materna</i>	31
2.2.8.	<i>Medidas de prevención</i>	32
2.3.	<b>Marco conceptual</b>	32
<b>CAPÍTULO III</b>		34
3.	<b>METODOLOGÍA</b>	34
3.1.	<b>Tipo o diseño de investigación</b>	34
3.2.	<b>Población de estudio</b>	34
3.3.	<b>Métodos de investigación</b>	34
3.4.	<b>Procesamiento y análisis de datos</b>	35
3.5.	<b>Cuestiones éticas</b>	35
<b>CAPÍTULO IV</b>		36
4.	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	36
4.1.	<b>Análisis de historias clínicas</b>	36
<b>CAPÍTULO V</b>		49
5.	<b>PROPUESTA</b>	49
5.1.	<b>Tema</b>	49
5.2.	<b>Objetivo general</b>	49
5.3.	<b>Meta</b>	49
5.4.	<b>Objetivos específicos</b>	49
5.5.	<b>Desarrollo</b>	49
5.5.1.	<b>Módulos educativos</b>	49
<b>CONCLUSIONES</b>		57
<b>RECOMENDACIONES</b>		58
<b>GLOSARIO</b>		
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		
<b>ANEXOS</b>		

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-1.</b>	Operacionalización de la variable independiente.....	9
<b>Tabla 2-1.</b>	Operacionalización de la variable dependiente.....	13
<b>Tabla 3-1.</b>	Matriz de Consistencia. ....	14
<b>Tabla 4-1.</b>	Factores de riesgo de mortalidad materna extrema. ....	20
<b>Tabla 5-2.</b>	Complicaciones de la preeclampsia.....	27
<b>Tabla 6-2.</b>	Distribución de las muertes maternas obstétricas directas según su causa.....	28
<b>Tabla 7-4.</b>	Edad de la gestante.....	36
<b>Tabla 8-4.</b>	Estatura en cm de la embarazada.....	37
<b>Tabla 9-4.</b>	Actividades diarias (labores en el campo) - riesgo laboral. ....	37
<b>Tabla 10-4.</b>	Uso de sustancias psicoactivas. ....	38
<b>Tabla 11-4.</b>	Índice de masa corporal (IMC).....	38
<b>Tabla 12-4.</b>	Manifestación violenta en contra de la embarazada. ....	39
<b>Tabla 13-4.</b>	Distribución territorial catastral.....	40
<b>Tabla 14-4.</b>	Tiempo de la edad gestacional en semanas. ....	40
<b>Tabla 15-4.</b>	Paridad. ....	41
<b>Tabla 16-4.</b>	Cesaría. ....	41
<b>Tabla 17-4.</b>	Periodo intergenésico. ....	42
<b>Tabla 18-4.</b>	Trimestre de captación. ....	43
<b>Tabla 19-4.</b>	Control prenatal.....	43
<b>Tabla 20-4.</b>	Presencia de patologías que pueden afectar a la madre y al feto.....	44
<b>Tabla 21-4.</b>	Complicaciones o eventos de interés ocurridos en embarazos anteriores. ....	44
<b>Tabla 22-4.</b>	Complicaciones o eventos de interés ocurridos durante el puerperio. ....	45
<b>Tabla 23-4.</b>	Enfermedades padecidas por la gestante que afectan al embarazo. ....	46
<b>Tabla 24-4.</b>	Existencia de enfermedades de posible transmisión genética. ....	46
<b>Tabla 25-4.</b>	Complicaciones obstétricas durante embarazo. ....	47
<b>Tabla 26-4.</b>	Enfermedades previas o aparecidas durante la gestación.....	47
<b>Tabla 27-4.</b>	Pruebas de chi-cuadrado.....	48
<b>Tabla 28-5.</b>	Necesidades de Capacitación. ....	50
<b>Tabla 29-5.</b>	Factores de riesgo obstétricos.....	50
<b>Tabla 30-5.</b>	Generalidades de la mortalidad materna.....	50
<b>Tabla 31-5.</b>	Importancia de los controles prenatales.....	51
<b>Tabla 32-5.</b>	Responsabilidades o roles de la pareja. ....	51
<b>Tabla 33-5.</b>	Calidad nutricional durante la gestación.....	51

<b>Tabla 34-5.</b>	Contenido # 1 para el análisis de Morganov Heredia. ....	52
<b>Tabla 35-5.</b>	Contenido # 2 para el análisis de Morganov Heredia. ....	53
<b>Tabla 36-5.</b>	Ejes temáticos para los módulos educativos. ....	53
<b>Tabla 37-5.</b>	Practicar la preparación de una comida saludable (ensalada de frutas).....	54
<b>Tabla 38-5.</b>	Practica toma de signos vitales. ....	55
<b>Tabla 39-4.</b>	Practica encuesta a cada uno de los participantes. ....	56

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-1.</b>	Defunciones registradas a partir del año 2000-2020.....	3
---------------------	---------------------------------------------------------	---

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**Anexo A.** Solicitud para la autorización del estudio

**Anexo B.** Carta de autorización para el desarrollo del estudio

**Anexo C.** Modelo de historia clínica

**Anexo D.** Captura de inglés

**Anexo E.** Revisión de normas técnicas, resumen y bibliografía

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación y desarrollo tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas, Chimborazo, Ecuador, durante el período agosto 2021-enero 2022. Para dar cumplimiento a la misma, se utilizó una metodología de investigación mixta por el balance entre elementos cualitativos y cuantitativos durante el proceso. Se analizaron variables de ambos tipos y el análisis de los datos recopilados en las historias clínicas requirió procesamiento estadístico e interpretación discursiva por igual. En base a lo anterior se comprobó que los factores de riesgo obstétricos si están asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud de Cebadas, Chimborazo, puesto que el 46 % de las historias clínicas analizadas son mujeres gestantes menores de edad, y que de estas el 88 % si utilizaron sustancias psicoactivas (alcohol y tabaco) en su periodo de gestación. Así también se indica que el 66% de las mujeres gestantes residen en el sector rural, y muchas de ellas no han sido atendidas adecuadamente, por la falta de centros de atención cercanos. Bajo estos puntos de partida se concluyó estableciendo un programa educativo sobre la prevención de factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna dirigido a gestantes del Centro de Salud Cebadas Chimborazo, agosto 2021 – enero 2022., con el fin de mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, y sobre todo con enfoque a la disminución de la mortalidad materna en los centros de salud.

**Palabras clave:** <OBSTETRICO>, <HEMORRAGIA UTERINA>, <GESTACIÓN>, <HISTORIAS CLINICAS>, <MUERTE MATERNA>, <CENTRO DE SALUD>.



Elaborado y digitalizado por:  
**LUIS ALBERTO  
CAMINOS  
VARGAS**



22-09-2022

0127-DBRA-UPT-IPEC-2022

## SUMMARY

The objective was to determine the obstetric risk factors associated with maternal mortality in patients at Cebadas Health Center, Chimborazo, Ecuador, from August 2021-January 2022. A mixed research methodology was used the balance qualitative and quantitative elements during the process. Variables of both types were analyzed and the analysis of the data collected in the medical records required statistical processing and discursive interpretation alike. Based on that, it was found that obstetric risk factors are associated with maternal mortality in the Cebadas Health Center, Chimborazo, since 46% of the medical records analyzed are underage pregnant women and that this 88% if they used psychoactive substances (alcohol and tobacco) in their gestation period. Thus, it is also indicated that 66% of pregnant women reside in the rural sector, and many of them have not been adequately cared for due to the lack of nearby care centers. Under these starting points, it was concluded by establishing an educational program on the prevention of obstetric risk factors associated with maternal mortality aimed at pregnant women at the Cebadas Chimborazo Health Center, August 2021 - January 2022, in order to improve sexual health and reproductive health, mainly focused on reducing maternal mortality in health centers.

**Keywords:** <OBSTETRIC>, <UTERINEHEMORRHAGE>, <GESTION>, <CLINICAL RECORDS>, <HEALTH CENTER>

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Se ha seleccionado el tema de investigación: “Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas Chimborazo”, que resulta un tema de interés de la ciencia y las políticas de la OMS enfocadas en la disminución de la tasa de mortalidad materna, resaltando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, cuyo tercer objetivo plantea la meta de la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de setenta (70) por cada cien mil (100000) bebés nacidos vivos para el 2030 (OMS, 2018, pág. 6).

En 2020, la tasa de mortalidad materna en Ecuador fue de 3,9 fallecimientos por cada 10000 partos; sin embargo, en algunas provincias se reportan cifras por encima de esa media nacional: El Oro (7/10000) y Chimborazo (5,7/10000), además de Santa Elena y Esmeraldas con 5,4/10000 (Primicias, 2017, pág. 7). Esto evidencia la necesidad de realizar una investigación con respecto a esa problemática de salud.

Al respecto, el conocimiento de los factores de riesgo y las regularidades relacionadas con este fenómeno permitirá establecer la fundamentación y diagnóstico para el diseño de futuros programas dirigidos a la salud materno infantil en Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 4). Así, este estudio pretende describir los factores de riesgos obstétricos en pacientes del Centro de Salud Cebadas, a partir de lo cual se elaborará un plan de acción para mejorar la calidad de vida de las gestantes y reducir estos elementos predisponentes (Manigeh, 2017, pág. 25).

### 1.1 Planteamiento del problema

#### 1.1.1. *Análisis macro*

Aunque la mortalidad infantil y las tasas de fertilidad han disminuido en las últimas décadas y la esperanza de vida al nacer ha aumentado, la mortalidad materna en los países en desarrollo no ha mostrado una reducción fundamental en el mismo periodo.

La muerte de una madre es una tragedia evitable que daña la vida de un niño lleno de monumentales esperanzas, pertenece a los acontecimientos más traumáticos que tienen la posibilidad de sufrir; La pérdida de una madre daña gravemente la paz de la familia y puede



afectar negativamente a la supervivencia y el desarrollo de sus hijos, especialmente de los más pequeños. Cada muerte materna debilita la composición social general.

Según la OMS (2018), la composición y la intensidad de la mortalidad materna, así como la característica de previsibilidad, sugieren que la eficacia, la eficiencia y la igualdad de los servicios no se corresponden con las necesidades de salud de las mujeres en edad fértil (pág. 7). Las cifras de mortalidad materna deben considerarse en el contexto del elevado número de mujeres en edad fértil de la población general, que representa el 25% de la población total en los países en desarrollo. Con la muerte de la madre, el estado nutricional de la familia tiende a disminuir, los recién nacidos tienen menos probabilidades de sobrevivir y la supervivencia de los niños mayores también se ve afectada.

La sociedad pierde un miembro beneficioso y el territorio pierde su inversión en salud y educación. Según informes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en los países en vías de desarrollo la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva. Muchas de las causas de mortalidad materna son fácilmente prevenibles a bajo coste y toda mujer tiene derecho a un alto grado de salud reproductiva y sexual, cuya ausencia se considera discriminación. Por lo tanto, la mortalidad materna se considera un indicador de los derechos humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 7).

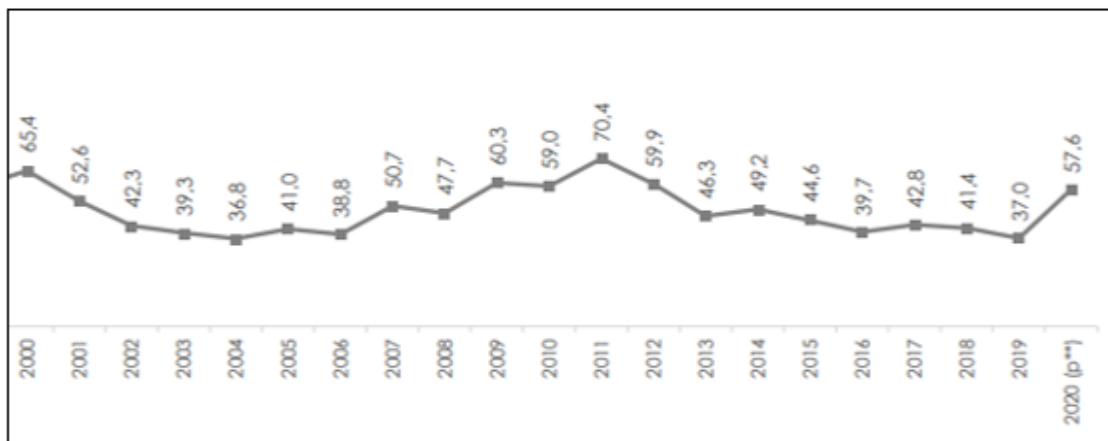
Aunque la mortalidad infantil y las tasas de fecundidad han disminuido en las últimas décadas y la esperanza de vida al nacer ha aumentado, la mortalidad materna en los países en desarrollo no ha mostrado una reducción fundamental en el mismo periodo de tiempo. Las mujeres tienden a ser vulnerables, gracias a situaciones sociales, culturales y económicas adversas (Palacio, 2017, pág. 35). Cada minuto que muere una dama en el planeta, 100 mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, 200 adquieren una infección de transmisión sexual, 300 conciben sin desear o planificar el embarazo. Hasta que la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó las primeras estimaciones internacionales sobre la mortalidad materna en 1987, el planeta desconocía en gran medida los peligros asociados al embarazo y al parto en los países en desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año mueren en el mundo unas 585.000 mujeres por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. El 99% ocurre en territorios en desarrollo. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en orden descendente en África, Asia y América (OMS, 2018, pág. 8). En América Latina, la mortalidad materna está entre las 5 primeras razones de muerte entre las mujeres de 15 a 49 años. La mayoría de las muertes maternas se atribuyen probablemente a hemorragias, infecciones y trastornos hipertensivos del embarazo.

La muerte materna se considera uno de los problemas de salud pública más importantes debido al efecto socioeconómico que tiene en la población. Si bien es cierto que algunos casos de muerte materna se han presentado como eventos inevitables, existen componentes que permanecen asociados a las dinámicas políticas, sociales y económicas que conducen a la prevención y minimización de estos casos (Observatorio de Igualdad de Género, 2017, pág. 6). El crecimiento tecnológico, el desarrollo y el crecimiento económico necesitan precisamente mejorar los indicadores de mortalidad materna. Es decir, si se estudia este fenómeno como una tragedia prevenible, se contribuye a minimizar los componentes sociales, políticos y económicos que intervienen en la muerte materna, mejorando así la calidad de vida de las mujeres (OMS, 2017, pág. 9).

### 1.1.2. Análisis meso

En cuanto a Ecuador, la causa de mortalidad materna (RMM) ha disminuido a lo largo de los años. Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021) muestran que la RMM fue de 37,0 y 57,6 por cada 100.000 nacidos vivos en el período 2019-2020, respectivamente. En 2020 se registraron 191 muertes, lo que supone una tasa de mortalidad materna de 57,6 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que supone un aumento de 20,6 puntos respecto a 2019.



**Gráfico 1-1.** Defunciones registradas a partir del año 2000-2020.

Fuente: (INEC, 2020).

Ecuador ha alcanzado niveles críticos de mortalidad materna a lo largo de la pandemia, este indicador alcanzó su punto máximo a partir de 2012. El año pasado se registraron 191 muertes maternas. Esto implica la muerte de 57,6 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos. En 2019, esta cifra fue de 37 por cada 100.000 nacidos vivos. Esto implica un aumento de 20,6 vistas (PlanV, 2021, pág. 7). Diversos estudios realizados por la OPS han demostrado que en Ecuador persiste la brecha y la desigualdad en el acceso a la salud sexual, reproductiva y materna según la ubicación

geográfica de la mujer. Además, el territorio enfrenta los inconvenientes del subregistro y la mala categorización de las causas de mortalidad.

En la actualidad, hay dos causas principales por las que la mortalidad ha ganado visibilidad y protagonismo en las políticas públicas de los diferentes territorios. La primera es el enfoque de derechos humanos expuesto en la salud pública. El mayor porcentaje de las muertes maternas son producto de razones evitables y prevenibles que muestran el ingreso a la salud materna, la atención obstétrica adecuada y decisiva. En segundo lugar, las naciones con una marcada diferencia en los roles de género tienen políticas públicas ineficaces y débiles porque se promueve la diferencia y se da poca prioridad a las mujeres (Bárcena, 2018, pág. 34). Ambas causas aluden a que en la gran mayoría de los casos no hay nada natural, democrático o justo en la mortalidad materna.

De hecho, este fenómeno refleja las profundas y diversas desigualdades que sufren la gran mayoría de estas mujeres fallecidas durante la maternidad, ya que estas muertes se concentran en zonas más marginadas, entre mujeres con menores niveles de educación y donde la subordinación del género es más marcada y donde existen mayores desventajas económicas, geográficas y de ingresos culturales para contar con servicios de salud oportunos y de calidad (Espinoza, 2019, pág. 32). Si las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud no son óptimas, la maternidad puede ser uno de los eventos más riesgosos por los que tiene que pasar una mujer. En el mundo, al menos 20 millones de mujeres sufren complicaciones a lo largo del embarazo, de las cuales 529.000 se definen como muertes maternas.

Además, la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio que se consigue evitar es un hecho inaceptable e injusto. Pues, la muerte materna implica la pérdida de una mujer que no sólo está en edad reproductiva, sino también en edad de obtener beneficios (OMS, 2019, pág. 6). En consecuencia, la mortalidad materna disminuye la producción, lo que produce un precio social para el territorio.

Tomando en cuenta las cifras del INEC (2018), mucho más de la mitad de los hogares ecuatorianos tienen jefas de familia, siendo el sostén económico del hogar o amas de casa que son el sustento de los cuidados y la ayuda, para Rodríguez-Leal y Verdú (2018), la muerte materna se vuelve trascendental a través de la percepción de la dinámica familiar por las pérdidas económicas o de cuidados. Además, este problema conlleva el deterioro de la vida social, económica, cultural, familiar y de la función de desarrollo de un territorio. Dado que la mayoría de las muertes maternas ocurren en categorías socioeconómicas bajas, el ciclo intergeneracional de la pobreza aumenta en estas familias (pág. 27).

### **1.1.3. Análisis micro**

La mortalidad materna es un fenómeno sanitario que se da especialmente en las zonas en desarrollo de América Latina, donde existen altos niveles de marginación y discriminación, sobre todo entre los indígenas. La OMS define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración o el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada con el propio embarazo o su atención, o agravada por ellos, pero no por razones accidentales o fortuitas" (OMS, 2018, pág. 8). Además, para los demás autores, "La muerte de la mujer por razones relacionadas con el embarazo no podría compararse con otros problemas de salud, ya que el principio del fenómeno no es sólo un proceso biológico, sino un conjunto de determinantes sociales" (Montejo, 2019, pág. 45).

En la provincia de Chimborazo, la tasa de mortalidad materna en el 2020 fue de 5,7 muertes por cada 10 000 nacimientos. Por ello, es importante examinar los componentes determinantes que inciden en la mortalidad materna y cómo el Estado ecuatoriano ha intervenido a través del MSP para implementar tácticas de salud pública y optimización de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de reducción de la mortalidad materna en los centros de salud (INEC, 2020, pág. 4).

## **1.2. Situación problemática**

La razón de la mortalidad materna fue un indicador utilizado para evaluar la salud materna y la calidad de esta atención, un indicador que también refleja directamente las condiciones de desarrollo de las naciones y sus áreas. La adhesión del análisis de la morbilidad obstétrica al de la mortalidad aumenta la posibilidad de detectar los componentes que contribuyen a esta constante del embarazo sin complicaciones a la muerte y permite la adopción de medidas correctivas de manera más conveniente.

Por este camino, las familias no sólo tienen la posibilidad de prescindir de la existencia de la madre, con cada una de las implicaciones sociales y económicas que ello conlleva, sino que tienen la posibilidad de sobrevivir a un número aún mayor de mujeres con problemas temporales o permanentes, con la consiguiente pérdida económica y de calidad de vida para la sociedad y para la superviviente.

No menos de 25.000 madres mueren cada año en la Zona Latinoamericana, hay una interacción directa de la mayor incidencia de la mortalidad materna en las poblaciones de menores ingresos. Se observan marcadas diferencias en relación con la mortalidad materna en los sectores rural y

urbano. De hecho, las mujeres de las sociedades nativas toleran las mayores tasas de mortalidad por complicaciones de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. Según los últimos informes, entendemos que la mortalidad materna se ha limitado, sin embargo, es necesario que siga siendo más rápida. La OMS calcula que, por cada muerte materna en América Latina, 135 mujeres tienen patologías relacionadas con el embarazo y unas 30 quedan con secuelas.

Tan fundamental como la mortalidad son las complicaciones o secuelas que tienen la posibilidad de exponer por ser extremadamente frecuentes y la forma en que nace la calidad de vida de la señora que sobrevive a estos inconvenientes. Sin embargo, existen evidencias de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de barreras sociales, económicas, biológicas y logísticas a los servicios de salud.

En Ecuador, la tasa de mortalidad materna fue de 3,9 muertes por cada 10.000 nacimientos en 2020. Sin embargo, hay provincias que se mantienen por encima de este promedio, por ejemplo, El Oro alcanzó una tasa de 7; mientras que Chimborazo, con una tasa de 5,7 y Santa Elena y Esmeraldas, con tasas de 5,4 muertes por cada 10.000 nacimientos, siendo estas las provincias con las tasas más altas del país (INEC, 2020, pág. 9).

Entre las complicaciones están: el dolor crónico, la reducción de la movilidad, el deterioro del sistema reproductivo y la infertilidad. Los cambios monitoreados en la estructura de las razones de muerte materna (aumento de las razones indirectas y aumento de los casos de hipertensión gestacional) señalan la necesidad de defender a las madres de los peligros sociales causados por la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres, y por otro lado. Por otro lado, la necesidad de promover estilos de vida saludables, mejorando los programas de promoción preventiva con el fin de evitar embarazos en jóvenes, embarazos no deseados, además de reforzar o mejorar la calidad de la atención prenatal.

Por esta razón, el presente análisis busca establecer si los componentes obstétricos están asociados a la mortalidad materna en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Cebadas.

### **1.3. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados de la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas, Chimborazo, Ecuador, Durante el período agosto 2021- enero 2022?

#### **1.4. Preguntas directrices o específicas de la investigación**

- ¿Es necesario caracterizar el estado de los factores de riesgo obstétricos en las embarazadas del contexto estudiado?
- ¿Por qué es importante identificar el comportamiento de la mortalidad materna?
- ¿Al elaborar un plan de acción integral respecto a los factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna esto disminuirá?

#### **1.5. Justificación de la investigación**

Durante el embarazo pueden ocurrir múltiples factores que afecten tanto a la madre como el feto, no obstante, ciertos factores ginecológicos pueden ocasionar serias complicaciones en la madre que requieren de cuidados. La tasa de mortalidad materna en Ecuador fue de 3,9 fallecimientos por cada 10.000 partos en el 2020. Sin embargo, hay provincias que están por encima de esa media, según el Ministerio de Salud, El Oro, por ejemplo, alcanzó una tasa de 7; mientras que Chimborazo, con una tasa de 5,7 y Santa Elena y Esmeraldas, con tasas de 5,4 muertes por cada 10.000 partos, siendo estas las provincias con las tasas más altas del país (OMS, 2018, pág. 6).

Dada la importancia de este problema de salud pública y desde el punto de vista del mejoramiento de la salud materno-infantil de acuerdo a los planes y proyectos realizados por el MSP, el uso de normas y protocolos por parte de la Dirección Nacional de Normalización, es necesario caracterizar, decidir y detectar los casos de muertes maternas que se han presentado en el interior sanitario de Cebadas en la provincia de Chimborazo, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, pág. 7).

Disponer de la información completa, contribuirá a mejorar la toma de decisiones en el área de salud materna, mediante el conocimiento de los agentes generadores de mortalidad en mujeres debido a complicaciones de embarazo, parto y puerperio. Todo ello permitirá visualizar la baja, mediana o alta vulnerabilidad que tiene este centro de salud cebadas de acuerdo a las provincias y cantones del Ecuador, con los datos obtenidos, con lo cual se facilitará el control y seguimiento de los mismos y la implementación de medidas correctivas que favorezcan la toma de decisiones en la lucha contra la mortalidad materna

## 1.6. Objetivos

### 1.6.1. *Objetivo general*

- Determinar los factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas, Chimborazo, Ecuador, durante el período agosto 2021-enero 2022.

### 1.6.2. *Objetivos específicos*

- Caracterizar el estado de los factores de riesgo obstétricos en las embarazadas del contexto estudiado.
- Identificar el comportamiento de la mortalidad materna.
- Elaborar un plan de acción integral respecto a los factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna.

## 1.7. Hipótesis

### 1.7.1. *Hipótesis general*

Los factores de riesgo obstétricos están asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud de Cebadas, Chimborazo.

### 1.7.2. *Hipótesis específicas*

- **Hipótesis Nula ( $H_0$ )**= Los factores de riesgo obstétricos **NO** están asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud de Cebadas, Chimborazo.
- **Hipótesis Alternativa ( $H_a$ )**= Los factores de riesgo obstétricos **SI** están asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud de Cebadas, Chimborazo.

### 1.7.3. *Identificación de variables*

- **Variable independiente:** Riesgos obstétricos
- **Variable dependiente:** Mortalidad materna

1.7.4. Operacionalización de las variables

Tabla 1-1. Operacionalización de la variable independiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
<b>FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS</b>	Elementos con la capacidad de incrementar la probabilidad de dañar a la madre, el feto y/o neonato, predisponiendo para enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.	Riesgos biológicos	Edad materna	Años transcurridos desde el nacimiento de la embarazada	Valores cualitativos y cuantitativos en dependencia de la naturaleza de la variable en cuestión y la escala y unidades de medida establecidas para cada una	Revisión de documentos (historia clínica)	Guía de revisión de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 19</li> <li>• 19 – 35</li> <li>• &gt; 35</li> </ul>
			Talla	Estatura en cm de la embarazada				<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 145 cm</li> <li>• &gt; 144 cm</li> </ul>
			Índice de masa corporal (IMC)	Obtenido a partir del peso y la talla de la embarazada				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo: &lt; 18,5</li> <li>• Normal: 18,5-30</li> <li>• Alto: &gt; 30</li> </ul>
		Riesgos laborales	Potenciales peligros para el embarazo en el ambiente de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>				
		Consumo de sustancias psicotrópicas	Uso de sustancias psicoactivas nocivas para el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>				
		Riesgos socioeconómicos						



VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
<b>FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS</b>	Elementos con la capacidad de incrementar la probabilidad de dañar a la madre, el feto y/o neonato, predisponiendo para enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.	Riesgos socioeconómicos	Violencia intrafamiliar	Existencia de cualquier manifestación violenta en contra de la embarazada en su entorno familiar	Valores cualitativos y cuantitativos en dependencia de la naturaleza de la variable en cuestión y la escala y unidades de medida establecidas para cada una	Revisión de documentos (historia clínica)	Guía de revisión de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>
			Sector de residencia	Según clasificación en la distribución territorial catastral.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Rural</li> </ul>
		Riesgos Gineco-obstétricos	Edad gestacional	Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento				<ul style="list-style-type: none"> <li>• (En semanas y días completos)</li> <li>• &lt; 37</li> <li>• 37 – 42</li> <li>• &gt; 42</li> </ul>
			Paridad	Número de partos en la embarazada				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara (sin partos anteriores)</li> <li>• Primípara (1 parto)</li> <li>• Multipara (1-3 partos)</li> <li>• Gran multipara (&gt; 3 partos)</li> </ul>
		Cesaría	Numero de cesarías en la embarazada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0</li> <li>• 1-2</li> <li>• &gt;=3</li> </ul>				

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
<b>FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS</b>	Elementos con la capacidad de incrementar la probabilidad de dañar a la madre, el feto y/o neonato, predisponiendo para enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.	Riesgos Gineco-obstétricos	Período intergenésico	Tiempo en años desde el último embarazo	Valores cualitativos y cuantitativos en dependencia de la naturaleza de la variable en cuestión y la escala y unidades de medida establecidas para cada una	Revisión de documentos (historia clínica)	Guía de revisión de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 2 años</li> <li>• ≥ 2 años</li> </ul>
			Trimestre de captación	Atendiendo al período del embarazo en que asiste a primer control prenatal				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primero</li> <li>• Segundo</li> <li>• Tercero</li> </ul>
			Control prenatal	Número de controles obstétricos recibidos durante el embarazo				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiente (&gt; 5)</li> <li>• Insuficiente (&lt; 5)</li> </ul>
			Complicaciones durante el embarazo	Presencia de patologías que pueden afectar a la madre y al feto.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí (cuál/es)</li> <li>• No</li> </ul>
			Antecedentes obstétricos	Complicaciones o eventos de interés ocurridos en embarazos anteriores.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí (cuál/es)</li> <li>• No</li> </ul>
				Complicaciones o eventos de interés ocurridos durante el puerperio				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragias postparto</li> <li>• Atonía uterina</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
			Antecedentes patológicos durante el embarazo	Enfermedades padecidas por la gestante que pueden afectar el embarazo.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí (cuál/es)</li> <li>• No</li> </ul>

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
<b>FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS</b>	Elementos con la capacidad de incrementar la probabilidad de dañar a la madre, el feto y/o neonato, predisponiendo para enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.	Riesgos Gineco-obstétricos	Antecedentes patológicos familiares	Existencia de enfermedades de posible transmisión genética en parientes consanguíneos.	Valores cualitativos y cuantitativos en dependencia de la naturaleza de la variable en cuestión y la escala y unidades de medida establecidas para	Revisión de documentos (historia clínica)	Guía de revisión de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí (cuál/es)</li> <li>• No</li> </ul>
			Puerperio	Tipos de puerperios presentadas en las embarazadas.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puerperio inmediato</li> <li>• Puerperio mediato</li> <li>• Puerperio tardío</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia en base a la investigación bibliográfica.

**Tabla 2-1. Operacionalización de la variable dependiente.**

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
<b>Mortalidad materna</b>	Atendiendo a la muerte ocurrida en mujeres asociada con embarazo, parto o puerperio <sup>(6)</sup> .	Causas de muerte materna	Directas	Complicaciones obstétricas durante embarazo, parto o puerperio	Valores cualitativos y cuantitativos en dependencia de la naturaleza de la variable en cuestión y la escala establecida para cada una	Revisión de documentos (historia clínica)	Guía de revisión de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos hipertensivos</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Infección</li> <li>• Otras</li> </ul>
			Indirectas	Enfermedades previas o aparecidas durante la gestación				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades inmunodepresoras</li> <li>• Cardiopatías</li> <li>• Enfermedades crónicas no transmisibles desarrolladas durante el embarazo</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a la investigación bibliográfica.

**1.7.5. Matriz de consistencia**

**Tabla 3-1. Matriz de Consistencia.**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados de la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas, Chimborazo, Ecuador, ¿durante el período agosto 2021-enero 2022?	Determinar los factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del centro de salud Cebadas, Chimborazo, Ecuador, durante el período agosto 2021-enero 2022.	Los factores de riesgo obstétricos están asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud de Cebadas, Chimborazo.	Factores de riesgo obstétrico	Edad materna, consumo de sustancias psicotrópicas, violencia intrafamiliar, sector de residencia, riesgos laborales, edad gestacional, paridad, período intergenésico, trimestre de captación, control prenatal, complicaciones durante el embarazo, índice de masa corporal (IMC), talla, antecedentes obstétricos, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares	Revisión de documentos	Guía de revisión de documentos
			Mortalidad materna	Causas de muerte materna directas Causas de muerte materna indirectas		

**Fuente:** Elaboración propia en base a la investigación bibliográfica.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del problema

Existen algunos estudios relacionados a la mortalidad materna como los que se detallan a continuación:

El estudio *“Factores de riesgo asociados a la muerte materna”*, del autor Monjeto (2018) planteo como objetivo: Determinar los factores de riesgo que se asocian a mortalidad materna. Incido que la mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las pacientes.

La metodología aplicada fue un análisis caso-control en la proporción de 1:2 (30:60 pacientes) evaluando la asociación entre los componentes de peligro y la muerte materna, el estudio fue realizado por medio de OR, con intervalos de confianza y comparaciones. Los resultados fueron que, entre las pacientes con muerte materna, los datos más comunes fueron: edad entre 26 y 30 años (23%), educación diversificada (50%), casada/en unión libre (80%) y ciudad de origen de Guatemala (70%), (Montejo, 2018, pág. 9).

Los componentes positivos de peligro encontrados: origen de los apartamentos (OR: 21,45, IC: 2,53-181,58, P 0,0005), escuela primaria (OR: 11,80, IC: 1,31-106, 22, P 0,01), diagnóstico de síndrome HELLP (OR: 8,88, IC: 0,94-83,3, P 0,02) y método realizado como histerorrafia (OR: 4,13, IC: 0, 36-47,52, P 0,26). Finalizó su indagación indicando que los principales componentes de peligro fueron: procedencia de los departamentos por retraso en la derivación al centro de tercer grado, escolaridad primaria por la necesidad de un proyecto educativo acorde a su nivel de escolaridad, diagnóstico de síndrome HELLP por deterioro de esta enfermedad, periodo intergenésico de 1 año por el mayor riesgo de disolución uterina y método realizado como histerorrafia, por lo que es fundamental sistematizar el registro de la mortalidad materna (Montejo, 2018, pág. 9).

Así también el estudio *“Mortalidad materna en el hospital general Latacunga, 2013-2017”* del autor Chasi (2018), planteo como objetivo: Exhibir la magnitud, la razón de la mortalidad materna y su tendencia en el Hospital General de Latacunga durante el periodo comprendido entre los años 2013 - 2017.

Para dar cumplimiento se desplegó un estudio descriptivo, retrospectivo de las muertes maternas en el Hospital General Latacunga, entre los años 2013 a 2017, se construyó un análisis para cada una de las pacientes obstétricas o puérperas que acudieron a la atención obstétrica de urgencia durante todo el periodo de análisis o que tenían algún criterio de morbilidad materna confirmado. Resultados: Se encontró un total de 6 muertes maternas, así como un aumento significativo de la tasa de natalidad; la tasa de mortalidad materna acumulada para este período fue de 4,2. La hemorragia posparto fue la primera causa directa de muerte materna. Conclusiones: El aumento significativo de la natalidad, junto al número de muertes maternas registradas que tuvo como principal causa la hemorragia post parta, y en conjunto con escasos controles prenatales y sin una atención medica profesional por parte de las madres, direccionan a un enfoque preventivo desde la Atención Primaria de Salud para afrontar esta problemática (Chasi, 2018, pág. 12).

La muerte de una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el alumbramiento es una situación inaceptable en cualquier escenario que se muestre y refleja claramente las profundas desigualdades de género, la injusticia social y la pobreza a la que se enfrentan las mujeres. (Bustamante, 2017, pág. 27). Por ello, la mortalidad materna es un problema público que demuestra la vulnerabilidad de las mujeres en contextos socioeconómicos, culturales y de género.

La mortalidad materna está alcanzando proporciones globales, regionales y nacionales en todo el mundo y es particularmente atractiva para los países en desarrollo donde todavía existen muchas causas de mortalidad materna. Según las estadísticas internacionales de salud, Ecuador se encuentra entre las naciones del territorio con un promedio de 3,9 muertes por cada 10.000 nacimientos en 2020 (Ministerio de Salud Pública, 2020, pág. 8).

La secretaria Técnica de Planificación del Ecuador en su informe de avance del cumplimiento de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible 2019, menciona que:

No es casualidad que las mayores tasas de mortalidad materna se encuentren en grupos de mujeres pobres que viven o residen en zonas suburbanas; esto sólo revela la inaccesibilidad a los servicios de salud, la mala atención y una serie de componentes sociales asociados a la exclusión social. Por esta razón, en la última década, minimizar la mortalidad materna se ha visto como una prioridad de connotación mundial, esta reducción representa un enorme desafío, dado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio que los estados miembros de la ONU han postulado para el año 2019 de grandes proporciones, que sólo se puede lograr con actividades específicas y sostenidas que requieren enormes esfuerzos de todos los actores involucrados y

la formulación de tácticas efectivas para prevenirlas (Secretaría Técnica de Planificación Ecuador, 2019, pág. 47).

Así, el quinto objetivo compromete a la sociedad mundial a mejorar la salud materna y, por lo tanto, a reducir al mínimo la mortalidad materna en 3 trimestres durante el período 1990 – 2015, (OMS, 2018, pág. 9). En consonancia con los objetivos propuestos en todo el mundo, en nuestro estado se realizan actividades para mejorar la salud de las mujeres embarazadas y lactantes.

Por otro lado, el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010 que reconoce el derecho fundamental al acceso a la Salud Sexual y Reproductiva, vinculado de manera lógica a la Salud Materna; además los diferentes planes: Plan Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna entre otros esfuerzos que se desarrollan en la actualidad (Ministerio de inclusión Económica y Social, 2018, pág. 7). El estudio abordará las causas de factores de riesgo al respecto utilizando los principios establecidos por la OMS para tratar de profundizar en las verdaderas circunstancias que rodearon a las muertes maternas en cuestión (Karolinski & Mercer, 2017, pág. 87).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Embarazo de riesgo**

El embarazo de alto riesgo es un proceso en el que tanto la madre como el feto tienen la posibilidad de exponerse a un mayor peligro de tener enfermedades, complicaciones y llegar a un estado crítico, incluso la muerte, estas secuelas tienen la posibilidad de aparecer antes o después del nacimiento. Para las mujeres embarazadas, recibir una atención médica y prenatal recurrente y temprana es fundamental para tener un embarazo sin complicaciones y un embarazo saludable (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pág. 5).

### **2.2.2. Definición de muerte materna**

Según la OMS, se define como "la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y su cuidado", pero no por razones accidentales e incidentales" (INEC, 2018, pág. 6).

Esta definición obviamente ubica las muertes dentro del período fisiológico denominado puerperio, sin embargo, existe la posibilidad de que existan condiciones patológicas que perduren en la era y cuyas consecuencias tengan la posibilidad de terminar con la vida de la madre después del período fisiológicamente predeterminado del puerperio; Por esta razón, se incorpora la definición de muertes tardías para conceptualizar las muertes realizadas por razones obstétricas directas o indirectas que



tengan la posibilidad de ocurrir después de los 42 días posparto, sin embargo, antes del año del parto (Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, 2017, pág. 3).

#### 2.2.2.1. *Multicausalidad de la muerte materna.*

En 2005, la Organización Mundial de la Salud sugirió la adopción de una categorización construida por una comisión de trabajo regional, esta definición permite clasificar las razones de la muerte materna en razones directas e indirectas (Carvajal & Ralph, 2018, pág. 34).

***Muerte materna por causas obstétricas directas:*** Tiene relación con las defunciones debidas a complicaciones en relación con el embarazo, parto y puerperio; por aplicación de tratamientos o intervenciones inadecuadas, omisiones en la atención o una secuencia de recursos que se conjugan para desembocar en un desenlace fatal (Bustamante, 2017, pág. 56). Dentro de estas causas se encuentran patologías como la preclamsia, eclampsia, hemorragias o complicaciones derivadas de la cesárea o de anestesia.

***Muerte materna por causas obstétricas indirectas:*** Se trata de muertes similares a una patología preexistente o agravada por el propio embarazo, no por razones obstétricas directas, sino agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Por ejemplo: afecciones renales, cardíacas, neoplásicas (Bustamante, 2017, pág. 57).

***Complicaciones imprevistas del tratamiento o causas no especificadas:*** categorización que se refiere a aquellas situaciones inadvertidas que podrían haber causado o desencadenado eventos que condujeron a la muerte. Para evitar confusiones y facilitar la categorización, los motivos de muerte relacionados con esta categoría se incluyen principalmente en el primer ítem de motivos directos (INEC, 2018, pág. 7).

***Muerte materna incidental o accidental:*** Es la muerte de una mujer durante el proceso de embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales distintas al embarazo o a cualquiera de las otras enfermedades mencionadas como causas indirectas. Estas tienen la posibilidad de ser: accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, lesiones por arma de fuego, homicidio, etc., (Correa, 2019, pág. 67).

Para conocer la tasa de mortalidad materna, hay que relacionarla con la categoría de mujeres que tuvieron estas muertes. Dado que se considera que las muertes maternas ocurren durante el embarazo, el parto o el puerperio, la población de mujeres que experimentan muertes maternas puede ser cada una de las embarazadas, sin embargo, para estas situaciones, los nacidos vivos, las mujeres en edad de

trabajar y las mujeres bajo amenaza de mortalidad materna, todas estas alternativas llevan a las siguientes tasas de mortalidad.

Según el INEC, en 2011 en Ecuador, la mortalidad materna por causas obstétricas directas es del 68,46% del total de muertes en el país, en orden descendente: trastornos hemorrágicos, trastornos hipertensivos, enfermedades infecciosas, abortos y sus complicaciones, anomalías en el parto y otras complicaciones. Las causas obstétricas indirectas representaron el 22,41% del total de muertes maternas en 2011, y "otras causas no especificadas" representaron el 9,13% (22 casos) del total de muertes en ese año (INEC, 2018, pág. 8).

En la literatura mundial, la mortalidad materna es un indicador que señala la falta de acceso y calidad de la atención médica en el sistema de salud, dado que la mayoría de estas muertes se pueden prevenir. El entorno social en el que se desenvuelve la señora, como son: la pobreza, la falta de educación, la falta de servicios básicos, la falta de oportunidades de empleo, entre otros, parecen ser una desventaja social que le impide desarrollarse adecuadamente en la sociedad y agrava la atención debida a los padres, a las autoridades y a ella misma.

La falta de atención pública en todos los sentidos es la causa subyacente de la salud de la madre embarazada; detrás de cada muerte materna hay muchas situaciones sociales, económicas y culturales que las mujeres no han podido superar, lo cual es claramente contrario al mandato constitucional de enfatizar el género como eje transversal de todos los servicios sociales.

Las diversas condiciones que acompañan a la muerte materna están estrechamente ligadas a la violación de los derechos sociales y de salud sexual y reproductiva, por ello, la alta incidencia de muertes maternas en zonas rurales o la presencia en el grupo de mujeres indígenas o afroamericanas -las descendientes- no son casuales, sino que están asociadas a la completa realización de derechos que no se encuentran o ni siquiera se informan sobre las mujeres de ciertas regiones vulnerables de nuestro estado, (Garrido A. B., 2017, pág. 58).

A pesar del aumento del presupuesto gubernamental en los últimos años, en Ecuador, las tácticas adoptadas no parecen tener un mayor impacto en las causas de muerte materna, por el contrario, según los resultados de este análisis, vemos un aumento de las cifras en 2015 y 2021; Por lo tanto, el crecimiento de las inversiones en salud materna no fue una garantía de resolver los inconvenientes sociales asociados a una mujer y su salud (Garrido A. B., 2017, pág. 59).

La maternidad es un proceso hermoso, no exento de complicaciones que pueden presentarse en cualquier momento: embarazo, parto y/o puerperio pudiendo dar al traste con la vida de la madre.

**Tabla 4-1. Factores de riesgo de mortalidad materna extrema.**

Factores	Definición
Quirúrgicas	Son procedimientos distintos al parto o la cesárea, para el manejo de complicaciones obstétricas o de una condición resultante de un compromiso grave de la mujer.
Cesárea de urgencia	Se realiza después de que la madre o el feto hayan estado enfermos, cuando se sospeche el deterioro de la salud del feto (prevenir la pérdida del feto). Puede ser ante-parto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida.
Histerectomía	Es una operación para extraer el útero de una mujer. El útero es donde crece el bebé durante el embarazo. Una histerectomía interrumpirá sus períodos menstruales y no podrá volver a embarazarse.
Obstétricas	Los historiales maternos, cuidados durante el embarazo, estado socioeconómico son algunos de los factores de interés que debe considerarse cuando se valora a la gestante. La prevención y manejo de dicho riesgo mejora la salud materna y ayudara a disminuir la mortalidad perinatal.
Edad mayor o igual 30 años	Según la Organización Mundial de la Salud, la edad materna mayor o igual a 35 años se considera un factor de riesgo medio, a la vez que destaca que el organismo internacional sitúa la edad más segura para el embarazo entre los 20 y los 24 años.
Etapa de puerperio	Es una etapa por la que debe pasar una mujer después de dar a luz. Durante este proceso, una mujer reajustará su cuerpo a los muchos cambios que afectan las hormonas y las nuevas condiciones de la maternidad.
Cesárea	La operación cesárea es una intervención obstétrica clave para salvar vidas, pero su frecuencia ha aumentado desproporcionadamente en la región, generando riesgos innecesarios para las mujeres y sus bebés

**Fuente:** Según autores (Bueno, 2019, pág. 23); (Déu, 2017, pág. 36); (Hernández O. , 2017, pág. 24); (OMS, 2018); (Villanueva, 2019, pág. 39); (Hernández O. , 2017, pág. 86).

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

### 2.2.3. Riesgo obstétrico

El embarazo suele considerarse un acontecimiento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, es un acontecimiento extraordinario que debe esperar, ya que puede causar la muerte o una enfermedad prolongada tanto en la madre como en el recién nacido. Los embarazos de alto riesgo representan el 20-30% de cada mujer embarazada y son la causa del 70-80% de la mortalidad perinatal (Ascensión, 2019, pág. 65).

El triunfo del control prenatal radica en la detección precoz de las gestantes con recursos peligrosos. Se les aplican los costos clínicos y se planifican los cuidados adecuados para evitar o minimizar las enfermedades maternas y perinatales.

**Factor de riesgo:** Se reconoce como un factor que contribuye directa o indirectamente al desarrollo normal del feto, al estado de la madre o a ambos. La identificación precoz de los elementos de peligro, seguida de una gestión adecuada, puede prevenir o perjudicar los resultados perinatales adversos. Los elementos de peligro son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, pues ya existe la posibilidad de que en una embarazada confluyan diferentes elementos que afecten en mayor medida al producto (Malvino, 2018, pág. 79).

**La valoración del riesgo:** Se trata de un proceso dinámico, ya que puede aumentar, disminuir o mantenerse sin fluctuaciones, de ahí la necesidad de evaluar constantemente el estado de cada embarazada. Embarazo de alto riesgo El embarazo de alto riesgo se define como un embarazo que aumenta la probabilidad de aborto espontáneo, mortinato, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, trastornos cardiopulmonares o metabólicos al nacer, enfermedades del feto o del recién nacido, malformaciones congénitas, retraso mental u otras enfermedades (Dulay, 2020, pág. 78).

El enfoque del riesgo se basa en la medición de esta probabilidad. El enfoque del riesgo se basa en la suposición de que la enfermedad se producirá en menor número y con menos efectos de forma continuada y que la justificación de los elementos de riesgo se desarrollará para facilitar medidas preventivas eficaces.

El coste y el precio del elemento de riesgo para la medicina preventiva dependen del tipo de enfermedad en la sociedad, la frecuencia del factor de riesgo en la sociedad y la posibilidad de prevenirlo. El grado de agrupación se define por lo que se denomina riesgo relativo, que expresa la frecuencia con que se crea la enfermedad en los individuos que tienen el componente de riesgo en relación con su aparición en los individuos que no tienen el factor de riesgo; representa un peligro personal (Colin, 2018, pág. 75).

La consideración del precio relativo del riesgo es necesaria para el obstetra responsable de la atención directa de una determinada mujer embarazada. La frecuencia del componente de peligro en la sociedad sirve de base para determinar el peligro atribuible, que tiene en cuenta no sólo el peligro relativo del elemento de peligro, sino también su frecuencia. El peligro atribuible expresa la vulnerabilidad en la sociedad y su comprensión es importante para las causas sanitarias de un área, municipio o provincia, ya que tienen que reducir la prevalencia de los elementos de riesgo en la población (Carvajal & Ralph, 2018, pág. 46).

La interacción de un elemento de peligro definido con un mal específico puede ser de tres tipos:

**Relación causal:** El elemento de riesgo inicia el proceso de patología. Ejemplos: la placenta previa provoca la muerte del feto por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo provoca trastornos congénitos (Organización Mundial de la Salud, 2014, pág. 3).

**Relación favorecedora:** En ella hay una franca interacción entre el elemento de peligro y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la multiparidad masiva beneficia al caso transversal y al prolapso del cordón umbilical. Interacción predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esta interacción. Ejemplo: una mujer que ya ha perdido un feto o un recién nacido tiene más riesgo de perder a su siguiente hijo (Rigol, 2019, pág. 79).

No todos los elementos de riesgo son causales. Los acontecimientos que preceden a otros no los causan exactamente. De hecho, la mayoría de los elementos de riesgo tienen una relación facilitadora, por lo que debe haber un resultado intermedio entre el componente de riesgo y el resultado final (daño), sin el cual el daño no se produciría. Reconocer y prevenir este resultado intermedio es el objetivo del asesoramiento prenatal para pacientes con elementos de riesgo. Este criterio resume un grupo diferente de embarazos y la incidencia varía entre el 15 y el 60% según el criterio obstétrico (Rigol, 2019, pág. 45).

La comparación de la evolución entre grupos de embarazadas peligrosas y típicas aclara un hecho fundamental: los accidentes perinatales también se generan en el conjunto de embarazadas a priori designadas como clásicas, es decir, no hay embarazos sin riesgo potencial.

#### **2.2.4. Riesgos preconceptionales**

Las categorías no son diagnósticos precisos de patologías, sino categorías que sirven para decidir la acción o el procedimiento adecuado. Hay dos formas probables de clasificar el riesgo previo al embarazo según las tácticas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI):

##### *2.2.4.1. Ante posible embarazo, riesgo materno fetal:*

#### **Factores biológicos**

Edad de 35 años, enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, anemia, asma, convulsiones, colagenopatías: síndromes antifosfolípidos, lupus (Ministerio de Salud del Salvador, 2018, pág. 6).

## **Factores de riesgo sociodemográficos**

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), mencionan que son factores de riesgo que reprimen que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son (pág. 57).

- La pobreza
- La distancia
- La falta de información
- La inexistencia de servicios adecuados
- Las prácticas culturales

El 85% de las muertes son prevenibles; La falta de saneamiento, la pobreza, la desnutrición y la falta de conocimiento siguen siendo factores que aumentan la alta tasa de mortalidad materna (Mazza, Vallejo, & González, 2017, pág. 57).

## **Factores gineco-obstétricos**

Según el autor menciona que Arbaiza, (2015), los factores ginecoobstétricos:

- Multiparidad (tres o más embarazos), intervalo menor de 2 años entre embarazos, cirugías ginecológicas, cesáreas, cerclaje, desgarro vaginal, miomectomía, cirugía de piso pélvico, cono loor (pág. 45).
- Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos, antecedentes de muertes prenatales, antecedentes de hijos con bajo peso al nacer o peso mayor de 4000 gr.
- Antecedentes de prematuridad o defectos de nacimiento, flujo vaginal maloliente o picor vaginal.
- No se ha realizado citología, toma de citología hace más de 2 años, estado nutricional: IMC menor de 18.5 o mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>.
- Hemoglobina menor de 11 g/dl o palidez intensa, dolor en alguna pieza dental, sangrado en las encías, RPR positivo, VIH positivo RH negativo, infección de vías urinarias a repetición, cáncer, presión arterial mayor de 140/90 o hipertensión crónica, trombosis venosa profunda, grado de consanguinidad con la pareja de los 3 primeros grados (padres, hermanos, tíos).
- Factores psicosociales, hábitos dañinos para la salud: fumar, consumo de alcohol y otras drogas. Trastornos de alimentación: anorexia, bulimia, violencia de género: maltrato físico o sexual. Trastornos mentales: psicosis, depresión, esquizofrenia, entre otros.

## **2.2.5. Antecedentes obstétricos**

### **2.2.5.1. Complicaciones o eventos de interés ocurridos en embarazos anteriores.**

La Preeclampsia- eclampsia es una de las complicaciones que pueden manifestarse durante el embarazo, el parto o el puerperio y que aumenta la morbilidad y la mortalidad materna perinatal y neonatal, siendo estas enfermedades las primeras razones de muerte materna en el territorio y una de las principales razones de mortalidad materna. Internacional. muerte (Lino, 2019, pág. 59).

#### **Preeclampsia**

La Preeclampsia es una patología propia del embarazo. Se expone debido a la hipertensión y a la disfunción de múltiples órganos. Es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en la mayor parte del mundo.

No se trata de una simple patología hipertensiva, sino de un trastorno causado por componentes que dependen de la existencia de la placenta. La primera diana de la placenta es el endotelio vascular, por lo que las complicaciones asociadas al sistema vascular permanecen, es decir: coagulación intravascular, hemorragia e hipoperfusión, en primíparas se repite 6-8 veces más que en multíparas. Algunos autores niegan esto último, excepto cuando el embarazo es de una pareja completamente nueva o cuando se asocia a otros componentes de riesgo no presentes en embarazos anteriores, como hipertensión crónica, diabetes mellitus, edad mayor de 35 años y embarazos múltiples, entre otros (Acosta, 2017, pág. 38).

#### **Eclampsia**

La eclampsia es una patología que se produce durante el embarazo y se caracteriza por la aparición de una o varias convulsiones generalizadas que no pueden atribuirse a ninguna otra causa y/o la aparición de un coma asociado a la preeclampsia. La eclampsia puede producirse en cualquier momento, desde el segundo trimestre del embarazo hasta el posparto. Durante mucho tiempo se pensó que era el resultado final de la preeclampsia (de ahí su nombre), pero ahora las convulsiones se consideran una manifestación de la preeclampsia grave y no una patología independiente.

La eclampsia sigue siendo una causa recurrente de mortalidad materna. Se produce en 1 de cada 1000 embarazos y en 2 de cada 100 preeclampsias graves si la mujer no está tomando profilaxis anticonvulsiva (tratamiento preventivo para evitar las convulsiones). La incidencia de la eclampsia en la preeclampsia moderada es del 0,5%. La eclampsia rara vez se produce antes de la 20ª semana de embarazo. El 50% de los casos surgen entre la semana 20 y la 37, un tercio después de la semana 37,

durante el parto y en las primeras 48 horas después del nacimiento y el resto de los casos después de las 48 horas después del nacimiento.

### **Síndrome de Hellp.**

El síndrome HELLP se caracteriza por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. Representa una complicación grave de la preeclampsia. Aproximadamente del 15 a 20 por ciento de los pacientes con síndrome de HELLP no tienen hipertensión o proteinuria, por lo que puede tratarse de un trastorno separado de la preeclampsia. Tanto la preeclampsia con signos de gravedad y síndrome de HELLP pueden estar asociados con disfunción hepáticas grave, incluyendo infarto, hemorragia y rotura hepática (Acosta, 2017, pág. 76).

#### *2.2.5.2. Complicaciones o eventos de interés ocurridos durante el puerperio*

### **Hemorragias postparto**

“La hemorragia posparto es la pérdida de sangre de > 1000 ml o acompañada de síntomas o signos de hipovolemia en las 24 horas posteriores al nacimiento. El diagnóstico es clínico. El tratamiento depende de la etiología de la hemorragia” (Moldenhauer, 2020, pág. 2).

La causa más frecuente de hemorragia posparto es:

- Atonía uterina

Los factores de riesgo para la atonía uterina incluyen:

- Sobre distensión uterina (causada por embarazo multifetal, polihidramnios, anomalía fetal o macrosomía fetal)
- Trabajo de parto prolongado o disfuncional
- Gran multiparidad (parto de  $\geq 5$  fetos viables)
- Anestésicos relajantes
- Trabajo de parto rápido
- Infecciones intraamnióticas (corioamnionitis)

Otras causas de hemorragia posparto incluyen

- Laceraciones del tracto genital
- Extensión de una episiotomía
- Rotura uterina
- Trastornos hemorrágicos



- Tejidos placentarios retenidos
- Hematoma
- Inversión uterina
- Infección intraamniótica

### **Atonía uterina**

Desde el departamento de obstetricia, argumentan que la atonía uterina se produce una vez que el útero no logra una contracción positiva, los vasos que intercambiaban sangre entre la madre y el recién nacido que se interpusieron en la placenta quedan abiertos, y esto produce una pérdida que a veces es moderada y a veces severa, y puede llevar a la muerte de la madre (Almudí, 2017, pág. 48).

Es tan fundamental que la OMS asegura que una señora puede tener a su bebé donde quiera, sin embargo, para el parto es necesario contar con oxitocina exógena además de la que la señora fabrica para que no cause atonía (OMS, 2018, pág. 8).

La atonía uterina es la ausencia de contracción de las fibras miométriales del músculo liso, al no haber contracción, los vasos sanguíneos quedan expuestos y por lo tanto hay pérdida de sangre, es decir, una pérdida de más de 1000 mililitros de sangre, dicha falta de tono impide la contracción tras el parto y un consecuente retraso en su involución tras el mismo (Checa, 2019, pág. 107).

Es fundamental destacar que cuando la madre expulsa el feto y la placenta, se realiza una fundamental, que se apoya en una potente contracción uterina cuya funcionalidad es el cierre de los vasos sanguíneos del útero, lo que permite que la hemorragia sea mínima. en la madre Una vez que no se genera este proceso, surge la atonía uterina o inercia que puede tener consecuencias fatales para la parturienta, prevaleciendo como una de las 3 principales causas de mortalidad materna en el planeta. Y es la segunda causa de muerte en el Ecuador, con una frecuencia del 70% (Checa, 2019, pág. 27).

### **Preeclampsia**

La preeclampsia es una complicación del embarazo que se caracteriza por una presión arterial alta y signos de enfermedad en otro sistema de órganos, más comúnmente el hígado y los riñones. Principalmente, la preeclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial era normal. Si no se trata, la preeclampsia puede causar complicaciones graves e incluso mortales para usted y su bebé. Si tienes preeclampsia, el procedimiento más eficaz es dar a luz. Incluso después de dar a luz, sentirse mejor puede llevar un tiempo (s.f., pág. 46).

Entre las complicaciones de la preeclampsia se incluyen las siguientes:

**Tabla 5-2.** *Complicaciones de la preeclampsia.*

<b>Complicaciones</b>	<b>Definición</b>
Restricción del crecimiento fetal	La preeclampsia afecta a las arterias que suministran sangre a la placenta. Si la placenta no recibe la cantidad suficiente de sangre, el bebé puede recibir un nivel inadecuado de sangre y oxígeno, y menos nutrientes.
Nacimiento prematuro	Si tienes preeclampsia con características graves, es posible que debas adelantar el parto para salvar tu vida y la de tu bebé. Si el bebé nace prematuro, puede tener problemas respiratorios o de otro tipo.
Desprendimiento de placenta	La preeclampsia aumenta el riesgo de tener desprendimiento de la placenta, un trastorno que consiste en la separación de la placenta de la pared interior del útero antes del parto.
Síndrome de HELLP	El síndrome de HELLP, cuyas siglas significan hemólisis (la destrucción de los glóbulos rojos), aumento de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas, es una forma más grave de la preeclampsia y puede poner en riesgo rápidamente tu vida y la de tu bebé.
Eclampsia	Si la preeclampsia no se controla, es posible que se desarrolle eclampsia, que es, en esencia, una preeclampsia con convulsiones. Es muy difícil predecir qué pacientes tendrán una preeclampsia lo suficientemente grave para convertirse en eclampsia.
Daño a otros órganos	La preeclampsia puede dañar los riñones, el hígado, los pulmones, el corazón o los ojos, y causar un accidente cerebrovascular u otra lesión cerebral. La cantidad de lesiones causadas a otros órganos depende de la gravedad de la preeclampsia.
Enfermedad cardiovascular	Tener preeclampsia puede aumentar el riesgo de presentar enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos (cardiovasculares) en el futuro. El riesgo se vuelve incluso mayor si has tenido preeclampsia más de una vez o si tuviste un parto prematuro.

**Fuente:** Elaboración propia, con base a la revisión bibliográfica documental del autor (Mayo Clinic, 2019).

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

### **2.2.6. Complicaciones obstétricas**

Las complicaciones obstétricas se refieren a las alteraciones y trastornos que se sufren a lo largo del embarazo, el parto y el alumbramiento, así como en el periodo neonatal inicial. El primer elemento de peligro durante el embarazo es la edad, ya que esta variable puede permitir un desarrollo fetal óptimo o un desarrollo altamente peligroso capaz de amenazar la vida de ambos seres (Fawed, y otros, 2018, pág. 37).

#### **2.2.6.1. Factores de riesgo inminente**

Según Hernández (2017), indica que existen “diversos estudios consultados sobre factores de riesgo de morbilidad materna extrema y muerte materna arrojan múltiples factores como la edad, el número de embarazos, la edad gestacional, entre otros, pero todos coinciden en la cesárea como un importante factor” (pág. 40).

Se muestra que según el Ministerio de Salud Pública (2021) registro en la revista epidemiológica de muertes maternas es 51 que las principales razones de MM son: Trastornos hipertensivos; Sepsis; Hemorragias obstétricas y causas indirectas (pág. 6).

**Tabla 6-2.** *Distribución de las muertes maternas obstétricas directas según su causa.*

Causas de muerte materna directas	<b>Trastornos hipertensivos del embarazo</b>
	<b>Hemorragias</b>
	Atonía
	Desprendimiento prematuro de placenta
	Aborto
	Enfermedad trofoblástica
	Embarazo ectópico
	Retención de restos ovulares
	Desgarro cervical
	Acretismo placentario
	<b>Sepsis</b>
	Puerperal
Aborto séptico	
Miocardiopatía periparto	
Embolia de líquido amniótico	

**Fuente:** Elaboración propia en base a un estudio bibliográfico documental información proporcionada por el autor (Loyo, y otros, 2018).

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

## Los trastornos hipertensivos

La preeclampsia es un trastorno multisistémico del embarazo y el puerperio con una incidencia aproximada del 6% al 8% de todos los embarazos y se refiere a la morbilidad materna extrema, que se define como una complicación obstétrica grave que requiere atención médica urgente para evitar la muerte materna, una de las complicaciones más comunes - el síndrome HELLP, entre otras complicaciones cercanas a la muerte, hematoma subcapsular hepático, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de la placenta y otras. La preeclampsia es la hipertensión arterial que se diagnostica durante el embarazo después de una semana 20 (Loyo, y otros, 2018, pág. 81).

## Hemorragias obstétricas

En la actualidad, la HPP se define como una pérdida de sangre de gran volumen que provoca cambios hemodinámicos. El consenso en el momento en que se muestra la hemorragia obstétrica puede clasificarse en hemorragia contra el parto (HAP) y hemorragia posparto (HPP). La HPP puede causar mortalidad a corto plazo, ya que el 88% de las muertes por HPP se producen en las primeras 4 horas.

Por lo tanto, aunque es esencial integrar las prácticas de prevención, la hemorragia obstétrica es una emergencia que requiere una actuación inmediata e integral gracias a un equipo multidisciplinar de gestión del trauma, así como a la disponibilidad de productos sanguíneos (Asturizaga & Toledo, 2014, pág. 57).

Las principales causas de MM en los países en desarrollo son las hemorragias y la hipertensión arterial, que representan el 50% en su grupo. La hemorragia posparto (HPP) causa el 35% de todos los MM. La OMS ha estimado en 20 millones el número anual de complicaciones maternas por HPP (Ministerio de Salud Pública, 2021, pág. 7).

Las principales razones de tan alta tasa son: la falta de ingresos de personal capacitado y la práctica incorrecta del funcionamiento activo de los iluminados. Se cree que alrededor de 14 millones de mujeres experimentan pérdidas agudas de sangre durante el parto, de las cuales el 1% muere y el 12% desarrolla anemia aguda (Asturizaga & Toledo, 2014, pág. 68). En el punto de atención de la paciente en los servicios de salud, el retraso en el reconocimiento de la hipovolemia y la reposición errónea de volumen son la principal causa de MM.

La pérdida de volumen sanguíneo a un ritmo superior a 150 ml/min (que en 20 minutos provocará una pérdida del 50% del volumen), que puede producirse durante el embarazo o el puerperio, superando los 500 ml, en el posparto o los 1000 ml tras la cesárea, (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 9).

## **Sepsis**

La sepsis es un síndrome clínico caracterizado por cambios en las funciones orgánicas, biológicas y bioquímicas, resultantes de una respuesta alterada y exagerada a los procesos infecciosos. Puede causar falla multiorgánica e incluso la muerte. Comienza con una infección en cualquier parte del cuerpo que puede causar bacteriemia, continuarse hacia sepsis y el choque séptico y si existen complicaciones son un síndrome de disfunción multiorgánica (MODS) e incluso provocar la muerte. Las principales causas de sepsis durante el embarazo son la pielonefritis y la corioamnionitis, mientras que en el puerperio se incluyen las infecciones del tracto genital y la endometritis. La sepsis aumenta la morbimortalidad materno perinatal y neonatal y es la tercera causa de muerte materna a nivel mundial y nacional; por eso es fundamental evitar que se presente para optimizar la predicción durante la gestación y en el puerperio.

La sepsis es un síndrome clínico caracterizado por cambios en las funcionalidades orgánicas, biológicas y bioquímicas, resultantes de una respuesta alterada y exagerada a los procesos infecciosos. Puede causar un fallo orgánico múltiple e incluso la muerte. Comienza con una infección en cualquier parte

del cuerpo que puede causar bacteriemia, continuar hasta la sepsis y el shock séptico y, si hay complicaciones, son un síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDMO) e incluso causar la muerte. Las principales causas de sepsis durante el embarazo son la pielonefritis y la corioamnionitis, en las que se integran infecciones del tracto genital y endometritis en el puerperio (Rojas, Rojas, Villagomez, Rojas, & Rojas, 2019, pág. 47). La sepsis aumenta la morbilidad y mortalidad materna perinatal y neonatal y es la tercera causa de muerte materna a nivel mundial y nacional; Por esta razón, es importante evitar su aparición para mejorar el pronóstico a lo largo del embarazo y en el puerperio.

### **Causas indirectas**

Muertes obstétricas indirectas: son las que resultan de una patología existente antes del embarazo de una patología que evoluciona a lo largo del mismo, no debida a una causa obstétrica directa, pero aún agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (Ministerio de Salud Pública, 2021, pág. 1).

Son el efecto de una condición anterior al embarazo, al parto o al puerperio y que no se deben a razones obstétricas directas, aunque se hayan agravado por los efectos fisiológicos del embarazo. Algunos ejemplos son las patologías cardiovasculares, la tuberculosis, el VIH/SIDA, la anemia, la malaria, etc. Para ello, también se consideran los casos de suicidio durante el embarazo o el posparto (Correa, 2019, pág. 18).

#### *2.2.6.2. Otros factores de riesgo*

**Estado de riesgo:** Es un elemento endógeno de la madre y producto de la gestación, que incluye el estado nutricional (anemia, desnutrición y obesidad), el número de partos, el corto periodo interparto, la edad avanzada, la juventud y las patologías subyacentes como la diabetes, la hipertensión arterial, las cardiopatías, la tuberculosis, el sida, el tabaquismo, el abuso de alcohol y drogas (Lizardo, 2018, pág. 38).

**Vulnerabilidad:** Es producto de la ausencia o limitación de un conjunto de condiciones protectoras, objeto de derechos sociales que reducen la capacidad de la madre y su familia para anticiparse a los peligros del embarazo, el parto, el origen, el crecimiento y el desarrollo, e incluyen ubicaciones geográficas, componentes socioeconómicos, culturales, educativos y de protección de la salud. (Montejo, 2019, pág. 95).

Ellos son: Geográficas, como la residencia en regiones remotas, con problemas de transporte y carreteras en mal estado, que constituyen una barrera fundamental para la probabilidad de acceder a los servicios sanitarios de manera oportuna (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pág. 7).

Socioeconómicas, culturales y educativas que se relacionan no sólo con la falta de dinero, sino también con el desempleo, la falta o baja escolaridad y la falta de un hogar adecuado, en condiciones de hacinamiento y mala salubridad, falta de una pareja que dé apoyo y protección (Montejo, 2019, pág. 103).

Sanitario, se refiere a las debilidades en la organización de la salud, que establece limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la posibilidad y la calidad de la atención y los componentes protectores de la Salud: representados por el grupo de derechos sociales, el hogar, los espacios saludables, la recreación, des Transporte, la salud, la educación, la nutrición, el trabajo, la estabilidad social en el marco de la justicia y la igualdad (Montejo, 2019, pág. 107).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) proporcionan un centro de atención obstétrica integral y 4 centros de atención obstétrica primaria por cada 500.000 personas. Para evitar los peligros de reducir la colaboración, es importante contar con un sistema sanitario que gira  $RMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 100.000$  habitantes, matice la provisión de suministros, kits e infraestructuras, así como un sistema de comunicación, circulación y transporte eficaz y eficiente. Las familias y las sociedades deben ser capaces de reconocer las complicaciones y fomentar la mediación una vez que la madre o el niño siguen estando en riesgo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pág. 7).

Estos componentes de riesgo pueden ser responsables del 75% de la morbilidad y mortalidad fetal en todo el mundo. Por lo tanto, la identificación y el control tempranos de los componentes de riesgo son esenciales para abordar las dificultades médicas y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con una asignación adecuada, para priorizar el nivel de atención y vigilar los componentes de riesgo, si están presentes, son de tipo modificable o no modificable (Rodríguez, 2019, pág. 17).

### **2.2.7. Indicadores para medir la mortalidad materna**

El indicador más común para explicar el riesgo de muerte por embarazo es la tasa de mortalidad materna (TMM), que requiere información sobre el número de muertes maternas (el numerador) y el número de nacidos vivos (el denominador) para cada conjunto y periodo que sea comparable (Montejo, 2019, pág. 67).

Razón de mortalidad materna:

$$RMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nº de nacidos vivos}} \times 100\,000 \text{ hab.}$$

Tasa de mortalidad materna:

$$\text{TMM} = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nº de mujeres en edad fértil (15 a 49 años)}} \times 100\,000 \text{ hab.}$$

El mayor peligro de mortalidad materna corresponde a las jóvenes menores de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte de las mujeres jóvenes en la mayoría de los países en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 años o más se asocia a un mayor riesgo de exposición a una secuencia de enfermedades típicas del embarazo y a una mayor frecuencia de enfermedades maternas crónicas, lo que se traduce en una mayor posibilidad de muerte materna y perinatal (Correa, 2019, pág. 19).

### 2.2.8. *Medidas de prevención*

Montejo (2019), menciona algunas de las medidas de prevención, tales como:

- Proporcionar a los Comités de Prevención de la Muerte Materna y Perinatal toda la información esencial y de forma adecuada para realizar el estudio y tomar medidas preventivas.
- Realizar una vigilancia comunitaria de la mortalidad materna para identificar las zonas de alto riesgo.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en los establecimientos de salud.
- Proporcionar asistencia técnica a las redes para que los grupos de EAV puedan reforzar sus capacidades.
- Participación activa en los comités de prevención de la muerte materna y perinatal (pág. 46).

### 2.3. **Marco conceptual**

**Base de datos:** Es un conjunto de datos organizados en campos y registros, almacenados de forma sistemática y que poseen la característica de pertenecer a un tema específico.

**Defunción:** Es la desaparición total y persistente de cualquier símbolo de vida en cualquier persona según el origen, sin probabilidad de resurrección.

**Mortalidad materna:** La mortalidad materna es una tragedia para las mujeres y sus familias, así como para los profesionales y la sociedad.

**Embarazo:** Proceso fisiológico que comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y termina con el parto.

**Embarazo de riesgo:** Un embarazo de alto riesgo es aquel que pone en peligro la salud o la vida de la madre o del feto.

**Embarazo de alto riesgo:** Es un proceso en el que tanto la madre como el feto tienen la oportunidad de enfrentarse al mayor peligro de enfermedades, complicaciones y de llegar a un estado crítico, incluso la muerte. Estas consecuencias pueden producirse antes o después del nacimiento.

**Vulnerabilidad:** Es el producto de la ausencia o limitación de un conjunto de condiciones de protección, objeto de derechos sociales, que reducen las de la madre y su familia para anticiparse a los peligros del embarazo, el parto, el origen, el incremento y el desarrollo e incluye la protección geográfica, socioeconómica, los componentes culturales, educativos y sanitarios.

**Complicaciones obstétricas:** Está relacionada con las alteraciones y los trastornos que se producen a lo largo del embarazo, el parto y el alumbramiento, así como en el periodo neonatal inicial.



## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo o diseño de investigación

De acuerdo con el enfoque, el análisis se clasificó como mixto debido al equilibrio entre los recursos cualitativos y cuantitativos a lo largo del proceso. Se analizaron los cambios de los dos tipos, y el estudio de los datos recogidos en las historias clínicas también requirió un procesamiento estadístico y una interpretación discursiva. De acuerdo con Hernández (2019), esto permite un uso óptimo de la información (pág. 58).

Dado el importante procedimiento utilizado, se esperaba que fuera observacional o no empírico ya que los autores no intentaron hacer cambios en el fenómeno estudiado a través de la manipulación de las variables. Dorantes (2018) dice que los autores no necesitan un control directo sobre los cambiadores independientes (pág. 102).

La forma de recolección de los datos permitió identificarlos como bibliográficos o documentales, ya que provienen de Notas escritas y de campo, ya que fueron recolectados en el lugar donde ocurrió el fenómeno (Serrano, 2020, pág. 42)

El alcance del análisis permitió clasificarlo como detallado, ya que se centró en la caracterización del objeto de análisis en un entorno definido a través de una interpretación metódica de la situación.

#### 3.2. Población de estudio

A lo largo del proceso de investigación se trabajó con las 50 mujeres embarazadas atendidas en Salud Cebadas, que se encontraban en el tercer trimestre de gestación y dieron a luz a lo largo del periodo comprendido entre agosto de 2021 y enero de 2022. La elección capturada fue trabajar con la integridad de la población, para lo cual no fue necesario elegir una muestra.

#### 3.3. Métodos de investigación

Las investigadoras emplearon diversos métodos del nivel teórico:

- Lógico-práctico: para la organización del proceso investigativo, la elección según las necesidades contextuales y la interpretación de los datos.

- Inductivo - deductivo: lo largo de la caracterización de las particularidades de los componentes del peligro obstétrico en el campo de análisis para luego llegar a conclusiones respecto a este fenómeno, de la misma manera que lo explica Serrano (2020).
- Lógico-abstracto: al detectar y explicar los rasgos fundamentales de la peligrosidad obstétrica dentro de Salud Cebadas durante el periodo comprendido entre agosto de 2021 y enero de 2022.
- Analítico-sintético: al establecer la fundamentación teórica sobre el objeto de análisis abordado desde diferentes enfoques teóricos y al sacar conclusiones de las irregularidades observadas en el fenómeno (pág. 87).

Los datos primarios se recolectaron mediante la técnica de revisión documental (historias clínicas de los pacientes que conformaron la población de estudio), para lo cual fue necesario el diseño del registro correspondiente.

Además, se utilizaron Notas secundarias para recolectar información sobre experiencias empíricas, fundamentos teóricos y normativos a partir de bases de datos, informes, artículos, repositorios digitales, documentos que rigen el proceso de atención en salud en Ecuador y las leyes de ese estado.

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos primarios se recolectaron mediante la técnica de revisión documental (historias clínicas de los pacientes que conformaron la población de estudio), para lo cual fue necesario el diseño del registro correspondiente.

Además, se utilizaron Notas secundarias para recolectar información sobre experiencias empíricas, fundamentos teóricos y normativos a partir de bases de datos, informes, artículos, repositorios digitales, documentos que rigen el proceso de atención en salud en Ecuador y las leyes de ese estado.

### **3.5. Cuestiones éticas**

La encuesta contó con la aprobación científica y metodológica de la Dirección de Estudios de Posgrado de la preeminente Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; además de obtener la aceptación de la dirección del centro de salud de Cebadas para la recolección de los datos, que se realizó respetando el anonimato de los pacientes cuyas historias clínicas fueron seleccionadas. La información obtenida no tuvo ningún uso maligno.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El procesamiento de los datos recolectados permitió establecer una caracterización del fenómeno estudiado, permitiendo diseñar el plan de educación para la salud de las embarazadas.

#### 4.1. Análisis de historias clínicas

**Tabla 7-4.** *Edad de la gestante.*

Edad materna	N°	%
< 19	23	46
19 – 35	9	18
>35	18	36
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas.

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

Entre las gestantes del entorno de análisis, predominaron las que se encontraban en edades de riesgo: las menores de 19 años (46%), las mayores de 35 años (36%) y las que se encontraban entre 19 y 35 años (18%) lo que constituye un componente fundamental a tener en cuenta a lo largo del diseño del proyecto educativo (**Tabla 7-4**).

Soto (2017) menciona muchas razones para el embarazo en los jóvenes: inicio de una vida sexual activa en las primeras etapas del desarrollo del sujeto, uso inadecuado o no aplicación de procedimientos anticonceptivos, insuficiente información sobre la sexualidad, bajo nivel educativo y/o económico, falta de proyección de futuro que se refleja en sus expectativas, imagen distorsionada y/o devaluada de la mujer, malestares emocionales que se expresan en sentimientos de soledad y rechazo, entre otros (pág. 87).

La existencia de componentes fisiológicos, psicológicos y sociales refuerza la vulnerabilidad de las edades mencionadas como peligrosas para el embarazo. En la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública (GPC-MSP) (2019) se establece que los extremos de la edad fértil en la mujer son los más peligrosos para el embarazo: menores de 19 años (con acento en menores de 14) y mayores de 35 (pág. 56).

**Tabla 8-4.** *Estatura en cm de la embarazada.*

Talla	N°	%
< 145 cm	15	30
> 144 cm	35	70
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

La **Tabla 8-4**, indica la estatura en centímetros de la embarazada, siendo esta la de mayor porcentaje con un 70% que corresponde a las mujeres que miden más de 144 cm y mientras tanto el resto con el 30% está en un rango de menor a 145 cm.

La baja estatura en el embarazo se ha relacionado con ciertas molestias durante la gestación, el parto y el posparto, como: En este último aspecto, Soto et al. encuentra que existe un riesgo 1,55 veces mayor de bajo peso al nacer cuando la madre mide < 155 centímetros; otro análisis revela una agrupación con un bajo índice de Apgar en el origen (Munares & Gómez, 2018, pág. 16).

**Tabla 9-4.** *Actividades diarias (labores en el campo) - riesgo laboral.*

Riesgos laborales	N°	%
Si	36	72
No	14	28
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

El 72% de las embarazadas asociadas reportaron haber desarrollado ocupaciones riesgosas para su salud y la del feto relacionadas con diversas ocupaciones agrícolas: trabajos pesados, manipulación manual, posturas forzadas y exposición a sustancias químicas (fertilizantes y plaguicidas) donde el 28% no experimentó ningún peligro que pudiera afectar el embarazo, (**Tabla 9-4**).

Se recomienda que las embarazadas eviten trabajar en lugares altos o inestables y manipular sustancias químicas (incluso durante la lactancia) (Torrón, 2019, pág. 36). Durante el primer trimestre existe el mayor riesgo de que se produzca un legrado espontáneo, gracias a la susceptibilidad de crecimiento y formación del feto, ya que las adaptaciones del cuerpo de la mujer aún son recientes, además de aumentar la posibilidad de crear un embarazo ectópico (Página web Vaico Medical , 2021, pág. 68).

El artículo 332 del Cuerpo Constitucional del Ecuador establece que la mujer embarazada está protegida en todas las etapas relacionadas con su estado de gestación por una protección constitucional especial

impartida por una seguridad sindical reforzada destinada a evitar cualquier tipo de discriminación y a proteger la integridad de su salud y la de su hijo o hija por nacer (Avila, 2020, pág. 72)

El CPG-MSP (2016) identifica diferentes componentes de la vulnerabilidad sindical: la permanencia en pie (más de 3 horas por turno), el levantamiento de objetos pesados, el ruido excesivo, la alimentación inadecuada por falta de tiempo, el tabaquismo pasivo, las actividades combinadas que implican estar de pie durante 4 horas o más en cualquier momento requieren, el estrés mental, la duración en un ambiente frío y lo anterior.

**Tabla 10-4.** *Uso de sustancias psicoactivas.*

Consumo de sustancias psicotrópicas	Nº	%
Si	44	88
No	6	12
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

El estudio de los datos reflejados en las historias clínicas permitió identificar una situación preocupante para la salud de las mujeres embarazadas en el entorno estudiado: el 88% de las embarazadas refirió haber consumido sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco en exceso, mientras que sólo el 12% no consumió sustancias psicoactivas durante el embarazo (**Tabla 10-4**).

Reche (2018) menciona que las sustancias psicoactivas son especialmente perjudiciales tanto para la madre como para el feto a lo largo del embarazo, aumentando el riesgo de algunas complicaciones y patologías (pág. 78). El GPC-MSP (2019) sugiere que sustancias como el alcohol, el tabaco y otros psicofármacos atraviesan inmediatamente la placenta y, sobre todo, producen cambios en el desarrollo del sistema nervioso central y del sistema cardíaco, provocando una restricción del crecimiento intrauterino y el aumento del riesgo de parto prematuro (pág. 9). Las consecuencias de esta respuesta van más allá del origen y afectan a la aparición de problemas de conducta y aprendizaje.

**Tabla 11-4.** *Índice de masa corporal (IMC).*

IMC	Nº	%
Bajo: < 18,5	8	16
Normal: 18,5-30	23	46
Alto: > 30	19	38
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

Según los datos presentados en la **Tabla 11-4**, obtenidos a partir del peso y la talla de la embarazada, el mayor porcentaje es del 46% con un índice de masa corporal típico de 18,5 a 30, el 38% tiene una puntuación alta y sólo el 16% tiene una puntuación baja < 18,5.

La dieta de la madre durante el embarazo es un factor importante para el correcto crecimiento fetal y el acondicionamiento para la lactancia (Awad & Jubiz, 2018, pág. 48). La presencia de bajo peso genera diferentes riesgos: amenorrea, infertilidad, falta de peso del recién nacido, parto prematuro y anemia. En esos casos, el manejo nutricional interdisciplinario debe iniciarse seis meses antes del embarazo de ser posible (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 7).

La dieta materna a lo largo del embarazo es un elemento fundamental para el correcto crecimiento fetal y la preparación para la lactancia (Awad & Jubiz, 2018, pág. 27). La existencia de un bajo peso da lugar a diversos peligros: amenorrea, infertilidad, bajo peso al nacer, parto prematuro y anemia. En estos casos, se debe iniciar una dietética multidisciplinaria 6 meses antes del embarazo si corresponde (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 6).

**Tabla 12-4.** *Manifestación violenta en contra de la embarazada.*

<b>Violencia intrafamiliar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	6	12
No	44	88
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

La mayoría de las embarazadas informó al médico que no era víctima de algún tipo de violencia intrafamiliar (88%), mientras que el 12% si ha sufrido violencia intrafamiliar (**Tabla12-4**).

Pastor (2020) hace referencia a que este fenómeno puede manifestarse a través de maltrato físico, sexual y psicológico que pueden afectar al binomio madre-hijo durante la gestación (pág. 58). Este se reconoce como uno de los problemas sociales de gran impacto que se asocia frecuentemente a la condición de género, elevando la probabilidad de afectaciones en el desarrollo normal del embarazo debido a daños físicos, psicológicos y sexuales que generan estrés, sometimiento, depresión posparto y ansiedad a la madre, todo eso eleva el riesgo de pérdida del embarazo, óbito fetal, bajo peso al nacer y la aparición de trastornos hipertensivos (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 8).

**Tabla 13-4.** *Distribución territorial catastral.*

Sector de residencia	N°	%
Urbano	17	34
Rural	33	66
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

En cuanto a los datos de las historias clínicas presentadas en la **Tabla 13-4**, se muestra que la mayor población de mujeres embarazadas se encuentra en un sector de residencia rural con el 66%, en el que el 34% vive en áreas urbanas.

El lugar de residencia se relaciona con el indicador de la edad de la gestante, ya que las niñas y jóvenes del área rural enfrentan una situación de mayor vulnerabilidad y exclusión por el alto nivel de pobreza, el bajo nivel de educación y el acceso restringido al sistema público de salud y al sistema legal (Krautheimer, 2017, pág. 67). Según el GPC-MSP (2019), menciona que la mayoría de las muertes maternas se generan en mujeres que viven en regiones rurales empobrecidas o urbano-marginales, que suelen carecer de servicios básicos, de saneamiento ambiental y de unidades agregadas a las vías de ingreso. discapacitadas (pág. 7).

**Tabla 14-4.** *Tiempo de la edad gestacional en semanas.*

Edad gestacional "semanas"	N°	%
< 37	30	60
37-42	15	30
> 42	5	10
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

La mayoría de las mujeres embarazadas tuvieron un parto prematuro (60%), de acuerdo con la fecha de la última menstruación (FUM), posteriormente 30% de las mujeres tuvieron un periodo de gestación entre 37 y 42 semanas y una proporción mínima de madres que es 10% muy por encima de las 42 semanas de gestación (**Tabla 14-4**).

La edad gestacional se expresa en semanas y días, teniendo en cuenta una FUM operativa, ya que corresponde al cálculo conveniente. (Carvajal J., 2017, pág. 102). El bebé nacido de un embarazo con menos de 37 semanas de gestación no alcanzó el desarrollo intrauterino deseado, aumentando su vulnerabilidad a diferentes complicaciones o patologías neonatales (McGoldrick, 2020, pág. 14).

**Tabla 15-4. Paridad.**

<b>Paridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nulípara (sin partos anteriores)	5	10
Primípara (1 parto)	9	18
Múltipara (1-3 partos)	16	32
Gran múltipara (> 3 partos)	20	40
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

El predominio de embarazadas múltiparas en el área estudiada (40%), donde la gestante tuvo paridad mayor a 3 partos (múltiparas óptimas), 32% de 1 a 3 partos (múltiparas), 18% un parto (primíparas) y 10% sin partos previos (nulíparas), (**Tabla 15-4**).

Este es un factor que aumenta el riesgo de hemorragia posparto hasta 2,8 veces; además, estas pacientes se caracterizaron por ser de mayor edad y tener insuficientes controles prenatales (Román & Quispe, 2019, pág. 36). La paridad es el elemento fundamental de la peligrosidad materna y neonatal, considerando que, a mayor número de hijos, mayor es el riesgo de complicaciones durante el nuevo embarazo, especialmente aquellas que tienen 4 o más embarazos (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 4). Entre 1990 y 2018, la tasa de natalidad terminó en 13,4 nacidos vivos por cada mil habitantes (INEC, 2019, pág. 5).

**Tabla 16-4. Cesaría.**

<b>Partos por Cesaría</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0	38	76
1-2	12	24
>=3	0	0
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

La mayoría de las embarazadas no tuvieron partos por cesárea (76%), sin embargo, el 24% de las embarazadas tuvieron de 1 a 2 partos por cesárea en sus embarazos anteriores (**Tabla 16-4**).

Con los resultados obtenidos, parece que la mayoría de las embarazadas no realizaron partos por cesárea. Lo fundamental es decir que una cesárea es el parto de un bebé a través de una incisión quirúrgica realizada en la matriz y el útero de la madre. Este método se realiza una vez que se ha establecido que este procedimiento es más seguro para la madre, el recién nacido o ambos que el parto vaginal (National Institutes of Health (NIH) , 2017, pág. 27). La mayoría de las madres y los bebés no tienen problemas después de una cesárea, sin embargo, es una cirugía mayor y por lo tanto implica más peligro



que un parto normal. Algunos peligros de la cesárea son: Infección de la incisión o del útero, gran pérdida de sangre, coágulos de sangre en las extremidades o los pulmones de la madre, lesiones en la madre o en el bebé, inconvenientes que conlleva la anestesia como náuseas, vómitos y fuertes dolores de cabeza, problemas en el recién nacido si surgieron antes de la posible fecha del parto (Cigna Health, 2018, pág. 86).

**Tabla 17-4.** *Periodo intergenésico.*

Período intergenésico	N°	%
< 2 años	35	70
≥ 2 años	15	30
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

En la mayoría de las historias clínicas del Subcentro de Salud Cebadas reflejó un (70%) de embarazos con menos de dos años de período intergenésico y el otro 30% tuvo menor riesgo en relación con este indicador, (**Tabla 17-4**).

El período intergenésico es importante para la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas y abortos (Zavala, Ortiz, Julie, Padilla, & Preciado, 2018, pág. 87). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han establecido un periodo intergenésico de al menos 24 meses como adecuado, considerando período intergenésico breve (PIB) cuando es menor a ese tiempo. Este actor se ha relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción: la noción tradicional se sustenta en las hipótesis de agotamiento nutricional materno, la no recuperación física de la madre, la capacidad para la atención y cuidado de los hijos, estrés post parto, entre otras. Estas últimas consecuencias no se manifiestan en la generalidad de los casos puesto que dependen de las condiciones socioeconómicas de las familias y las mujeres (González, 2019, pág. 62).

En Ecuador, el periodo intergenésico menor de un año se identifica como factor de riesgo; sin embargo, la OMS ha recomendado que el periodo intergenésico óptimo para un nuevo embarazo debería estar entre 18 y 27 meses y no superar los 60 meses, ya que toda concepción que se encuentre fuera de este rango incrementaría el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 7).

**Tabla 18-4. Trimestre de captación.**

Trimestre de captación “meses”	N°	%
Primer trimestre	9	18
Segundo trimestre	21	42
Tercer trimestre	20	40
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

En base al análisis de las historias clínicas presentadas en la **Tabla 18-4**, existe la mayor concentración con el (42%) de las mujeres gestantes que asisten a su control prenatal en el segundo trimestre de su gestación, por otro lado, el (40%) asisten a su control prenatal en el tercer trimestre del embarazo, tomando en cuenta que tal solo el (18%) de las mujeres gestantes asisten solo a su primer trimestre, estos resultados pueden deberse a sus creencias, ideologías costumbres y sobre todo al machismo.

La atención y control prenatal constituye un elemento importante para prevenir complicaciones durante el embarazo. Este proceso requiere del uso de la tecnología apropiada y la concientización de las gestantes acerca de la necesidad de un adecuado seguimiento (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 4). Estas acciones de salud producen un impacto directo en la disminución de la morbilidad materna y neonatal, siendo recomendable que se realicen cinco controles al menos (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 6).

**Tabla 19-4. Control prenatal.**

Controles obstétricos	N°	%
Suficiente (> 5)	18	36
Insuficiente (< 5)	32	64
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

De acuerdo con los datos presentados en la **Tabla 19-4**, se puede asumir que el mayor porcentaje con el 64% del número de controles obstétricos recibidos a lo largo del embarazo es insuficiente o menor a 5, seguido del 36% que asistió a más de 5 controles suficientes.

El control prenatal óptimo en embarazos de bajo riesgo según la OMS (2018) incluye al menos 5 controles realizados por un profesional sanitario cualificado (médico u obstetra). El control prenatal corresponde a un conjunto de medidas y métodos sistemáticos y periódicos dirigidos a la prevención, diagnóstico y procedimientos de componentes que tienen la capacidad de causar morbilidad y mortalidad materna y perinatal (pág. 3). Hasta la fecha, se sabe que las medidas preventivas pueden iniciarse incluso antes del

embarazo. Se indica a las parejas que acudan a consulta médica antes de quedar embarazadas para una conveniente evaluación y asesoramiento preconcepcional (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 8).

**Tabla 20-4.** *Presencia de patologías que pueden afectar a la madre y al feto.*

<b>Complicaciones durante el embarazo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si *	32	64
No	18	36
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

\* infección de vías urinarias y flujo vaginal.

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

La mayor parte de las embarazadas (64%) tenía enfermedades infecciosas que podían causar daño importante a la salud de la madre y el feto, que son infección vías urinarias y el flujo vaginal, y el (36%) no presentaba ninguna enfermedad (**Tabla 20-4**).

Según Carvajal & Ralph (2018) "Los embarazos de alto riesgo (por enfermedad materna o fetal) recibirán pruebas o tratamientos especiales, así como la derivación a atención secundaria o terciaria (sistema público) o a un especialista. en medicina fetal" (pág. 10). La preevaluación y la consejería están orientadas a prevenir situaciones de riesgo para la madre y el niño (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 9).

**Tabla 21-4.** *Complicaciones o eventos de interés ocurridos en embarazos anteriores.*

<b>Antecedentes obstétricos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si *(cuales)	27	54
No	23	46
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

\*Preclamsia, eclampsia, síndrome de Hellp

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

Entre las mujeres gestantes, se demuestra el (54%) de las embarazadas experimentaron complicaciones o eventos de interés en embarazos anteriores de forma inesperada, y en ocasiones de forma imprevista, por ejemplo; preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en las que el (46%) no tuvieron ninguna complicación, ya que están embarazadas por primera vez.

Según el MSP (2019) las mujeres embarazadas con embarazos anteriores pueden tener una tasa de recurrencia del 20% y un 49% de posibilidades de desarrollar una complicación grave relacionada con la enfermedad (preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp), junto con otros resultados adversos del embarazo, como parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, hipoglucemia, sepsis y

enterocolitis necrotizante (pág. 7). Es importante señalar que la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome de Hellp son predictores relevantes de disfunción orgánica y mortalidad (Reyes, 2020, pág. 45). Según Milanes (2019), menciona que el síndrome de Hellp es una complicación grave de la preeclampsia que es indicativa de mayor mortalidad y morbilidad materna (pág. 46).

**Tabla 22-4.** *Complicaciones o eventos de interés ocurridos durante el puerperio.*

<b>Antecedentes obstétricos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hemorragias postparto	1	4
Atonía uterina	0	0
Preeclampsia	5	19
Ninguno	21	78
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

Al revisar las historias clínicas se identificaron que, durante los embarazos anteriores en las gestantes, es decir, el (78%) no tuvo complicaciones a lo largo del puerperio, el (19%) tuvo complicaciones en forma de preeclampsia y el (4%) tuvo hemorragia posparto.

Entre los trastornos hipertensivos que complican el curso del embarazo, la preeclampsia (PE) y la eclampsia se distinguen como las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Son responsables del 20% de las muertes fetales, del (25%) de los ingresos hospitalarios relacionados con el embarazo y tienen una tasa de morbilidad del 6-10% (Cairo, 2017, pág. 12).

Cabe destacar que las mujeres que habían sufrido preeclampsia recibieron aspirina a una dosis de 100 mg cada 12 horas, así como carbonato de calcio a una dosis de 1,5-2 g al día. Se ha demostrado que el uso de aspirina y calcio reduce la incidencia de la preeclampsia y sus formas graves (Cairo, 2017, pág. 67) La aspirina está indicada para la prevención de la preeclampsia, puede reducir el riesgo de desprendimiento de la placenta o de hemorragia prenatal (Hernández M. , 2019, pág. 58).

A pesar de todo esto, se estima que hay evidencia de que dicha conducta conduce a una modesta reducción de las tasas de preeclampsia-eclampsia. Por esta razón, se recomienda una ingesta de 125 miligramos diarios de AAS desde la semana 12 por la noche hasta la semana 36 y un tratamiento de 1 g/día de suplemento de calcio en pacientes con baja ingesta para pacientes con alto riesgo de preeclampsia-eclampsia. Recientemente han aparecido nuevos tipos de pruebas de cribado que ofrecen la posibilidad de estimar el riesgo de desarrollar PE ya en la semana 11 de embarazo. Sin embargo, puede ser más eficaz, aceptable y asequible administrar ASA a todas las mujeres embarazadas con riesgo de cribado en el primer trimestre. En las zonas en las que los recursos para el cribado, el

diagnóstico y los procedimientos son limitados, una posible opción es poner a disposición de todo el mundo dosis bajas de ASA, lo que puede representar una opción más barata que puede minimizar la mortalidad por PE en dichas zonas (Grajales, 2017, pág. 87).

**Tabla 23-4.** *Enfermedades padecidas por la gestante que afectan al embarazo.*

<b>Patologías durante el embarazo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si*	33	66
No	17	34
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

\* Trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia tienen un patrón hereditario o familiar.

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

En la **Tabla 23-4** se observa que el (66%) de las embarazadas desarrollaron patologías que perjudicaron su embarazo, tales como: Enfermedades hipertensivas (preeclampsia y eclampsia) y un (34%) afirma no haber sufrido ninguna patología a lo largo de su embarazo.

Es importante señalar que ciertos equipos patológicos pueden evitarse con intervenciones sencillas (Garrido A. , 2018, pág. 74) La evidencia médica muestra que los trastornos hipertensivos como la preeclampsia y la eclampsia tienen un jefe hereditario, las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen un (30 %) de riesgo de desarrollarlas también (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2019, pág. 8).

**Tabla 24-4.** *Existencia de enfermedades de posible transmisión genética.*

<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si *	2	4
No	48	96
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

\*Síndrome de Down.

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

El 96% de las gestantes no reportaron antecedentes patológicos de familiares de interés, solo 2 (4%) de ellos reportaron tener síndrome de Down en sus familiares con consanguinidad cercana (**Tabla 24-4**).

En los casos en que existen antecedentes familiares de patologías de transmisión genética, existe la posibilidad de que se presenten inconvenientes como: anomalías congénitas y discapacidades (Bueno, 2019, pág. 67) .Según la Organización Mundial de la Salud, son más frecuentes las anomalías congénitas graves: malformaciones cardíacas, defectos del tubo neural y síndrome de Down. Estos representan trastornos metabólicos que se producen a lo largo de la vida intrauterina y se identifican durante el embarazo, el parto o más adelante en la vida (Martinez C. , 2019, pág. 78).

**Tabla 25-4.** *Complicaciones obstétricas durante embarazo.*

Complicaciones obstétricas	N°	%
Trastornos hipertensivos	10	20
Hemorragias	24	48
Infecciones	16	32
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

Al revisar las historias clínicas, se observa que el 48% de las embarazadas tuvo sangrado a lo largo del embarazo, de las cuales el 32 % sufrió infecciones y el 20% trastornos hipertensivos (**Tabla 25-4**).

El Ministerio de salud Pública (2017) define la hemorragia como el colapso del volumen sanguíneo a una tasa mayor de 150 ml/min, que corresponde a una pérdida de volumen del 50% en 20 min, que puede manifestarse a lo largo del embarazo o en el estado puerperal que supera los 500 ml a lo largo del puerperio y los 1000 ml después de la cesárea (pág. 5).

**Tabla 26-4.** *Enfermedades previas o aparecidas durante la gestación.*

Causas obstétricas	N°	%
Cardiopatías	14	28
Enfermedades crónicas no transmisibles desarrolladas durante el embarazo	36	72
Total	50	100

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

El 72% de las embarazadas desarrollan patologías crónicas como la diabetes gestacional a lo largo del embarazo, el 28% tienen patologías cardíacas.

El aumento de los casos de diabetes gestacional se ha relacionado con el incremento de la obesidad y el sedentarismo. Según la Joint Commission International (2018) "la diabetes gestacional crea ejemplarmente un mayor riesgo de crecimiento fetal inadecuado, ya sea por bajo peso o por sobrepeso, en el que los recién nacidos pueden estar expuestos a complicaciones de hipoglucemia en las primeras horas de vida" (pág. 5).

A través del estudio bibliográfico documental y de los resultados obtenidos durante la revisión de las historias clínicas en esta investigación, se confirma que los componentes de riesgo obstétrico SI continúan asociados a la mortalidad materna en el interior de Salud de Cebadas, Chimborazo.

Al mismo tiempo, se realizó el estudio de chi-cuadrado para sustentar estadísticamente los resultados anteriores, para lo cual se procuró el programa estadístico SPSS.

Como primer punto, se parte de la premisa general que muestra: Los componentes de riesgo obstétrico siguen asociados a la mortalidad materna dentro de Salud de Cebadas, Chimborazo

En base a ello se plantea la hipótesis nula y alternativa que son:

- Hipótesis Nula ( $H_0$ ): Los componentes de la amenaza obstétrica NO están aún asociados a la mortalidad materna en el interior de Salud de Cebadas, Chimborazo.
- Hipótesis Alternativa ( $H_a$ )= Los componentes de peligro obstétrico aún están asociados con la mortalidad materna en Salud de Cebadas, Chimborazo.

Además, la **Pregunta 15** "Enfermedades de la embarazada durante el embarazo" se refiere a una variable no dependiente (riesgos obstétricos) y la **Pregunta 17** "¿Existen enfermedades que puedan dañar a la madre y al feto?" variable dependiente (mortalidad materna), la información introducida en el programa SPSS arroja los siguientes resultados.

**Tabla 27-4. Pruebas de chi-cuadrado.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	45,729 <sup>a</sup>	2	,000
<b>Razón de verosimilitud</b>	55,790	2	,000
<b>Asociación lineal por lineal</b>	33,666	1	,000
<b>N de casos válidos</b>	50		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,40.

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Análisis:** Si los datos son menores a 0,05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, tal como indica el autor Parada (2017), bajo las siguientes condiciones: Si p-valor es  $\leq 0,05$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (pág. 46).

Es por ello que se encontró una relación directa ya que la significación asintótica (bilateral) es de 0,000 siendo  $p < 0,05$ , cabe señalar que dentro del estudio se acepta solo el 0,05 de margen de error y el 0,95 de confiabilidad. Por ello se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Todo esto arroja a que los factores de riesgo obstétricos si están asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud de Cebadas, Chimborazo.

## CAPÍTULO V

### 5. PROPUESTA

#### 5.1. Tema

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA DIRIGIDO A GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD CEBADAS CHIMBORAZO, AGOSTO 2021 – ENERO 2022.

#### 5.2. Objetivo general

- Desarrollar un programa educativo sobre la prevención de factores de riesgo obstétricos para disminuir la mortalidad materna dirigido a gestantes del Centro de Salud Cebadas Chimborazo, agosto 2021 – enero 2022.

#### 5.3. Meta

- A enero del 2022 disminuir a un 80 % los factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en las pacientes del Centro de Salud Cebadas.

#### 5.4. Objetivos específicos

- Concientizar a las pacientes gestantes sobre la atención médica oportuna en caso de evidenciar factores de riesgo obstétricos.
- Desarrollar módulos educativos para que las pacientes gestantes sepan identificar los factores de riesgo obstétricos.
- Evaluar el programa de capacitación de acuerdo a estándares de criterios establecidos.

#### 5.5. Desarrollo

##### 5.5.1. Módulos educativos

**Meta:** Priorizar las necesidades de capacitación



**MÉTODO DE DAVID LEYVA.**  
**IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN**

**Tabla 28-5. Necesidades de Capacitación.**

<b>DISCREPANCIA</b>	
<b>80% - 100%</b>	No se capacita
<b>0-79%</b>	Si se capacita

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 29-5. Factores de riesgo obstétricos.**

<b>Factores de riesgo obstétricos.</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Son 4 factores		10	20
Son 3 factores		21	42
Son 2 factores		18	36
Ninguno		1	2
Total		50	100

<b>Nº</b>	<b>Rendimiento esperado</b>	<b>Rendimiento real</b>			<b>Discrepancia</b>
		<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>Porcentaje</b>	
6	Factores de riesgo obstétricos.	21	29	42 % de las personas que conocen los factores de riesgo obstétricos	Si se requiere capacitación

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 30-5. Generalidades de la mortalidad materna.**

<b>Generalidades de la mortalidad materna.</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI		14	28
NO		36	72
Total		50	100

<b>Nº</b>	<b>Rendimiento esperado</b>	<b>Rendimiento real</b>			<b>Discrepancia</b>
		<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>Porcentaje</b>	
6	Generalidades de la mortalidad materna.	14	36	28 % de las personas que conocen las generalidades de la mortalidad materna.	Si se requiere capacitación

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 31-5. Importancia de los controles prenatales.**

Controles prenatales		Frecuencia	Porcentaje		
Son 8 controles		9	18		
Son 4 controles		13	26		
Son 3 controles		18	36		
Son 2 controles		10	20		
Total		50	100		
N°	Rendimiento esperado	Rendimiento real			Discrepancia
		Correcto	Incorrecto	Porcentaje	
6	Importancia de los controles prenatales	9	41	18 % de las personas que conocen la importancia de los controles prenatales.	Si se requiere capacitación

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 32-5. Responsabilidades o roles de la pareja.**

Tipos de violencia intrafamiliar		Frecuencia	Porcentaje		
Son 3 tipos		17	34		
Son 1 tipos		15	30		
Son 2 tipos		10	20		
Ninguno		8	16		
Total		50	100		
N°	Rendimiento esperado	Rendimiento real			Discrepancia
		Correcto	Incorrecto	Porcentaje	
6	Tipos de Violencia Intrafamiliar	17	33	34 % de las personas que conocen las responsabilidades o roles de la pareja	Si se requiere capacitación

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 33-5. Calidad nutricional durante la gestación.**

Número de comidas / día		Frecuencia	Porcentaje		
Son 3		2	4		
Son 5		41	82		
Son 1		1	2		
Son 2		6	12		
Total		50	100		
N°	Rendimiento esperado	Rendimiento real			Discrepancia
		Correcto	Incorrecto	Porcentaje	
6	Tipos de violencia intrafamiliar	41	9	82 % de las personas que conocen la calidad nutricional durante la gestación	No se requiere capacitación

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

### EJES TEMÁTICOS:

- Generalidades de la mortalidad materna
- Factores de riesgo obstétricos
- Importancia de los controles prenatales
- Responsabilidades o roles de la pareja.
- Calidad nutricional durante la gestación

### TÉCNICA DE MORGANOV HEREDIA PARA EL ANÁLISIS Y ESTRUCTURACIÓN DE CONTENIDOS.

**Tabla 34-5.** *Contenido # 1 para el análisis de Morganov Heredia.*

N°	CONTENIDO
1	Importancia de los controles prenatales
2	Generalidades de la mortalidad materna
3	Responsabilidades o roles de la pareja.
4	Factores de riesgo obstétricos
5	Calidad nutricional durante la gestación

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

Se planteó la siguiente interrogante: para desarrollar la competencia X ¿es necesario antes desarrollar la competencia Y.

- **NO = 0**
- **SI = 1**

	X	1	2	3	4	5	TOTAL
Y							
1		-	1	1	1	1	4
2		0	-	1	0	0	1
3		0	0	-	0	0	0
4		0	1	1	-	1	3
5		1	1	0	0	-	2

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 35-5.** *Contenido # 2 para el análisis de Morganov Heredia.*

ORDEN	CONTENIDO
1	Importancia de los controles prenatales
2	Factores de riesgo obstétricos
3	Calidad nutricional durante la gestación
4	Generalidades de la mortalidad materna
5	Responsabilidades o roles de la pareja.

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

**Tabla 36-5.** *Ejes temáticos para los módulos educativos.*

MÓDULOS EDUCATIVOS	TEMAS	FECHA
Plan de clase N°1: Importancia de los controles prenatales	- Número de controles prenatales durante el embarazo. - Periodo intergenésico	-----
Plan de clase N°2: Factores de riesgo obstétricos	- Clasificación de los factores de riesgo obstétricos.	-----
Plan de clase N°3: Calidad nutricional durante la gestación	- Problemas nutricionales (desnutrición, sobrepeso y obesidad)	-----
Plan de clase N°4: Generalidades de la mortalidad materna	- Antecedentes de la mortalidad materna - Causas directas e indirectas. - Violencia intrafamiliar	-----
Plan de clase N°5: Responsabilidades o roles de la pareja.	- Riesgo laboral - Consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes.	-----

**Nota:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

## Módulo Educativo N°1

**Tema:** Nutrición durante el embarazo.

**Objetivo:** Crear un plan nutricional para las pacientes gestantes.

**Tabla 37-5.** *Practicar la preparación de una comida saludable (ensalada de frutas).*

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLES
1. Presentación del facilitador y del grupo.	5 minutos		
2. Dinámica de ambientación: ejercicios de estiramiento	10 minutos	<b>Humanos</b> - Técnico facilitador - Líderes comunitarios	
3. Lluvia de ideas Sobre la alimentación saludable	5 minutos	<b>Materiales</b> - Papelotes - Cinta adhesiva - Carteles	
4. Intervención Educativa expositiva Nutrición durante el embarazo.	45 minutos	- Marcadores de tiza - Liquida, - Permanente	
5. Trabajo en grupo: Elaboración de una pirámide nutricional	20 minutos	- 5 gomeros grandes	Jesica Paucar
6. Plenaria	10 minutos	- Láminas - Revistas - 5 tijeras	
7. Retroalimentación: Video: alimentación saludable.	15 minutos	<b>Tecnológicos</b> - Proyector - Laptop - Puntero laser	
		<b>Logísticos</b> - Refrigerios	
8. Conclusiones – evaluación	10 minutos		
<b>TOTAL</b>	2 horas		

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

## Módulo Educativo N°2

**Tema:** Factores de riesgo obstétricos.

**Objetivo:** Proporcionar información sobre los factores de riesgo obstétricos.

**Tabla 38-5.** *Practica toma de signos vitales.*

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLES
1. Presentación del facilitador y del grupo.	5 minutos	<b>Humanos</b>	
2.- Dinámica de presentación: presentación de cada uno de los participantes.	10 minutos	- Técnico facilitador - Líderes comunitarios	
3.- Rejilla Sobre los factores de riesgo obstétricos.	5 minutos	<b>Materiales</b> - Papelotes - Cinta adhesiva - Carteles	
4.-Intervención Educativa expositiva Los factores de riesgo obstétricos.	45 minutos	- Marcadores de tiza - Liquida, - Permanente	
5. Trabajo en grupo: Elaboración de un cartel sobre los factores de riesgo obstétricos y exposición.	20 minutos	- 5 gomeros grandes	Jesica Paucar
6. Plenaria	10 minutos	- Láminas - Revistas - 5 tijeras	
7.Retroalimentación: Video: factores de riesgo obstétricos.	15 minutos	<b>Tecnológicos</b> - Proyector - Laptop - Puntero laser	
8.-Conclusiones – evaluación	10 minutos	<b>Logísticos</b> - Refrigerios	
<b>TOTAL</b>	2 horas		

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

### Módulo Educativo N°3

**Tema:** Violencia intrafamiliar.

**Objetivo:** Proporcionar información sobre la violencia intrafamiliar.

**Tabla 39-4.** *Practica encuesta a cada uno de los participantes.*

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLES
1. Presentación del facilitador y del grupo.	5 minutos	<b>Humanos</b>	
2.- Dinámica para formación de grupos. El Abrazo	10 minutos	- Técnico facilitador - Líderes comunitarios	
3.- foto-palabra Sobre la violencia intrafamiliar.	15 minutos	<b>Materiales</b> - Papelotes	
4.-Intervención Educativa expositiva La violencia intrafamiliar.	45 minutos	- Cinta adhesiva - Carteles - Marcadores de tiza	
5. Trabajo en grupo: Dramatización sobre la violencia intrafamiliar.	30 minutos	- Liquida, - Permanente	
6. Plenaria	10 minutos	- 5 gomeros grandes - Láminas - Revistas - 5 tijeras	Jesica Paucar
7.Retroalimentación: Video: La violencia intrafamiliar.	15 minutos	<b>Tecnológicos</b> - Proyector - Laptop - Puntero laser	
8.-Conclusiones – evaluación	10 minutos	<b>Logísticos</b> - Refrigerios	
<b>TOTAL</b>	2 H 20 min		

**Fuente:** Revisión de historias clínicas de mujeres gestantes del subcentro de salud Cebadas

**Realizado por:** Paucar, A., Jesica, E., 2022.

## CONCLUSIONES

- A través de la revisión de las historias clínicas de las pacientes del centro salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto 2021-enero 2022, se identificó que existen riesgos obstétricos ya que en su mayoría las mujeres gestantes fueron menores de edad en un rango < 19 años que corresponde embarazos en adolescentes con un 46 %. Así mismo existe riesgo laboral de un 72 % por el trabajo forzado que realizan en el sector rural. Se identificó además un mayor índice de multiparidad con el 40 % con gestas previas mayores a tres hijos. Es importante indicar que un 40 % no asisten a controles prenatales presentando complicaciones como; hemorragias 48 %, infecciones 32 % y trastornos hipertensivos 20 %.
- En el Centro de Salud de Cebadas no se reportó ningún caso de Muerte Materna, durante el período estudiado debido a que no existieron historias clínicas que lo reflejen, sin embargo, se reportaron factores predisponentes que están reconocidos como causas directas e indirectas de esta.
- Conforme la aplicación de las técnicas de David Leyva y Morganov Heredia, se elaboró un plan de acción integral con el fin de contribuir a la disminución de los factores de riesgos obstétricos asociados a la Mortalidad Materna, el mismo que contiene un programa educativo con temas referentes a la importancia de los controles prenatales, factores de riesgo obstétricos, calidad nutricional durante la gestación, generalidades de la mortalidad materna y responsabilidades o roles de la pareja.



## RECOMENDACIONES

- Establecer para el Centro de Salud Cebadas Chimborazo metas y estrategias que mitiguen los factores asociados a la Mortalidad Materna prevenible, orientando a la optimización de las actividades de salud y confort integral de la madre, principalmente para aquellas que poseen un perfil vulnerable, dando relevancia a los primeros meses de embarazo.
- Implementar estrategias de Atención Primaria de Salud, que incluya la prevención y promoción de la atención prenatal precoz y oportuna, mediante actividades educativas sobre la Salud Sexual y Reproductiva, dirigido a líderes de la comunidad que realicen replicas para las mujeres en edad fértil con actividad sexual.
- Fortalecer las capacidades de la salud, referente a la identificación de los factores de riesgo y su tratamiento oportuno, a fin de evitar complicaciones que expongan la vida de la madre y del neonato.
- Crear un programa motivacional dirigido a las madres gestantes sobre la importancia de la consulta prenatal, como una de las acciones más importantes, para garantizar la salud de la madre e hijo/a.

## **GLOSARIO**

**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**GPC:** Guía Práctica Clínica

**RN:** Recién Nacido

**FUM:** Fecha de Última Menstruación

**PIB:** Período Intergenésico Breve

**INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**HPP:** Hemorragia Posparto

**HAP:** Hemorragia Ante el Parto

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

**MM:** Mortalidad Materna

**RMM:** Razón de Mortalidad Materna

**TMM:** Tasa de Mortalidad Materna

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, A. Y. (2017). Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000400005)
- Almudí, T. (septiembre de 2017). Hemorragia postparto y Atonía uterina. *Revista electrónica de portales medicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragia-postparto-atonia-uterina/>
- Arbaiza, E. (2015). *Factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en las unidades comunitarias de salud familiar el carrillo, anexa san miguel y ciudad barrios; san miguel en el periodo de junio a agosto de 2015*. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17007/1/50108299.pdf>
- Ascensión, A. A. (2019). *Embarazo y salud oral*. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2018000300144](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144)
- Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). Hemorragia obstétrica. *Revista Médica La Paz*, 20(2). Recuperado el 4 de abril de 2022, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009)
- Avila, S. R. (05 de agosto de 2020). *El pleno de la corte constitucional del ecuador, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, emite la siguiente sentencia Revisión de garantías (JP) Derechos de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/3-19-JP-y-acumulados-firmado-1.pdf>
- Awad, E., & Jubiz, A. (2018). Relación Entre el Peso y la Talla de Madres y Recién Nacidos de Alto Riesgo Obstétrico. *Fecolsog*. Recuperado el 6 de abril de 2022, de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/3000/3119/>
- Bárcena, A. (2018). *La ineficiencia de la desigualdad*. Obtenido de [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/brechas\\_ejes\\_y\\_desafios\\_en\\_el\\_vinculo\\_entre\\_lo\\_social\\_y\\_lo\\_productivo.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/brechas_ejes_y_desafios_en_el_vinculo_entre_lo_social_y_lo_productivo.pdf)
- Bueno, A. (2019). *Factores De Riesgo Asociados Al Desarrollo De Morbilidad Materna Extrema En Gestantes Atendidas En La Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar E.S.E. 2013 - 2017*. Bogotá: Unidad de Servicios en Salud USS Simón Bolívar E.S.E. Recuperado el 06 de abril de 2022, de [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1839/Bueno\\_Leguizamón\\_Andrea\\_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1839/Bueno_Leguizamón_Andrea_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

- Bustamante, V. (2017). *Un análisis situacional de las muertes ocurridas a nivel nacional en los años 2010- 2011*. Posgrado, Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Posgrados, Quito. Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2621/1/107726.pdf>
- Cairo, G. V. (2017). Resultados del uso del ácido acetilsalicílico y los suplementos de calcio en la prevención de la preeclampsia. *Obstetricia y Ginecología*, 43(3), 1-52. Obtenido de <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/238/199>
- Cajal, A. (2020). *Investigación de campo: características, diseño, técnicas, ejemplos*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de <https://www.lifeder.com/investigacion-de-campo/>
- Carvajal, J. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2018). Recuperado el 8 de agosto de 2021, de Manual de Obstetricia y Ginecología: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Chasi, C. H. (2018). *Mortalidad materna en el hospital general Latacunga, 2013-2017*. Ambato Ecuador: Uniandes . Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9366/1/ACUAMED010-2018.pdf>
- Checa, V. J. (2019). *Atonía uterina asociada a expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez - Santo Domingo de Los Tsachilas; enero-junio 2019*. Universidad Técnica de Babahoyo. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8079>
- Cigna Health. (2018). *Operación cesárea*. Obtenido de <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/operacin-cesrea-tn8162#:~:text=Algunos%20riesgos%20de%20la%20ces%C3%A1rea,los%20pulmones%20de%20la%20madre.>
- Colín, A. (07 de octubre de 2020). *La desigualdad del genero comienza en la infancia* . Obtenido de [https://issuu.com/infancia cuenta/docs/manual\\_desigualdad](https://issuu.com/infancia cuenta/docs/manual_desigualdad)
- Colin, F. M. (2018). *Epidemiología y estadística*. Obtenido de <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+28.+Epidemiolog%C3%ADa+y+estad%C3%ADstica>
- Correa, G. (2019). *Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017*. San Juan Bautista: Universidad Científica del Perú. Recuperado el 04 de abril de 2022, de [http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/777/PAOLA\\_OBS\\_TESIS\\_TITULO\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/777/PAOLA_OBS_TESIS_TITULO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Déu, J. (2017). *Protocolo Cesarea*. Barcelona: PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL. Recuperado el 4 de abril de 2022, de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

- Dorantes, C. H. (2018). *El Proyecto de Investigación en Psicología*. Universidad Iberoamericana. Recuperado el 11 de noviembre de 2020, de [https://books.google.com.ec/books?id=yKRdDwAAQBAJ&pg=PT97&dq=Investigaci%C3%B3n+no+experimental&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewjq\\_ZnXgfzsAhUnWN8KHxcNDEAQ6AEwAHoECAQQA#v=onepage&q=Investigaci%C3%B3n%20no%20experimental&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=yKRdDwAAQBAJ&pg=PT97&dq=Investigaci%C3%B3n+no+experimental&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewjq_ZnXgfzsAhUnWN8KHxcNDEAQ6AEwAHoECAQQA#v=onepage&q=Investigaci%C3%B3n%20no%20experimental&f=false)
- Dulay, A. T. (2020). *Aborto espontáneo*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
- Espinoza, R. E. (2019). *Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México*. Tijuana, B. C., México: Colegio de la Frontera Norte. Obtenido de <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2019/08/TESIS-Espinoza-Reyes-Ester-DESC.pdf>
- Garrido, A. (2018). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol*. Obtenido de [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG\\_TESIS.pdf?sequence=1&isA](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isA)
- Garrido, A. B. (2017). Recuperado el 10 de agosto de 2021, de La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol: [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- González, M. (2019). El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?. Un Estudio Transversal Analítico. *Revista FASGO – N° 1* -. Obtenido de <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la,de%20a1%20menos%2024%2>
- Grajales, M. (2017). Resultados del uso del ácido acetilsalicílico y los suplementos de calcio en la prevención de la preeclampsia. *Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de [https://www.sarda.org.ar/images/GPC\\_Trast\\_HTA\\_Emb\\_Di\\_Marco.pdf](https://www.sarda.org.ar/images/GPC_Trast_HTA_Emb_Di_Marco.pdf)
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. (2017). *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Recuperado el 4 de abril de 2022, de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

- Hernández Barriga, F. (2019). *Gestión curricular y desarrollo de competencias en estudiantes y docentes*. Bogota - Colombia: Mákina. Recuperado el 11 de noviembre de 2020, de <https://books.google.com.ec/books?id=egv5DwAAQBAJ&pg=PT21&dq=enfoque+mixto&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjfk7fW1vvsAhVqGVkFHbOiDF0Q6AEwAnoECAUQA#v=onepage&q=enfoque%20mixto&f=false>
- Hernández, M. (2019). *Utilidad del ácido acetil salicílico en la prevención de la preeclampsia*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec191o.pdf>
- Hernández, O. (2017). Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna en una unidad de cuidados intensivos. *infoMED*, 16(3). Recuperado el 04 de abril de 2022, de [http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/91-102/html\\_117](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/91-102/html_117)
- INEC. (2018). Recuperado el 8 de agosto de 2021, de Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2016/RMM\\_Nota\\_metodologica\\_INEC\\_2016.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf)
- INEC. (agosto de 2019). *Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018*. Obtenido de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2018/Principales\\_resultados\\_nac\\_y\\_def\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf)
- INEC. (2020). *Registro Estadístico de Defunciones Generales 2020*. Obtenido de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2020/2021-06-10\\_Principales\\_resultados\\_EDG\\_2020\\_final.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf)
- INEC. (10 de junio de 2021). *Estadísticas Vitales*. Obtenido de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2020/2021-06-10\\_Principales\\_resultados\\_EDG\\_2020\\_final.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf)
- Joint Commission International. (10 de agosto de 2018). *Enfermedades crónicas y embarazo*. Obtenido de <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/blog/Ginecologia/Enfermedades-cronicas-y-embarazo>
- Karolinski, A., & Mercer, R. (2017). Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Panam Salud Publica*, 4(5). Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359>
- Krautheimer, I. (14 de diciembre de 2017). *Embarazos en adolescentes en la zona rural del Perú*. Recuperado el 06 de abril de 2022, de <https://www.mujereslibresdeviolencia.usmp.edu.pe/blog/2017/12/embarazos-adolescentes-en-zonas-rurales-del-peru/>

- Lino, R. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*. Obtenido de [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2661-67422019000200079#:~:text=La%20preeclampsia%20%2D%20eclampsia%20es%20una,muerte%20materna%20a%20nivel%20mundial](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422019000200079#:~:text=La%20preeclampsia%20%2D%20eclampsia%20es%20una,muerte%20materna%20a%20nivel%20mundial).
- Lizardo, R. (2018). *Caraterización de las muertes maternas Intitucionales año 2009 y 2010, Honduras C.A.* Tegucigalpa: Universidad Nacional Autonoma de Honduras. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/xmlui/bitstream/handle/123456789/6125/T-Msp00021.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Loyo, J., Carrero, D., Cabrera, C., Cabrera, C., Lugo, L., & Lugo, C. (2018). Mortalidad materna en transtornos hipertensivos del embarazo. *Lat perinat*, 21(2). Recuperado el 04 de abril de 2022, de [http://www.revperinatologia.com/images/3\\_Mortalidad\\_materna\\_Rev\\_lat\\_perinat\\_Vol\\_21\\_2\\_2018.pdf](http://www.revperinatologia.com/images/3_Mortalidad_materna_Rev_lat_perinat_Vol_21_2_2018.pdf)
- Malvino, E. (2018). *Preeclampsia Grave y Eclampsia*. Obtenido de [http://www.obstetriciacritica.com/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)
- Manigeh, R.-G. (agosto de 2017). Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud. *Journal of the Selva Andina Research Society*, 6(2). Recuperado el 13 de agosto de 2021, de Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-92942015000200004](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-92942015000200004)
- Martinez, C. (2018). *“Las estrategias metodológicas y el aprendizaje significativo de la matemática en los estudiantes del quinto año de educación general básica de la unidad educativa rumiñahui”*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 2 de diciembre de 2021, de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/29149/1/1803465424%20Mart%C3%ADnez%20Minda%20Carlos%20Eduardo.pdf>
- Martinez, C. (10 de julio de 2019). *Definición síndrome de Down (Enfermedad o condición)*. Obtenido de <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/1140-definicion-sindrome-de-down-enfermedad-o-condicion>
- Mayo Clinic. (2019). *Panorama general*. Obtenido de [mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20una%20complicación,presión%20arterial%20había%20sido%20normal](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20una%20complicación,presión%20arterial%20había%20sido%20normal).

- Mazza, M., Vallejo, C., & González, M. (2017). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 72(4), :233-248. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v72n4/art04.pdf>
- McGoldrick, E. (25 de diciembre de 2020). ¿Cuáles son los efectos beneficiosos y los riesgos de administrar corticosteroides a las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro? *Cochrane*. Recuperado el 06 de abril de 2022, de [https://www.cochrane.org/es/CD004454/PREG\\_cuales-son-los-efectos-beneficiosos-y-los-riesgos-de-administrar-corticosteroides-las-mujeres](https://www.cochrane.org/es/CD004454/PREG_cuales-son-los-efectos-beneficiosos-y-los-riesgos-de-administrar-corticosteroides-las-mujeres)
- Milanes, G. T. (2019). HELLP síndrome. Presentación de un caso y revisión de la entidad. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 1-9. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000400786](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400786)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2017). Sistema de información de TB. . Quito, Ecuador.
- Ministerio de inclusión Económica y Social. (2018). Recuperado el 8 de agosto de 2021, de Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos: [https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto\\_eniap.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_eniap.pdf)
- Ministerio de Salud del Salvador . (2018). *Guías clínicas de medicina interna*. Obtenido de [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_clinica\\_medicina\\_interna\\_v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_clinica_medicina_interna_v1.pdf)
- Ministerio de Salud Pública - Ecuador. (2019). *Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal msp*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC\\_00091\\_2019%20DIC%2016...pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00091_2019%20DIC%2016...pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (febrero de 2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. Recuperado el 5 de agosto de 2021, de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *GacetadeMuerteMaternaSE14: 2020*. Recuperado el 8 de agosto de 2021, de GacetadeMuerteMaternaSE14: 2020: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE\\_15\\_2020.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Gaceta Epidemologica de muerte materna SE 51 Ecuador 2021*. Quito: MInisterio de Salud Pública. Recuperado el 04 de abril de 2022, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Educación y comunicación para la promoción de la salud*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/manual\\_de\\_educaci%C3%B3n\\_y\\_comunicaci%C3%B3n\\_para\\_promoci%C3%B3n\\_de\\_la\\_salud0254090001575057231.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/manual_de_educaci%C3%B3n_y_comunicaci%C3%B3n_para_promoci%C3%B3n_de_la_salud0254090001575057231.pdf)



- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2017). Recuperado el 10 de agosto de 2021, de Guía de vigilancia epidemiológica de la morbimortalidad fetal y neonatal : <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Guia%20de%20Vigilancia%20Epidemiologica%20-%20202017-01-10.pdf>
- Moldenhauer, J. S. (enero de 2020). *Hemorragia posparto*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto#:~:text=La%20hemorragia%20posparto%20es%20la,la%20etiolog%C3%ADa%20de%20la%20hemorragia.>
- Montejo. (2018). *Factores de riesgo asociados a la muerte materna*. Obtenido de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10709.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10709.pdf)
- Montejo. (2019). *Factores de riesgo asociados a la muerte materna*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10709.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10709.pdf)
- MSP del Ecuador. (agosto de 2016). *Control Prenatal -Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
- Munares, O., & Gómez, G. (2018). ANEMIA EN GESTANTES CON Y SIN TALLA BAJA. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 14-26. Recuperado el 4 de abril de 2022, de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n1/14-26/es>
- National Institutes of Health (NIH) . (2017). *Parto por cesárea*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P09282>
- Observatorio de Igualdad de Género. (2017). *Mortalidad materna*. Obtenido de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- OMS. (2017). *Salud en las Américas*. Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- OMS. (2018). Recuperado el 10 de agosto de 2021, de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- OMS. (abril de 2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. *Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y OMS*, 32(8).
- OMS. (2019). *Mortalidad materna*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Guía para el manejo integral del recién nacido grave*. Obtenido de

- <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Guia%20para%20el%20manejo%20integral%20del%20recien%20nacido%20grave.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2019). *Mortalidad materna*. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud . (05 de mayo de 2017). *Salud Materna*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- Página web Vaico Medical . (7 de julio de 2021). *El temido primer trimestre: riesgos y molestias*. Obtenido de <https://vaicomedical.com/temido-primer-trimestre-riesgos-molestias/#:~:text=Razones%20y%20riesgos%20del%20primer,mayoritariamente%20durante%20las%20primeras%20semanas.>
- Palacio, H. M. (01 de octubre de 2017). *Maternidad saludable-Estado a 1998*.
- Pastor, G. (2020). *Historia de Violencia y Violencia de Compañero íntimo en mujeres embarazadas*. España: Index.
- PlanV. (08 de junio de 2021). *La mortalidad materna se disparó 20 puntos en Ecuador durante la pandemia*. Obtenido de [www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia](http://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia)
- Preeclampsia*. (s.f.). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20una%20complicaci%C3%B3n,presi%C3%B3n%20arterial%20hab%C3%ADa%20sido%20normal.>
- Primicias. (2017). *Crece la mortalidad materna en Ecuador, en medio de la pandemia*. *Primicias*. Obtenido de <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/mortalidad-materna-ecuador-pandemia-covid/>
- Reche, T. D. (2018). *Efectos tóxicos del consumo. Las drogas en la gestación*. España: Paraninfo.
- Reyes, K. T. (2020). *Mortalidad materna en síndrome de HELLP*. *Recimundo* . Obtenido de <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/795>
- Rigol, R. (2019). *Riesgo obstétrico y perinatal*. Obtenido de [https://www.ecured.cu/Riesgo\\_obst%C3%A9trico\\_y\\_perinatal](https://www.ecured.cu/Riesgo_obst%C3%A9trico_y_perinatal)
- Rodríguez, E. (2019). *Nivel de conocimiento y actitud respecto a factores de riesgo en gestantes añosas del hospital Provincial Docente Belen Lambayeque*. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6493/Rodr%C3%ADguez%20Cabrales%20Esteban.pdf?sequence=1>
- Rojas, L., Rojas, A., Villagomez, D., Rojas, A., & Rojas, A. (julio de 2019). *Sepsis en obstetricia, incidencia y factores de riesgo*. *CSSN, 10*(Edisi3n Especial). Recuperado el 4 de abril de 2022, de <http://revistas.esepoch.edu.ec/index.php/cssn/article/view/297/262>

- Román, S. J., & Quispe, I. M. (2019). Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. *Natural and Social Sciences Research*. Ica, Perú. Obtenido de <http://www.revngi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/718/233>
- Secretaría Técnica de Planificación Ecuador. (2019). *Informe de avance del cumplimiento de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible 2019*. Recuperado el 10 de agosto de 2021, de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/07/Informe-Avance-Agenda-2030-Ecuador-2019.pdf>
- Serrano, J. (2020). *Metodología de la Investigación edición Gamma 2020: 1er semestre*. Bernardo Reyes. Recuperado el 08 de noviembre de 2020, de [https://books.google.com.ec/books?id=XnnkDwAAQBAJ&pg=PA75&dq=muestra+en+investigacion&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjKh52Dq\\_3sAhVlc98KHQD-DScQ6AEwA3oECAEQAg#v=onepage&q=muestra%20en%20investigacion&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=XnnkDwAAQBAJ&pg=PA75&dq=muestra+en+investigacion&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjKh52Dq_3sAhVlc98KHQD-DScQ6AEwA3oECAEQAg#v=onepage&q=muestra%20en%20investigacion&f=false)
- Soto, M. (08 de septiembre de 2017). Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. *SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia)*. Recuperado el 06 de abril de 2022, de <https://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/>
- Torrón, M. (2019). *Riesgos para las mujeres del campo durante el embarazo y lactancia*. Obtenido de <https://millarestorron.com/riesgos-para-las-mujeres-del-campo-durante-el-embarazo-y-lactancia/#:~:text=Hay%20que%20prestar%20especial%20atenci%C3%B3n,embarazo%20y%20en%20la%20lactancia>.
- Villanueva, L. (2019). *Obstetricia*. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote . Recuperado el 06 de abril de 2022, de [http://files.uladech.edu.pe/docente/08651805/OBSTETRICIA\\_I/SESION\\_09/Factores\\_de\\_Riesgo\\_Obstetrico.pdf](http://files.uladech.edu.pe/docente/08651805/OBSTETRICIA_I/SESION_09/Factores_de_Riesgo_Obstetrico.pdf)
- Zavala, A., Ortiz, H., Julie, S., Padilla, C., & Preciado, R. (febrero de 2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *scielo*, 83(1). Recuperado el 4 de abril de 2022, de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000100052](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052)

## ANEXOS

### Anexo A. Solicitud para la autorización del estudio.

Riobamba, 9 de diciembre del 2021.

Doctor  
Dr. Gonzalo Parra  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CEBADAS**

Presente. -

De mi consideración:

Yo, J esica Elizabeth Paucar Ati, C.I. 0603817818, estudiante del programa de MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, Cohorte I, Paralelo II; de la Escuela Superior Politécnica De Chimborazo solicito comedidamente que me autorice la revisión de las historias clínicas y recolectar datos de las gestantes atendidos en el centro de salud , por lo que estoy realizando mi tesis con el tema **Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del centro de salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto 2021-enero 2022**

Para el efecto adjunto la aprobación del anteproyecto.

Por su gentil atención a la presente, me suscribo de Usted.

Atentamente.



JESICA  
ELIZABETH  
PAUCAR ATI

Dr. Gonzalo Parra Fernández  
  
LIBRE PROFESIONISTA NÚMERO 876

Md. J esica Elizabeth Paucar Ati  
**MAESTRANTE**  
e-mail: [jesica.paucar@epoch.edu.ec](mailto:jesica.paucar@epoch.edu.ec)  
Teléfono: 0994743599/032933534

Recibido: 09-12-2021  
10:00

Ministerio de Salud   
Distrito 06D04 Colta - Guamote - Salud  
Centro de Salud Cebadas  
Área de Vacunación e Inmunización

**Anexo B. Carta de autorización para el desarrollo del estudio.**

Riobamba, 9 de diciembre del 2021.

Doctor  
Dr. Gonzalo Parra  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CEBADAS**

Presente. -

De mi consideración:

Yo, J esica Elizabeth Paucar Ati, C.I. 0603817818, estudiante del programa de MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, Cohorte I, Paralelo II; de la Escuela Superior Politécnica De Chimborazo solicito comedidamente que me autorice la revisión de las historias clínicas y recolectar datos de las gestantes atendidos en el centro de salud, por lo que estoy realizando mi tesis con el tema **Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del centro de salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto 2021-enero 2022**

Para el efecto adjunto la aprobación del anteproyecto.

Por su gentil atención a la presente, me suscribo de Usted.

Atentamente.



JESICA  
ELIZABETH  
PAUCAR ATI

Dr. Gonzalo Parra Fernández  
  
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CEBADAS

Autorizado: 15-12-2021

09:00

Md. J esica Elizabeth Paucar Ati  
**MAESTRANTE**  
e-mail: jesica.paucar@epoch.edu.ec  
Teléfono: 0994743599/032933534

Ministerio de Salud   
Distrito 06D04 Cofa Guamote - Salud  
Centro de Salud Cebadas  
Área de Vacunación e Inmunización

Anexo C. Modelo de historia clínica.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MORTALIDAD MATERNA  
ECUADOR  
COORDINACIÓN FAMILIA - SALUD

Nombre y Apellido: Vilma María Tava Muñoz No. de Registro: 3878

Edad: 35 años 35 años 35 años

PUNTOS	PUNTOS							Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	
	1	2	3	4	5	6	7													
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				
51																				
52																				
53																				
54																				
55																				
56																				
57																				
58																				
59																				
60																				
61																				
62																				
63																				
64																				
65																				
66																				
67																				
68																				
69																				
70																				
71																				
72																				
73																				
74																				
75																				
76																				
77																				
78																				
79																				
80																				
81																				
82																				
83																				
84																				
85																				
86																				
87																				
88																				
89																				
90																				
91																				
92																				
93																				
94																				
95																				
96																				
97																				
98																				
99																				
100																				

Estado de salud: Mejor Peor Estable Gravemente Muerto

Fecha de nacimiento: 10/05/1984 10/05/1984 10/05/1984

Edad gestacional: 36 36 36

Fecha de parto: 10/05/2020 10/05/2020 10/05/2020

Fecha de ingreso: 10/05/2020 10/05/2020 10/05/2020

Fecha de egreso: 10/05/2020 10/05/2020 10/05/2020

Fecha de fallecimiento: 10/05/2020 10/05/2020 10/05/2020

Fecha de autopsia: 10/05/2020 10/05/2020 10/05/2020

Fecha de entrega de cuerpo: 10/

**Anexo D. Captura de inglés.**



TRADUCCIÓN Recibidos ☆

 YESENIA MERINO UQU... 21 oct.  
para Centro, jesymed091227... ↩ ⋮

Dear

The purpose of this email is to inform you that the respective translation of your abstract.

It has been carried out satisfactorily. If you have any queries, please answer the email.

Sincerely  
Yesenia Merino  
EFL Professor



Anexo E. Revisión de normas técnicas, resumen y bibliografía.



epoch

Dirección de Bibliotecas y  
Recursos del Aprendizaje

UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y  
DOCUMENTAL

REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 14 / 11 / 2022

<b>INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)</b>
<b>Nombres – Apellidos:</b> <i>Jesica Elizabeth Paucar Ati</i>
<b>INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>
<i>Instituto de Posgrado y Educación Continua</i>
<b>Título a optar:</b> <i>Magíster en Salud Pública</i>
<b>f. Analista de Biblioteca responsable:</b> Lic. Luis Caminos Vargas Mgs.



Escaneado electrónicamente por:  
**LUIS ALBERTO  
CAMINOS  
VARGAS**



0127-DBRA-UTP-IPEC-2022