



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRITICAS

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA: JESSICA CAROLINA PINOS REDROVÁN

DIRECTOR: Dr. ANDRÉS LEONARDO VÁZQUEZ CÁRDENAS

CUENCA - ECUADOR

2020

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Certifico que el presente trabajo denominado: “MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRITICAS”, realizado por JESSICA CAROLINA PINOS REDROVÁN con documento de identidad: 0350082855, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, noviembre de 2020

Dr. ANDRÉS LEONARDO VÁZQUEZ CÁRDENAS.

TUTOR/DIRECTOR

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, JESSICA CAROLINA PINOS REDROVAN con documento de identidad: 0350082855, declaro que los conceptos, análisis y conclusiones del trabajo de titulación denominado: “MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRITICAS”, son de nuestra absoluta responsabilidad y propiedad, que no han sido previamente presentados para ningún grado o calificación profesional, respetándose íntegramente los derechos intelectuales de otras personas mediante el uso de citas.

Se autoriza a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA la publicación parcial o total de este trabajo y su reproducción sin fines de lucro.

Azogues, noviembre de 2020

JESSICA CAROLINA PINOS REDROVÁN

0350082855

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen de Guadalupe por permitirme
llegar a este momento de mi vida, por los triunfos
y los difíciles momentos que me han enseñado a
valorar cada día más, a mi querida madre María
Redrován por ser mi ejemplo de fortaleza e
inspiración diaria, a mi querido padre Fausto Pinos
quien me ha enseñado a ser fuerte y perseverante.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado salud y vida, a mi querida madre por acompañarme las largas y agotadoras noches de estudio, por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, además no puedo olvidarme de agradecer a mis hermanos y hermanas por cada una de sus palabras de aliento y su apoyo incondicional que me motivaron a seguir adelante y alcanzar mi meta.

INDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR	I
DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
INDICE	V
Mortalidad Materna en Unidades Críticas	0
Resumen	0
Abstract.....	1
Introducción.....	2
Hipótesis de investigación	4
Objetivos	4
General:	4
Específicos:.....	4
Metodología.....	4
Resultados.....	7
Discusión	16
Conclusiones.....	23
Referencias	24
Anexos.....	28
Anexo 1: PROTOCOLO	28
Anexo 2: CERTIFICACIÓN DE NO PLAGIO	44
Anexo 3: DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	47
Anexo 4: CERTIFICADO DE NO ADEUDAR LIBROS	48

MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRÍTICAS

Jessica Carolina Pinos Redrován¹, Dr. Andrés Leonardo Vázquez Cárdenas¹, Md. Xavier Rodrigo Yambay Bautista¹.

¹Universidad católica de Cuenca, jcpinosr55@est.ucacue.edu.ec

Resumen

La mortalidad materna constituye un problema que afecta al mundo entero, aproximadamente 830 mujeres mueren cada día a nivel mundial por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, siendo los países en vías de desarrollo los más afectados, pese a las estrategias empleadas por los organismos de salud no se ha podido erradicar esta problemática.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas asociadas a la mortalidad materna en Unidades Críticas. **Metodología:** Estudio descriptivo / cualitativo, para la búsqueda se realizó en 10 bases de datos: Scielo, Google académico, SCOPUS, Pubmed, Web of science, LILACS, ProQuest, OMS, MSP, OPS, a través de los descriptores en salud Mesh y Decs en conjunto con los booleanos (AND y OR), bajo los criterios de inclusión: artículos publicados desde 2015 hasta la actualidad y se excluyeron aquellos que no cumplen con los objetivos. **Resultados:** Finalmente se obtuvieron 22 artículos y 7 documentos informativos de las páginas de salud (MSP, OMS, OPS) **Conclusión:** La muerte materna en Unidades Críticas es mínima en relación a las áreas no UCI, así como las principales causas fueron los trastornos hipertensivos, seguidos hemorragias y sepsis, por último, en el Ecuador la región más afectada fue la zona costera.

Palabras Clave: Mortalidad Materna, Mortalidad materna en Áreas Críticas, Complicaciones del Embarazo, Epidemiología en la Mortalidad Materna.

Maternal Mortality in Critical Units.

Abstract

Maternal mortality is a problem that affects the whole world, approximately 830 women die every day worldwide from preventable causes related to pregnancy and childbirth, the developing countries being the most affected, despite the strategies employed by health agencies have not been able to eradicate this problem. **Objective:** To determine the epidemiological characteristics associated with maternal mortality in Critical Units. **Methodology:** Descriptive/ qualitative study, for the search or 10 databases: Scielo, Google academic, SCOPUS, PubMed, Web of science, LILACS, ProQuest, WHO, MSP, PAHO, through the health descriptors Mesh and Decs together with the Boolean (AND-OR), under the inclusion criteria: articles published from 2015 to the present and those who didn't comply were excluded. **Results:** Finally, 22 articles were obtained and 7 information documents from the health pages (MSP, WHO, PAHO). **Conclusion:** Maternal death in Critical care Units is minimal in relation to non-ICU areas, and the main causes were hypertensive disorders, followed by post-partum hemorrhaged and sepsis, finally the region that was most affected was in the coastal zone of Ecuador.

Key Words: Maternal Mortality, Maternal Mortality in Critical Area, Pregnancy Complications, Epidemiology in Maternal Mortality.

Introducción

La muerte materna a partir del siglo XVII, fue considerada por varias poblaciones como un suceso esperado, en donde una mujer al momento de encontrarse embarazada sabía que se exponía a altos riesgos para su vida y la del nuevo ser, además dentro de este período se contaba con la participación de las comadronas o parteras, encargadas de brindar asistencia al momento del parto, debido a ello se presentaban diversas complicaciones que generaban mayor número de defunciones maternas (1).

Para el año 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o en el transcurso de los 42 días de posparto, independientemente del sitio de implantación embrionaria, de su tiempo de gestación y no por causas accidentales e incidentes que la ocasionaron, sin embargo, se piensa que esta definición se encuentra limitada ya que no incluye los casos por homicidio, femicidio y suicidio (2) (3).

La mortalidad materna constituye un problema que actualmente el mundo se encuentra atravesando , aproximadamente 830 mujeres mueren cada día en todo el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, situándose el 99% de los casos en los países subdesarrollado (4) como es el nuestro, a diferencia de los países desarrollados, en donde la muerte materna se presenta esporádicamente (5).

A pesar de los avances significativos en la reducción de muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto, desde 1990, ningún país logro alcanzar la meta del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio (ODM) en disminuir un 75% la mortalidad materna para el 2015. En el caso de Ecuador, en el año 1990, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de (154 por 100.000) nacidos vivos, mientras que para el año 2014, la Razón de Mortalidad Materna fue de (49,16 por 100.000) nacidos vivos estimados, generando una reducción en este período para el país del 68% (6).

Haití a registrado las tasas más elevadas de muertes maternas 620, a diferencia, de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú, quienes presentan registros por encima de los 100, mientras que en Argentina, Costa Rica, Uruguay y Chile reportan las tasas más bajas de muertes maternas, 28 por cada 100.000 nacidos vivos (5), además se estima que 7 de cada 10 muertes maternas se presentan en los establecimientos de salud (7).

Según las bases disponibles por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Ecuador durante el 2014, las provincias que superan la razón de 100 por 100.000 nacidos vivos fueron: Bolívar con (110,2) y Zamora Chinchipe con (100,3) (8) y dentro de los últimos tres años (2018-2020), Guayas con (53 x 100.000), Pichincha con (17 x 100.00) , Chimborazo y Manabí con (10 x 100.000) (9).

En el Ecuador se implementó un protocolo denominado “Score MAMÁ y claves obstétricas”, que tiene como finalidad determinar y tratar oportunamente a una mujer gestante, previo a la valoración de parámetros físicos y clínicos, de esta manera se puede verificar el ingreso de las gestantes en una Unidad de Cuidados Intensivos (10), que en la actualidad se ha vuelto frecuente, se estima que el 18% de los casos de defunciones maternas se dieron en esta área tras la presencia de complicaciones obstétricas graves (11), y el 40% en áreas hospitalarias en general.

Con relación a lo anterior, las dificultades que se presentan en el embarazo y parto ocasionan más del 80% de las causas directas de muertes maternas: hemorragias graves, sepsis, trastornos hipertensivos como: preeclampsia, eclampsia y abortos peligrosos (4), por otro lado las causas indirectas representan el 38,9 % de letalidad materna y estas surgen de una enfermedad preexistente: padecimientos cardíacos, respiratorios, endócrinos, metabólicos y los procesos tumorales (12).

La muerte materna se encuentra vinculada con diversas circunstancias: culturales, sociales, económicas, demográficas, y de accesibilidad hacia los sistemas de salud, reconocidas como demoras maternas: la primera se refiere al reconocimiento de los signos de alarma por parte de la gestante y su familia, la segunda se produce durante el traslado hacia un centro asistencial y la tercera es generada en un establecimiento de salud , por falta de atención médica oportuna, por no disponer de insumos médicos y actualmente se considera como una cuarta demora a la falta de acceso a la información sobre derechos sexuales y reproductivos, así como a la planificación familiar (8).

Sin duda alguna, la mayor parte de muertes maternas pudieron ser evitadas a través de la promoción de salud sexual y reproductiva, embarazos planificados, controles prenatales adecuados, inmunización, educación materna y la continua capacitación del personal de salud con el fin de salvaguardar la vida del binomio madre-hijo (13). No olvidar que el personal de enfermería juega un papel importante en la atención de la mujer en su vida fértil ya que se

encuentra en mayor contacto (14), lo que permite aplicar acciones que busquen prevenir la muerte materna.

El presente estudio tuvo como propósito indagar información actualizada en bases confiables sobre el tema expuesto, permitiendo de esta manera incrementar el nivel de conocimiento en los profesionales de salud, para el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones, que garanticen una atención de calidad a la mujer gestante, para el beneficio de la sociedad y del País

Hipótesis de investigación

Las mujeres gestantes se enfrentan a factores de riesgo que incrementa el ingreso a Unidades Críticas y por ende se elevan las tasas de mortalidad materna.

OBJETIVOS

General:

Determinar las características epidemiológicas asociadas a la mortalidad materna en Unidades Críticas.

Específicos:

1. Establecer los factores sociodemográficos relacionados a la mortalidad materna en Unidades Críticas.
2. Analizar las principales causas de muertes maternas en áreas críticas.
3. Identificar las demoras asociadas a la mortalidad materna en las Unidades Críticas.
4. Determinar la prevalencia de mortalidad materna en las regiones Sierra y Costa del Ecuador.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática con enfoque descriptivo / cualitativo, que consistió en la obtención de estudios actualizados, para la realización de este proceso se dio por medio de las recomendaciones de la declaración PRISMA (15) y fue guiada en base a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a la mortalidad materna en las Unidades Críticas?

Por consiguiente, se seleccionaron siete bases de datos: Scielo, Google académico, PubMed, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), ProQuest, SCOPUS, Web of Science y tres páginas de los organismos de salud; OMS, MSP, OPS.

De igual manera, este estudio se realizó en el periodo Julio a octubre del 2020 y para la obtención de información se dio mediante tres fases que se describirán a continuación:

Fase I: Para la estrategia de búsqueda se utilizó las palabras claves (AND y OR) en conjunto con los descriptores en ciencia de la salud (DECS) y Medical Subject Headings (MESH).

Los términos empleados fueron: (Mortalidad Materna), (Mortalidad materna en Áreas Críticas), (Mortalidad materna /Complicaciones del Embarazo), (Mortalidad Materna / Epidemiología).

Tabla 1: Estrategia de búsqueda detallada.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Hallazgos obtenidos
Scielo	Mortalidad materna OR mortalidad materna	968
PubMed	Mortalidad AND Materna	10
Google académico	Mortalidad materna AND áreas críticas.	7 380
LILACS	Mortalidad materna AND complicaciones del embarazo	2
ProQuest	Mortalidad materna AND complicaciones del embarazo	132
SCOPUS	Mortalidad materna AND complicaciones del embarazo	18
Web of science	Mortalidad Materna AND Epidemiología.	3
OMS	Mortalidad Materna AND Epidemiología.	462
MSP	Mortalidad Materna AND Epidemiología.	63
OPS	(AND- OR)	7 930

Elaborado por: Carolina Pinos.

Fase II: Se aplicó el proceso de filtración en cada una de las bases de datos teniendo en cuenta: el área temática, el tipo de literatura, idioma (español, inglés) y el año de publicación. En la tabla 2 se podrá visualizar los hallazgos obtenidos.

Tabla 2. Proceso de filtración

Base	Filtración	Resultados
Scielo	Área temática Tipo de literatura Idioma Año de publicación	243
PubMed		8
LILACS		0
ProQuest		2
SCOPUS		2
Web of sciencie		0
OMS		4
Google académico	Año de publicación	18
MSP		10
OPS		2

Elaborado por: Carolina Pinos.

Fase III: Finalmente se procedió a seleccionar los artículos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

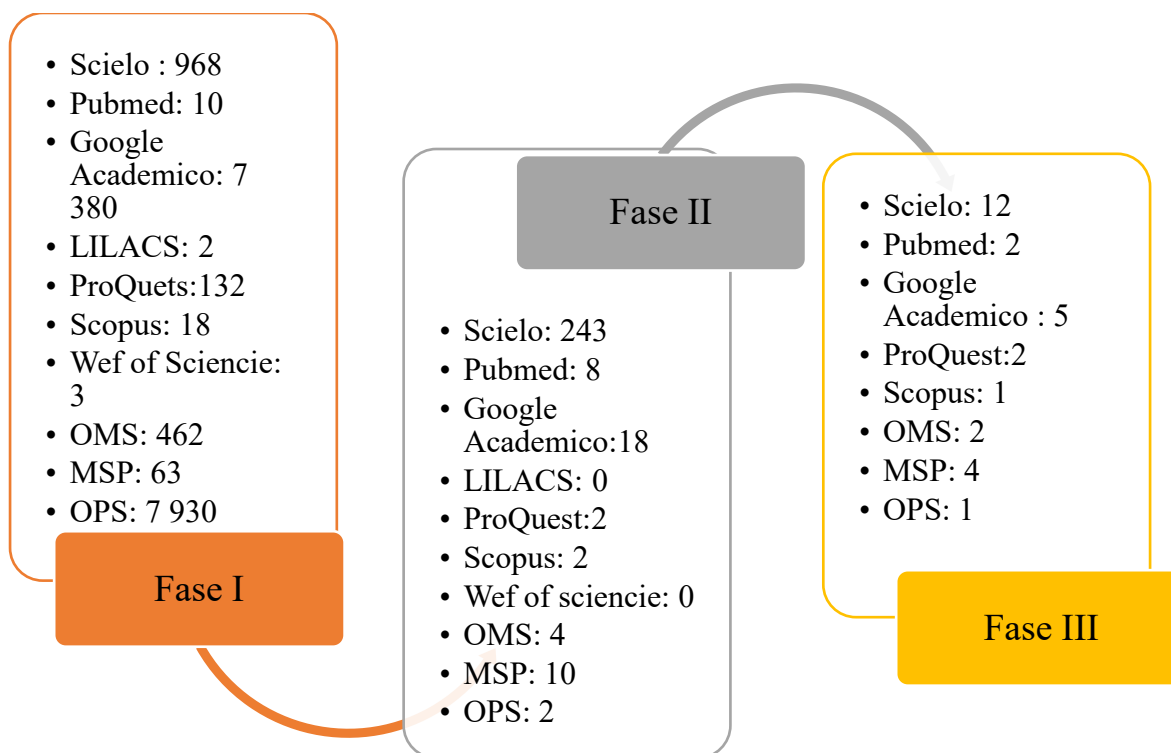
Criterios de inclusión

- Artículos originales
- Tesis Doctorales
- Documentos informativos
- Estudios con enfoque cuantitativo, Cualitativo o mixto.
- Fecha de publicación dentro de los últimos 5 años.
- Idioma: inglés y español.

Criterios exclusión

- Artículos repetidos o duplicados.
- Ensayos.
- Estudios que no cumplen con los objetivos propuestos.
- Fecha de publicación mayor a los 5 años.
- Idioma: Frances y chino.

Figura 1. Resumen del proceso de selección

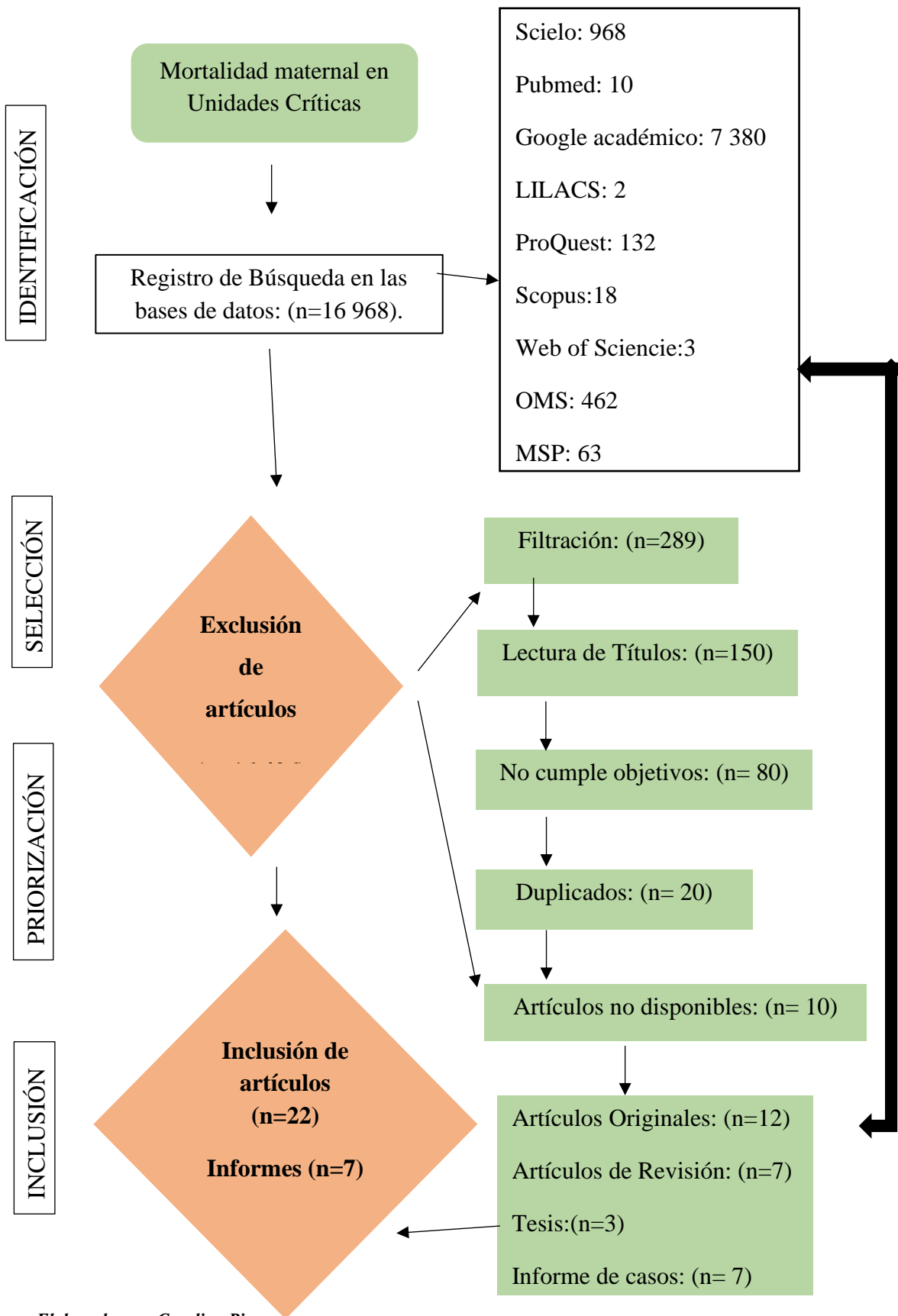


Elaborado por: Carolina Pinos.

Resultados

De un total de 16,968 registros, se descartaron 16, 697 artículos por el proceso de filtración, obteniéndose 289 estudios, además previo a la lectura de los títulos se excluyeron 150 artículos, de igual manera 80 artículos no cumplían con los objetivos propuestos, 20 se encontraban duplicados, 10 no se encontraban disponibles de forma gratuita, finalmente se obtuvieron 22 artículos y 7 documentos de informe de casos.

Figura 1: Flujo del proceso de selección



Elaborado por: Carolina Pinos.

Los 22 estudios seleccionados fueron revisados y verificados con su texto completo, de los cuales: 12 son artículos originales, 7 estudios de revisión y 3 tesis doctorales, de igual manera, los artículos se caracterizaron de acuerdo a sus actores, el año de publicación, el título, el objetivo y su metodología, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Estudios seleccionados según, Autor, año de publicación, Título, objetivo, Metodología.

N °-	Autores / año	Título	Objetivo	Metodología
1	Christian R, Mejia, Martlin M. Cardenas Armando Miñan, Gloria S, 2018	Tiempo de referencia asociado a la causa de mortalidad materna en el hospital Regional docente Materno Infantil “El Carmen”, 2009,-2015.	Identificar la asociación entre el tiempo de referencia y la causa mortalidad materna en el hospital regional Materno Infantil “El Carmen”	Estudio analítico, retrospectivo, transversal.
2	Ayton Kriss M, 2019	Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017	Determinar los factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017.	Cuantitativo, Descriptivo, retrospectivo.
3	María Lorena N, José Ramón, María Elena G, Laurens Barca, Ángel Silva Betancourt, Alfi Contreras, Mariem Fernández,	Caracterización de la paciente Obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”.	Caracterizar las pacientes obstétricas críticamente enfermeras asistidas a las Unidades de Cuidados Intensivos Obstétricos de la Maternidad.	Estudio Descriptivo/ retrospectivo.

	Nasser Zambrano, 2016			
4	Franco- Sansoloni A, Vizcaíno-Torres j, Estellés- Morant D, Villar- Graullera E, Serrano- Fernández JA,2017.	Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en Unidades de Cuidados Intensivos.	Determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes obstétricas admitidas en una unidad de cuidados intensivos.	Estudio descriptivo, retrospectivo / observacional.
5	Albadio Pérez Asset, Orlando Valdés Suárez, 2018.	Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la mortalidad materna.	Reflejar aspectos técnicos- organizativos en la reducción y enfrentamiento de la morbimortalidad materna.	Estudio cualitativo.
6	Danna Victoria P, 2018	Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017.	Identificar y analizar algunos factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017.	Estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal.
7	Luana Feitosa M, Igor Cordero M, Antonio Dean B,	Ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos por causas obstétricas	Analizar los ingresos de mujeres en edad fértil en una Unidad	Estudio trasversal,

	Virna Ribeiro F, Rossana María B, 2019.		de Cuidados Intensivos Obstétrica.	documental /retrospectivo.
8	Florián Plasencia E, 2019.	Muertes maternas y tipos de retrasos en la atención en centros de salud de la Región la libertad.	Determinar la relación entre mortalidad materna y las demoras en la atención mujer en gestación, parto y puerperio atendidas en los centros de la región la Libertada.	Estudio descriptivo, correlacional, censal, retrospectivo / transversal.
9	Judith Martínez, Milena Pereira, 2016	Caracterización de las gestantes de alto riesgo Obstétrico en el departamento de Sucre Colombia 2015.	Caracterizar las gestantes de alto riesgo Obstétrico (ARO) que acuden a un pública en el departamento de Sucre, Colombia.	Estudio cuantitativo / descriptivo.
10	Patricia Ismael de C, Paulo F, Marcelle L, Barbara F, Cándida B, Idalacy C, Suely V, 2020.	Sociodemographic and health care profile of maternal death in Recife, PE, Brazil, 2006 -2017.	Describir las características sociodemográficas y asistenciales de las mujeres que mueren por causa maternas.	Estudio descriptivo / cualitativo.
11	Gustavo M, Ronelsys M, Mónica M, Miriam F,	Mortalidad materna en Ambato, Ecuador. 2005-2014.	Exponer la magnitud y la tendencia de la MM en el cantón Ambato entre los años 2005 y 2014.	Estudio observacional, retrospectivo/ transversal.

	Guillermo N, 2019.			
12	Nolunkwe J, 2020	Maternal mortality by socio-demographic characteristics and cause of death in south Africa: 2007-2015	Analizar las causas de mortalidad materna según los factores sociodemográficos en Sudáfrica.	Estudio descriptivo, cuantitativo / retrospectivo.
13	Sandra P, Álvarez-Sierra, 2018.	Demoras en mortalidad materna en el departamento Santander 2012-2015.	Caracterizar las muertes maternas en el departamento Santander y las demoras que contribuyen a dichas muertes, durante los años 2012-2015.	Estudio descriptivo, retrospectivo / transversal.
14	Karina S, Juan S, 2016	Frecuencia de la mortalidad materna según las demoras maternas, Zona 6 del Ecuador.	Determinar la frecuencia de mortalidad materna según el modelo de las tres demoras en la atención en la zona 6 del Ecuador en el periodo 2012 a 2015.	Estudio descriptivo / cuantitativo.
15	Max Santiago B, Tania Choo U, Reinaldo Elías S, José Alfredo E, 2018.	Morbilidad y mortalidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial “Dr. Agostinho Neto”.	Caracterizar a mortalidad y la morbilidad materna según variables sociodemográficas y biológicas.	Estudio observacional, prospectivo / longitudinal.

16	Froilán Torrez M, Cristian Añez S, 2016.	Morbimortalidad materna asociada a preeclampsia en la Unidades de Cuidados Intensivos del HMIGU.	Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna por preeclampsia en Unidades de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM) del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi (HMIGU).	Estudio observacional / prospectivo.
17	Ana Claudia S, Lélia Souza S, 2017.	Perfil epidemiológico de mortalidad materna	Conocer el perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Juiz de fora, Minas Gerais.	Estudio cuantitativo, descriptivo / retrospectivo.
18	Gladys M, Antonio C, María I, 2020.	Análisis situacional de muertes maternas en Paraguay.	Analizar la situación de las muertes maternas en Paraguay y los alcances del 2008 a 2018.	Estudio observacional, descriptivo, transversal / retrospectivo.
19	Leonam Costa Oliveira, Aurelio Antonio Ribeiro de Costa, 2015.	Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects.	Analizar el perfil clínico epidemiológico de la mujer con casi accidente materno según el nuevo Criterio de la Organización Mundial de la salud.	Estudio descriptivo/ transversal.

20	Andrea Z, María S, 2017.	Ingresos a Unidades de Cuidados intensivos de mujeres durante el embarazo y período puerperal.	Determinar las características clínicas y demográficas de las pacientes gestantes o puérperas que ingresaron a UCI del Hospital Nacional de Itauguá durante 5 años.	Estudio observacional/ descriptivo / transversal.
21	José M, Rosalba G, Francisco N, Martha T, 2018.	Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la ciudad de México.	Identificar y describir, en una muestra poblacional acotada, las omisiones en procesos de atención a la salud en casa de muerte materna.	Estudio descriptivo / retrospectivo.
22	Juan Vicente G, 2018	Determinación social de la muerte materna en el cantón Ibarra, Imbabura, Ecuador.	Contribuir a mejorar la vigilancia de la muerte materna.	Estudio retrospectivo de revisión.

Fuente: Elaboración propia

Así como se tomó en cuenta 7 documentos informativos de las páginas de salud: Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de Salud, el mismo que se describe a continuación en la tabla 2.

Tabla 2. Documentos informativos

Fuente	Título	Año	Link
OMS	Mortalidad materna	2019	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
	Estimación de la razón de muerte materna	2016	https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf .
MSP	Gacetas epidemiológicas	2016-	https://www.salud.gob.ec/descargas-muerte-materna/
		2017	
		2018-2019	
		2020	
OPS	Plan nacional para reducción de la muerte materna	2015	https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=824:plan-nacional-para-reduccion-de-muerte-materna-2015-2020&Itemid=441

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Varios estudios demuestran que la mortalidad materna se encuentra relacionada con un sin número de características que hacen vulnerables a las mujeres durante su período de gestación tales como: la edad, el estado civil, el grado de educación, la procedencia, la ocupación, el extracto social, e incluso la falta de accesibilidad hacia un sistema de salud o la carencia de un personal capacitado.

Mortalidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos.

La posibilidad que una mujer durante su fase embrionaria sea admitida en un área Crítica es alta, debido a sus múltiples condiciones de riesgo, pues se estima que alrededor de 0,4 y 37,6% de las pacientes obstétricas son admitidas en una Unidad Crítica, quienes 0,8 y 8,23% ingresan con patologías específicas, 0,38 a 1,09% por afecciones generadas en el transcurso del embarazo y el 0,01 a 2,99% para su vigilancia (16).

De los estudios seleccionados, ocho fueron realizados en Unidades de Cuidados Intensivos, lo cual nos indican una prevalencia de mortalidad materna entre 7.7% al 18% (11) (5) (12), pero se encontraron 14 estudios aparte en donde la prevalencia de muertes maternas en Áreas no UCI se presentó el 59,74% (17).

Factores sociodemográficos relacionados con la mortalidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El estudio de María Nava y colaboradores realizado en Venezuela durante el período 2011 – 2014 en una Unidad de Cuidados Intensivos, demuestra que los casos de muerte materna se dieron entre las edades de 19 a 35 años (58,19%), de procedencia rural (59,05%), con unión libre (60,78%), de nivel educativo primaria y secundaria incompleta (80%), con controles prenatales ausentes (74,57%), en el período puerperal (80,17%) , ocupación ama de casa y con multiparidad (37,93%) (13), mientras que el estudio realizado por “Bordelois Abdo durante el período 2015 – 2016 “ en Cuba, manifiesta un porcentaje más alto en las múltiparas (62%) debido a los antecedentes obstétricos (16).

Tal información se encuentra similar a la investigación realizada por “ Feitosa Luana, Cordero Igor y Barbosa Antonio en una UCI en el año 2017 en Brasil”, con respecto a la edad 20-29 (50,9), mientras que se evidencia una menor incidencia en cuanto a las demás características como la baja escolaridad de la madre (35,8% primaria y secundaria incompleta), de origen rural

(49,1), de unión estable (40,6%), amas de casa (43,4), con carencia de controles prenatales (31,1%) y en el puerperio inmediato (66,0%). Pero se puede evidenciar en este estudio que se presentaron (65,1% casos) en primíparas. (12).

De igual manera el estudio efectuado por Luis en el “Hospital Docente General Orlando Pantoja Tamayo de Cuba entre los años 2014-2019”, manifiesta que se ha registrado una letalidad materna en mujeres de 20 - 29 años con (56%) concordando con el artículo anterior (18).

Según , Ayton Salinas mencionan que en el Hospital Santa Gema Yurimaguas” sin especificación de áreas, se registraron fallecimientos maternos entre las edades de 19 a 29 años (36,4%), sin especificación de un grupo etario, ama de casa, con estado civil solteras (63,6%), con instrucción básica incompleta (27,3%), pero de procedencia urbana (36,4%), nulíparas (45,5%), con controles prenatales (19).

Se puede evidenciar de acuerdo a los estudios anteriores que esta problemática se encuentra afectando en su gran mayoría a la población femenina en su edad fértil, además es importante considerar que el nivel de educación de la madre, constituye un aspecto fundamental para su capacidad de entendimiento sobre sus cuidados, mientras mayor es su nivel de educación mayor es su capacidad de comprensión.

Sin embargo, en Ecuador entre el período 2014-2017 se registraron 173,6 casos de muertes maternas en mujeres mayores a 45 años, de procedencia rural (76,5%), con instrucción académica primaria (88,7%) (8) , casadas y multíparas (42,2%), y el (28,5%) no presentaban atención prenatal.

De igual manera , Aurelio Ribeiro y Leonan Costa en su investigación realizada en la Unidad de “Cuidados Intensivos de Hospital terciario de Recife en Brasil” , mencionan que los fallecimientos maternos se dieron en pacientes mayores a 40 años (11,8%), solteras (18,8%), y primíparas (44,7%) (20), mientras que en los cuatro “ Hospitales federales de la ciudad de México entre los años 2010 a 2017 “ se presentaron decesos maternos del (17%) en gestantes menores de 15 años y durante el puerperio (34%), seguidas de un nivel educativo básico (21%), ocupación quehaceres domésticos (81%) (21) concordando con el estudio realizado por “Cusi Huamán Antonio, Mora Gladys y Delas nieve María durante los años 2008 a 2018 en Paraguay” , muerte materna en adolescentes (13,3%) (22) además, la indagación realizada por Vera Rubén en el 2013 en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray” presenta una similitud en

cuanto a la edad menores de 15 años con el (30%), nulíparas (80%), solteras (20,7%), área rural, ama de casa (67%), con primaria incompleta (56,1%), controles ausentes (48,16%) (23).

Pese al incremento de embarazo en adolescentes no se encuentra mayor número de defunciones maternas con respecto a los estudios mencionados, sin embargo, hay que tomar en cuenta que el factor de riesgo en una mujer es su edad tanto en las adolescentes como aquellas de edad avanzada (24), por otro uno de los aspectos que más se ha mencionado en los diferentes estudios es la deficiencia de controles prenatales.

Causas de muertes maternas en Unidades críticas

Con frecuencia, las mujeres mueren por complicaciones que se producen durante su embarazo, parto o al término del mismo. Por ello la Organización Mundial de la Salud manifiesta que el 75% de los casos de muertes son producidas por causas directas entre ellas: las hemorragias graves que en su gran parte se da en el transcurso del parto, al igual que las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y los abortos inseguros; mientras 20% son producidas por causas indirectas (4).

Como lo menciona Nolunkwe, las causas de muertes maternas directas (10.602) han superado más del doble que las causas indirectas (4.289) (25).

De acuerdo, a lo Mencionado por el Ministerio de Salud Pública en Ecuador en los años 2017-2019, las causas básicas de muertes maternas son: los trastornos Hipertensivos (68%), hemorragias (40%) y el (37%) por infecciones (26).

La investigación realizada por “ Barreto Roussana en el año 2016 en una UCI en Brasil” , detalla que el 61,1 % de los casos de fallecimientos maternos se dieron por causas directas como: la eclampsia (34,4%) seguida del síndrome del HELLP (15,1%) y preeclampsia grave (11%), además como causas indirectas predomina la insuficiencia renal (13,5%), el edema agudo del pulmón (11,5%) y las afecciones cardíacas (9,6%) (12).

Mientras que, Danna Pinto en su estudio realizado en la Ciudad de Arequipa del Perú en el período 2005 al 2017, menciona una prevalencia de muertes maternas (27,4%) por preeclampsia grave, eclampsia (14,3%) y en menor frecuencia los abortos (3,6%) (27).

Según, Martínez Judith y Pereira Milena a través de su estudio realizado en Colombia el año 2015, indican que el (82%) de las gestantes ingresadas en UCI presentaron trastornos

hipertensivos, elevando los casos de morbimortalidad materna y las causas indirectas fueron: la anemia (13%), el hipotiroidismo y asma (3,3%) (28).

En Venezuela en los años 2011-2014, en el Hospital “Dr. Armando Castillo Plaza”, Betancourt analiza que él, (53%) fallecimientos maternos ocurrieron por las afecciones hipertensivas, seguidas del (30%), por infecciones y el (27%), por hemorragias (13).

A diferencia de la investigación realizada en el Hospital General Universitario de Castellón en un área crítica en el período enero 2010 a junio 2015, donde predominan las hemorragias posparto (62%), seguida de los trastornos hipertensivos (29), mientras que, el estudio realizado en Cuba en una UCI del “ Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto” entre el 2017-2018, relaciona la sepsis puerperal con la letalidad materna de un (15%) tras la ruptura temprana de membranas (30). Sin embargo, Braulio Orellana en su estudio efectuado en Ecuador en el año 2017, describe que la principal causa de muerte materna en una Área Crítica es el shock séptico (31).

De acuerdo, a los estudios señalados anteriormente, se puede verificar que tanto en áreas Críticas como en las áreas en general las causas principales de decesos maternos se encuentran los desórdenes hipertensivos seguidas de las hemorragias y las infecciones.

Esto concuerda con la investigación realizada a nivel nacional, aunque en menor frecuencia, los trastornos hipertensivos son las principales causas de muertes maternas: eclampsia (24,4%), quien representa la cuarta parte de muertes materna; en segundo lugar, se encuentra con un (24,4%) las hemorragias pos parto (32).

Indudablemente una mujer al momento de concebir se enfrenta a grandes cambios en su vida, es ahí en donde los profesionales de salud deben promover los buenos hábitos de alimentación, la importancia del consumo de ácido fólico durante este período y la adecuada ganancia de peso, además mediante la atención prenatal el profesional podrá determinar y prevenir oportunamente las enfermedades. Sin embargo, esto no ha sido suficiente ya que cada día se presentan complicaciones que han generado numerosas muertes maternas.

Demoras maternas

El análisis de las circunstancias que se asocian a la muerte materna (no accidental), forman una red de “demoras “que dan un resultado fatal. Cada una de ellas hacen que sea mayor su probabilidad de muerte. Por ello, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), integra el modelo de las tres demoras maternas para el abordaje de la mortalidad materna (33).

Demora I: Se presenta en el hogar y la comunidad, es generada por la falta de identificación de los signos de alarma y la toma de decisiones en la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia.

Demora II: Acceder a un establecimiento de salud, la cual depende de su distancia, la disponibilidad de transporte y el costo del traslado.

Demora III: Se presenta en las Unidades de atención para la obtención de un tratamiento adecuado y oportuno. Pese que la mujer sobrepasa las barreras 1 y 2, la provisión de cuidados obstétricos, la disponibilidad de personal capacitado, medicamentos e insumos médicos, y su infraestructura son las condiciones generales que comprometen la vida de la gestante (9).

Sin embargo, existe una IV demora relacionada con la falta de acceso a información sexual y reproductiva (3).

Sandra Álvarez, menciona en su estudio realizado en Colombia en el año 2012 a 2015, que la deficiencia del tratamiento médico adecuado y oportuno ha representado la demora materna con mayor número de casos de muertes (88%), mientras que la demora I, representa el (65,3%), por ello es importante brindar información sobre los signos de peligros obstétricos a la gestante y su familia para evitar desenlaces fatales (34).

Sin embargo, Florián menciona en su investigación desarrollada en Perú en el año 2010, que el (100%) de los acontecimientos maternos fueron dados por la demora III, detallando que el (83,75%) por cuestiones de trámites institucionales y el (16,25%) por la subestimación de la gravedad de los casos por parte del personal de salud (35) .

De igual modo, el estudio de Karina Olmos y Juan Sánchez realizado en el Ecuador entre los años 2012 a 2015 , demuestran que la demora III se presentó con el (45%) constituyéndose una cifra menor en relación a la investigación anterior, además el (43%) de defunciones maternas fue dada por la demora I, considerando que en muchos de los casos se deben por la falta de

confianza en los servicios de salud y las preferencias culturales de las comunidades como la asistencia de las comadronas en el parto y el (12%) por la demora II (36).

De igual modo, en los años 2016 y 2017 en Ibarra, se presentaron (85%) de casos de muertes maternas, por la demora III, que hace referencia a los servicios de atención (37). A pesar del gran avance en la medicina actual, se puede ver que todavía existe carencias en brindar una atención oportuna y adecuada, así como su disponibilidad de acceso en la misma.

Muertes maternas en las regiones costa y sierra del Ecuador

Pese que actualmente no existen estudios realizados sobre la mortalidad materna en las regiones del Ecuador en Unidades de Cuidados Intensivos. El Ministerio de Salud Pública en conjunto con la subsecretaria de vigilancia epidemiológica del Ecuador a través de sus gacetas semanales mencionan que:

Las regiones más afectadas en el año 2014, fue la interandina y la amazónica, situándose una Razón de Muerte Materna (RMM) de (110,2 x 100.000) en las provincias de Bolívar (100,3 x 100.000) y en Zamora Chinchipe (8), así como, la población indígena perteneciente a la región sierra presentó en el 2016 mayores registros de muertes maternas (38).

Sin embargo, para el 2017 se registraron un total de 211 muertes maternas, de las cuales 114 pertenecieron a la región litoral, entre las provincias: Guayas con el (52 %), en conjunto con Manabí con el (13%), a diferencia de la región sierra con 93 fallecimientos maternos corresponde el (24 %) a la provincia de Pichincha y el (12%) a la de Imbabura y en mínimo porcentaje (4 %) a la región Amazónica. Se puede evidenciar que existe un aumento de muertes maternas durante este año a diferencia de los años anteriores. Además, el (51,66%) se los casos se presentaron en la Red Pública del Ministerio de Salud, el (18,96%) en las redes complementarias, (10,43%) en el IESS, el (14,69%) en el domicilio y el (4,27) durante su traslado (39).

De igual manera para el 2018 la región costera fue la más afectada con el (52%) sobresaliendo la provincia de Guayas a diferencia de la región interandina con el (27%), Pichincha (17) y Chimborazo (10). Además, el (60,40%) de fallecimientos se dieron en los establecimientos de segundo nivel, sin especificación de áreas y se presentó una RMM 149 por cada 100. 000 nacidos vivos, se puede notar que en este año existe una disminución en relación al 2017 entre el (62%) de los casos (9).

Para el 2019 la región litoral sigue situándose como la más afectada, aunque ya en menor frecuencia (47%), en relación con la sierra (20%) (40).

De acuerdo a los últimos registros generados en el 2020 se han notificado 123 muertes maternas, las provincias afectadas son: Guayas (26%), Manabí (13%), el Oro (8%), Pichincha (15%), Chimborazo (7%), Azuay (8%), sin duda alguna la región costera en estos últimos años ha sufrido más decesos maternos en relación a la región interandina (41).

Conclusiones.

1. En conclusión, El porcentaje de mortalidad materna en Unidades de Cuidados Intensivos es menor (18%), al que se presenta en las otras áreas hospitalarias (40%). Pese que actualmente existe un incremento de disfunciones orgánicas que requieren atención especializada.
2. Dentro de las características sociodemográficas, la edad de la gestante es el factor de riesgo que amenaza su vida tanto en las adolescentes con aquellas de edad avanzada. Sin embargo, se evidencia en los estudios analizados que existe mayor número de muertes maternas durante la edad fértil, sin preferencia en grupo etario alguno, de procedencia Rural, de unión de hecho, ocupación ama de casa, primíparas y en el período puerperal, además la carencia de controles prenatales y la baja escolaridad de la madre generan preocupación en el ámbito social y de salud.
3. Las principales causas de muertes maternas directas fueron los desórdenes hipertensivos como: la eclampsia, preeclampsia grave, síndrome de Hellp, en conjunto con las hemorragias posparto y sepsis.
4. Con los datos obtenidos se puede indicar que existe una alta prevalencia de mortalidad materna relacionada con las demoras maternas III y I, así como la región más afectada en el Ecuador en estos últimos cuatro años fue la zona costera donde existe mayores factores de riesgos por sus condiciones de vida.

REFERENCIAS

1. Marrón-Peña G. Mortalidad materna: un enfoque histórico. Rev. Mexicana de Anestesiología. 2018 Enero- Marzo; 41(1): p. 59-63.
2. Organización Panamericana Salud. Salud Materna. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre. Available from: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=341:salud - materna&Itemid=387#:~:text=La%20muerte%20materna%20es%20definida,no%20por%20causas%20accidentales%20o.](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387#:~:text=La%20muerte%20materna%20es%20definida,no%20por%20causas%20accidentales%20o.)
3. Karolinski A MRMPOCSPSD. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Scielo. 2015 Abril; 1(1): p. 351-359.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Online].; 2019 [cited 2020 septiembre. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)
5. Pérez-Assef A VSO. Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la mortalidad materna. Cubana de Medicina Interna y Emergencias. 2018 Marzo; 17(2).
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2020 Septiembre 1. Available from: [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)
7. Rodrigo- Gaspar D BRLRLDNGCG. Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán. Revista Biomédica. 2019 Septiembre; 30(1).
8. Noboa-Cruz H. Mortalidad Materna en el Ecuador: una mirada crítica. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 25. Available from: [https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2019/09/mortalidad-materna-baja.pdf.](https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2019/09/mortalidad-materna-baja.pdf)
9. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2018 [cited 2020 septiembre. Available from: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-52-MM.pdf.](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-52-MM.pdf)
10. Espinosa-Serrano M. Score Mamá y Claves Obstétricas. [Online].; 2017 [cited 2020 Septiembre. Available from: [http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf.](http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf)

11. Zorrilla A SM. Ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal. Nacional de (Itauguá). 2017 Enero; 9(1).
12. Feitosa- Mourão L CMIBMAFCVBBR. Ingresos en UCI por causas obstétricas. Revista electrónica trimestral de Enfermería. 2019 Octubre; 18(53).
13. Nava M UJGMLLABAFMZN. aracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela: 2011 - 2014. Revista chil. obstet. ginecol. 2016 Agosto; 4(81).
14. Guarnizo-Tole M OFHVRG. Prácticas en enfermería para prevenir la mortalidad materna de la mujer en edad fértil. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018 Julio-Septiembre; 44(3).
15. Urrútia G BX. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Medicina Clínica. 2010 Octubre; 135(11).
16. Bordelois-Abdo M CUTSRESJDTE. Morbilidad y mortalidad maternas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial “Dr. Agostinho Neto”. Medisan. 2018 Junio; 22(6).
17. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2019 [cited 2020 Septiembre 1. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/Gaceta-SE-50-MM.pdf>.
18. Fong-Pantoja L. Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Contramaestre 2014-2019. Información Científica. 2020 Enero- febrero; 99(1).
19. Mori- Salinas A. Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017. Scielo. 2019 Enero; 1(1).
20. Costa-Oliveria L RCA. Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects. Rev Bras Ter Intensiva. 2015 Julio-Septiembre; 27(3).
21. Moreno-Sánchez J GZRNRfmt. Omisiones detectadas en 150 casos de muerte materna en la Ciudad de México. Rev. Ginecol Obstet Mex. 2018 Diciembre; 86(12).
22. Mora- Escobar G CPADI. Análisis Situacional de Muertes Maternas en Paraguay. Rev.Salud pública Parag. 2020 Enero; 10(1).
23. Ríos I VR. Morbi-Mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. IV. EsSalud.- Trujillo. 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014. Revista Ciencia y Tecnología. 2015 Mayo; 11(4).

24. Fawed-Reyes O ECACMJGD,MTARMFQJ,MRCGFAGHI. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Rev. Archivos de Medicina. 2016 Abril; 12(4).
25. Nolunkwe B. Maternal mortality by socio-demographic characteristics and cause of death in South Africa: 2007–2015. BMC Public Health. 2020 Febrero; 20(157).
26. Roca-Pogo J. FACTORES CAUSALES ASOCIADOS A LA MUERTE MATERNA EN EL ECUADOR EN EL PERÍODO 2017-2019. Scielo. 2020 Marzo.
27. Pinto- Ramos D. FACTORES ASOCIADOS A LA MUERTE MATERNA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA DEL 2005 AL 2017. Scielo. 2018 Enero; 1(1).
28. Martínez-Royert J PPM. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Scielo. 2016 Septiembre; 32(3).
29. Franco-Sansaloni A VTJ,EMDVGESFJ. Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos. Scielo. 2017 Enero; 85(1).
30. Céspedes-Fernández P DMAVNJCDP. Factores asociados a la presentación de sepsis puerperal en provincia Guantánamo, 2017-2018. Información Científica. 2020 Enero-Febrero; 99(1).
31. Orellana- Mora B. PREVALENCIA Y FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA MUERTE MATERNA. Repositorio.unemi. 2019 Mayo; 1(1).
32. Moreno-Martín G MMRMMM,FNMSNJ. Mortalidad materna en Ambato, Ecuador. 2005-2014. Revistas de la Facultad de Medicina. 2019 Enero; 67(1).
33. Organización Panamericana de Salud. Organización Panamericana de Salud. [Online].; 2015 [cited 2020 Septiembre 01. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=305:aseguran-que-la-reduccion-de-embarazos-no-planificados-es-la-mejor-medida-contr-la-mortalidad-materna&Itemid=215&lang=es.
34. Alvarez- Sierra S. Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015. Salud Pública. 2018 Septiembre; 20(6).
35. Florián-Plasencia E. Muerte materna y tipos de retraso en la atención en centros de salud de la Región La Libertad. UNIANDES Cienc Salud. 2019 Enero- Abril; 2(1).
36. Olmos- Galaz K SFJ. FRECUENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LAS TRES DEMORAS DE LA ATENCIÓN. ZONA 6 DEL ECUADOR, AÑOS 2012 – 2015. Repositorio Institucional. 2016 Octubre; 1(1).

37. Granda-Suquillo J. Determinación social de la muerte materna en el cantón Ibarra, Imbabura, Ecuador. Repositorio.uasb. 2018 Noviembre; 1(1).
38. Barrero-Barrero D BVF. Objetivos de Desarrollo Sostenible: un contrato social posmoderno para la justicia, el desarrollo y la seguridad. Revista Científica General José María Córdova. 2020 Enero; 18(29).
39. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2017 [cited 2020 Septiembre 1. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GACETA-DE-MM-TOTAL_2017.pdf.
40. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 1. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/Gaceta-SE-50-MM.pdf>.
41. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 4. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Gaceta-MM-SE-31.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: PROTOCOLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Carrera de Enfermería Azogues

Tema:

MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRÍTICAS

Autor: Jessica Carolina Pinos Redrován.

Tutor: Dr. Andrés Vázquez.

Asesor Metodológico: Dr. Xavier Yambay, Mgs

Azogues – Ecuador

2020

A. DATOS GENERALES

TÍTULO

MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRÍTICAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Dominio, línea y ámbito de investigación

Dominio	Líneas de investigación institucionales	Ámbitos
Medicina preventiva, curativa y calidad de vida	Ciencias médicas y de la salud	Contaminación ambiental y saneamientos <input type="checkbox"/>
		Servicios de salud <input type="checkbox"/>
		Enfermedades no transmisibles <input type="checkbox"/>
		Enfermedades transmisibles <input type="checkbox"/>
		Alimentación y nutrición <input type="checkbox"/>
		Educación y promoción de la salud <input type="checkbox"/>
		Violencia, accidentes y trauma <input type="checkbox"/>
		Ciclos de vida <input type="checkbox"/>
		Discapacidades <input type="checkbox"/>
		Cuidados paliativos <input type="checkbox"/>
		Epidemiología <input type="checkbox"/>
Salud sexual y reproductiva <input checked="" type="checkbox"/>		

FUENTE: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

B. RESUMEN EJECUTIVO (150 a 200 PALABRAS)

La Organización Mundial de la salud (OMS), define a la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto y puerperio, esta a su vez se relaciona por cualquiera causa prevenible y no por causas accidentales, además establece que constituye un problema de salud pública ya que a pesar de numerosas estrategias empleadas para el logro de su erradicación hoy en día se ha logrado reducir en su totalidad. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas asociadas a la mortalidad materna en Unidades Críticas. **Metodología:** Se realizará una revisión sistémica con enfoque descriptivo/ cualitativo en 8 bases de datos confiables: Scielo, Google académico, Scopus, PubMed, Web of Science, OMS, MSP, OPS, criterios de inclusión: artículos desde el 2015 hasta la actualidad, idioma en español e inglés, se excluirá aquellos artículos duplicados, y que no cumpla con los objetivos propuestos. **Resultados:** Se desea obtener información relevante que sirva para futuras investigaciones, así como contribuir al conocimiento de los profesionales de salud.

C. DESCRIPCIÓN

DEFINICIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Desde hace mucho tiempo atrás las mujeres en edad fértil han sido propensas a presentar riesgos que comprometen su vida y la del nuevo ser, debido a que se enfrenta a diversas situaciones: económicas, culturales, sociales, biológicas y de atención médica calificada las mismas que otorgan en algún momento dificultad para que la mujer pueda tener un período de gestación adecuado ¹.

Además, durante esta etapa la mayoría de mujeres embarazadas era atendidas por agentes de salud “Comadronas”, lo cual la razón de muerte materna era mucho más elevada ².

La muerte materna constituye una tragedia familiar y comunitaria, la mayor parte de estas muertes pudieron ser prevenibles con acciones encamadas a reducir embarazos no planificados, controles prenatales adecuados que permitan la detección y un tratamiento oportuno para evitar futuras complicaciones ³.

Actualmente, La mortalidad materna constituye un problema social y de salud que afecta a Nivel Mundial. Según la Organización Mundial de la Salud manifiesta que cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, siendo éstas 99% producidas en los países subdesarrollados ^{4 5}.

Pese a los grandes avances en la Medicina, las tasas de muerte materna se han mantenido sin mayor diferenciación. De acuerdo al estudio realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Obstétricos de la Maternidad en Chile, reporta una variación entre un 7 % de fallecidas maternas ⁶, esto se debe a sus diversas complicaciones obstétricas ya que requieren

de una atención médica compleja con un equipo multidisciplinario, por ello el bienestar de la madre y el nuevo ser dependerá del rápido reconocimiento y de un tratamiento oportuno a la paciente en estado crítico ⁷.

Así como , el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos menciona que dentro de las principales causas de defunciones maternas están: el 73% por causas obstétricas directas y el 27, 5% por causas Indirectas ^{8 9}.

El Ministerio de Salud Pública en el Ecuador en el año 2018 hasta mayo del 2019 reporto 138 casos de muertes maternas de los cuales 121 fueron indicador de razón de la mortalidad materna , y 17 casos fueron después de los 42 días posparto ⁹. Las provincias que revelan un alto índice de defunciones maternas corresponden : Morona Santiago 99,3%, Guayas 43 %, Pichincha 12% y Chimborazo 10% ¹⁰.

La subsecretaria de vigilancia epidemiológica establece que nivel local se reportaron 6 casos de muerte materna, correspondiendo 3 caso a la provincia del cañar, demostrando este, que la mortalidad materna es la expresión de desigualdad ante la accesibilidad en los servicios de salud ‘demoras’ ¹¹, sobre todo en las zonas rurales, además indican que 7 de cada 10 muertes se presentan en los establecimientos de salud¹².

Por ello, la mortalidad materna se ha convertido en una preocupación prioritaria tanto para los Organismos Internacionales como Nacionales, con este estudio se pretende determinar las características epidemiológicas asociadas a la mortalidad materna en Unidades Críticas mediante una búsqueda exhaustiva de la misma.

JUSTIFICACIÓN

La maternidad como un proceso natural debería de encontrarse libre de complicaciones y por consiguiente de la muerte , es por eso que las defunciones derivadas del embarazo, parto y puerperio se consideran de acuerdo a los recursos de la medicina actual evitables ¹³ .

Por ello , la mortalidad materna ha sido considerada como un problema de la salud pública ¹⁴ , a pesar de numerosas estrategias empleadas por las entidades de la salud : El Ministerio de salud Pública, la Organización Mundial de la salud, a través, de la implementación del objetivo 5 del milenio que propone mejorar la” salud materna ” , así como la Organización de las Naciones Unidas pretende alcanzar la meta una razón de muerte materna menos de 70 por 100.000 nacidos vivos. Hoy en día se ha llegado a reducir un mínimo porcentaje de 2.3 % al año, siendo una brecha insignificante ¹⁵ .

Cabe indicar que con la implementación de la guía practica clínica score mama y claves obstétricas ¹⁶, el gobierno pretende reducir el grado de mortalidad materna, sin embargo entidades de la salud no desarrollan el manejo adecuado de la presente guía provocando mayor complejidad al momento de presentarse un situación de emergencia obstétrica.

Es evidente que la población femenina durante la etapa de gestación, deberá contar con controles prenatales subsecuentes, estar adecuadamente informada sobre los signos de peligro, lo cual contribuirá a evitar complicaciones. Por otra parte los servicios de salud brindados a la mujer gestante deben estar acordes a sus necesidades y con ello tratar de disminuir la tasa de mortalidad materna ¹⁷.

En el Ecuador , de acuerdo a la estadística de la razón de la muerte materna en el año 2019 se presentó 131 muertes maternas , 78,62% (103) muertes antes de los 42 días del puerperio,

y 21,37% (28), muertes posterior al mismo en menos de un año, razón por la cual nace la importancia del conocer a profundidad este tema tan relevante en el área de salud ¹⁸.

El presente estudio tiene como propósito indagar información actualizada en bases confiables sobre el tema expuesto, permitiendo de esta manera incrementar el nivel de conocimiento en los profesionales de salud, para el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones, que garanticen una atención de calidad a la mujer gestante, para el beneficio de la sociedad y del País.

OBJETIVOS

General:

Determinar las características epidemiológicas asociadas a la mortalidad materna en Unidades Críticas.

Específicos:

1. Establecer los factores sociodemográficos relacionados a la mortalidad materna en Unidades Críticas.
2. Analizar las principales causas de muertes maternas en áreas críticas.
3. Identificar las demoras asociadas a la mortalidad materna en las Unidades Críticas.
4. Determinar la prevalencia de mortalidad materna en las regiones Sierra y Costa del Ecuador.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Los factores sociodemográficos están relacionados con la mortalidad materna?
- ¿Cuáles son las principales causas de la muerte materna?
- ¿Cómo influye el servicio que ofrece el personal de salud hacia la mujer gestante?
- ¿En qué regiones del Ecuador se presenta tasas elevadas de mortalidad materna?

Idea a defender

Las mujeres gestantes se enfrentan a factores de riesgo que incrementan el ingreso en las Unidades Críticas y por ende se elevan la tasa de mortalidad materna.

ESTADO DEL ARTE O ANTECEDENTES

En el siglo XVII y varios años atrás , le consideraban a la muerte materna con un suceso esperado, en donde la mujer al momento de encontrarse embarazada sabía que se sometía a altos riesgo para su vida y del producto , las mujeres realizaban la labor de parto con la ayuda de las comadronas , parteras y se estima que debido a las diversas complicaciones se presentaban elevadas tasas de mortalidad materna ¹⁹ .

De acuerdo a un estudio realizado en el Ecuador en el año 2012- 2015 , demuestra que se registraron 49 casos de defunción , dentro de las características epidemiológicas identificadas se encuentran : grupos poblacionales de edad media 27 años , instrucción primaria 53.1% , el 77,6% se encontraron casadas, de etnia mestiza, 85.7 % áreas rurales, a esto se suma también las demoras ²⁰ .

Es así, que la situación de muerte materna es estudiada a través del indicador Razón de mortalidad materna (RMM), el mismo que notificara el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos ²¹ .

También es importante mencionar que en Ecuador en año 2015 se implementó la estrategia “Alarma materna”, con el protocolo denominado “Score MAMÁ y claves obstétricas”, con el fin de identificar y tratar oportunamente a una mujer, previo a la valoración de parámetros fisiológicos y clínicos, lo cuales nos indicaran que la paciente podrán llegar a complicarse y va necesitar de cuidados especializados o de un manejo crítico, por ello, el objetivo de esta herramienta es disminuir las muertes maternas ¹⁶.

Mortalidad Materna

- Según la Organización mundial de salud define a la mortalidad materna, como la muerte de una mujer en su embarazo, parto, o en el transcurso de los 42 días posparto, independientemente de su duración, el sitio del embarazo o por cualquier causa relacionada o agravada con el procesos de gestación y no por causas accidentales o incidentales ²².

La muerte de una mujer durante el proceso de gestación-puerperal se puede clasificar en:

Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidenta ²³. El sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna en el año 2019, notifica que dentro de las principales causas directas de muerte materna se encuentran: Las hemorragias obstétricas con un 27.6% seguidas de los trastornos hipertensivos con un 17,24% ²⁴, además de las causas anteriores mencionadas también se presentan: infecciones y los abortos inseguros ^{4 - 25}.

Causas de muerte materna directas: Son aquellas muertes materna generadas con el resultado de una complicación obstétrica durante el embarazo, parto o puerperio, esta a su vez surge de una intervención médica o un tratamiento inadecuado así como una serie de eventos ²³.

Las causas de muerte materna directa, se agrupan de la siguiente manera:

- **Hemorragias Obstétricas:** Se le define como una hemorragia masiva que necesita de una atención urgente. Se calcula que a nivel mundial mueren 125,000 mujeres por hemorragia Obstétrica , generalmente se presenta por alteraciones de coagulación , atonía uterina , inserción placentaria o por lesiones traumáticas en el útero y el canal del parto ²⁶.
- **Trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio:** Se consideran una de las causas más frecuentes de morbimortalidad materna , al no ser tratada oportunamente ocasiona daños en los órganos diana, esta categoría engloba: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia que con lleva a presentarse complicaciones más severas como el Síndrome de HELLP ^{27 - 7}.
- **Infecciones relacionadas con el embarazo:** La mujer gestante se encuentra vulnerable ante agentes patológicos , una forma de prevenir es con una buena higiene y el reconocimiento oportuno de los signos de infección, dentro de este grupo encontramos : Infecciones de vías genitourinarias, sepsis puerperal, infecciones causadas por heridas quirúrgicas entre otras ²⁸.
- **Abortos inseguros:** Se presenta tras la intervención de personas no capacitadas y en condiciones insalubres, lo cual causa hemorragia e infección que conlleva a la muerte de la mujer.

Causas de muerte materna indirectas: Son aquellas que no se producen por causas obstétrica sino que se presenta bajo una enfermedad pre existente o una enfermedad que se desarrolló durante el embarazo como son ²⁹:

- **Enfermedades cardiacas:** Durante el embarazo se generan cambios en todos los sistemas de la madre, dentro de ellos el sistema cardiovascular presentando una

disminución en la resistencia vascular, así como un descenso en la presión arterial y un aumento de gasto cardiaco, por ello constituye un gran riesgo para la gestante que presente estas patologías requerirá de una atención y de un cuidado especializado ³⁰.

- **Enfermedades endocrinas y metabólicas :** En este grupo encontramos a la diabetes mellitus e hipertiroidismo ³¹ .
- **Enfermedades infecciosas:** Se encuentran patologías respiratorias como la Tuberculosis pulmonar, neumonía, hepatitis viral, pancreatitis aguda, entre otras.
- **Procesos tumorales :** Cáncer de mama , cuello uterino, leucemia y el cáncer de ovario ³² .

Causas de muerte materna Incidentales o accidentales: Son causas fortuitas en su naturaleza, ocurren durante el embarazo, parto o puerperio , estas se dan por los accidentes de tránsito, suicidio, violencia familiar entre otras ³³ .

Factores sociodemográficos:

Existen factores epidemiológicos relacionados con la mortalidad materna de manera general:

- **Edad materna:** Se consideran como un factor de riesgo para la mortalidad materna en aquellos grupos de edad reproductiva 10-14 y 45-49 años ²³.
- **Estado Civil:** El matrimonio y el estado civil son factores que influye en la formación de una familia, por ello estudios demuestra que se presenta mayor tasa de muerte materna en parejas con unión libre.
- **Nivel educativo:** El grado de educación en un mujer gestante , está vinculado con la capacidad de entendimiento sobre sus diversos cuidados en este período, de igual forma se ha detallado que existe mayor probabilidad de muerte materna en usuarias con bajo nivel escolar ³⁴ .

- **Nivel socioeconómico:** Hace referencia aquellas mujeres con recursos económico muy bajo, mismas que tienen dificultada para acceder a los servicios sanitario.
- **Ocupación:** La realización de trabajos forzados, mantenerse de pie por tiempos prolongados, la exposición ante agentes tóxicos y químicos generan un riesgo para la salud de la madre y el niño
- **Procedencia y Residencia :** La mujer gestante que reside en zonas rurales que presente dificultad de acceso en cuanto a transporte , vías , entre otras , se enfrentan a riesgo de muerte ²⁸.

Demoras maternas

Estudios demuestran que la muerte materna son el resultado de las demoras producidas en varias instancias : estas hacen relación a las decisiones de la madre y su familia , como aquellas que se generan en el área de salud ³⁵, por ello el manejo adecuado de los recursos y la preparación continua del personal de salud frente a las urgencias obstétricas pueden reducir el riesgo de muerte materna, así como evitar el ingreso de las mujeres gestantes en las Unidades de Cuidados Intensivos ⁷.

Tipos de demoras que suman la tasa de mortalidad materna:

- **Demora I:** Se presenta en el hogar y la comunidad, es generada por la falta de identificación de los signos de alarma y la toma de decisiones en la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia.
- **Demora II:** Acceder a un establecimiento de salud, la cual depende de su distancia, la disponibilidad de transporte y el costo del traslado.
- **Demora III:** Se presenta en las Unidades de atención para la obtención de un tratamiento adecuado y oportuno. Pese que la mujer sobrepasa las barreras 1 y 2, la provisión de cuidados obstétricos, la disponibilidad de personal capacitado,

medicamentos e insumos médicos, y su infraestructura son las condiciones generales que comprometen la vida de la gestante.

- Sin embargo, existe una IV demora relacionada con la falta de acceso a información sexual y reproductiva¹⁷.

Mortalidad materna en las Unidades Críticas de la región Sierra y la región Costa

El fallecimiento materno se encuentra vinculado con situaciones de vulnerabilidad sobre todo en los sectores con condiciones de pobreza y pobreza extrema³⁶.

Entre las cifras estimadas por el Banco Mundial, OMS, UNICEF y UNFPA menciona que la razón de muerte materna entre las regiones sierra y costa, existe un mayor índice de defunciones maternas en la sierra sobre todo en la población Indígena entre 117,1 por cada 100.000 nacidos vivos, de las cuales 57,56% de estas ocurrieron en los Hospitales, sin especificación de las áreas³⁷.

Sin embargo de acuerdo a los últimos registros, se establece que en la zona costera existió una tasa elevada de letalidad materna en especial en la provincia ; Guayas con 39 seguida de Manabí con 8 casos, a diferencia de la región sierra se presentó 25 casos de muerte materna distribuidas entre las provincias de Pichincha (6), Tungurahua (5), Loja (5) y Azuay (9), así como el 63,11% de estas muertes se produjeron en los establecimientos del Ministerio de salud Pública y el 11,65% en los domicilio¹⁸.

A demás, de acuerdo a un estudio realizado en las regiones costa y sierra de nuestro país se ha determinado que las principales complicaciones en una paciente obstétrica eran: hemorragias, Preeclampsia, sepsis, las mismas que fueron atendidas en las unidades de segundo y tercer nivel³⁸.

PRINCIPALES RESULTADOS A OBTENER

Con el desarrollo de esta investigación se espera cumplir con los objetivos propuestos, además obtener información clara y actualizada sobre la mortalidad materna en unidades críticas, también servirá como fuente de información para futuros estudios con los mismos fines, beneficiando directamente al conocimiento del receptor, por otro lado, los resultados a obtener serán aprovechados para generar medidas respecto al bienestar del binomio madre e hijo. De igual manera, contribuyera que en los Establecimientos salud las Autoridades tomen conciencia y establezcan un adecuado control y supervisión del personal salud para el logro de la erradicación de esta problemática.

DISEÑO MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación: Se llevará a cabo una revisión sistemática con enfoque descriptivo/cualitativo, que consistirá en la obtención de estudios actualizados y cuyos resultados estarán relacionados al tema expuesto, para realizar este proceso se partirá a través de las recomendaciones de la declaración PRISMA³⁹.

Base de Datos, palabras clave: Para la búsqueda del estudio se realizará a través de las siguientes bases de datos: Scielo, Google académico, Scopus, PubMeb, Web of Sciencie, OMS, MSP, OPS, de publicaciones del año 2015 hasta la actualidad. A partir de la consulta de los descriptores en ciencia de la Salud (DECS) y Medical Subject Headings (MESH), los descriptores de acuerdo a la bases serán: Mortalidad / Materna, Materna /áreas críticas , Mortalidad Materna / UCI, Muerte materna/ áreas críticas, Mortalidad materna /factores sociodemográficos, Mortalidad Materna / causas , Mortalidad Materna/ demoras , con el fin de obtener una búsqueda exitosa se realizara una interacción con los descriptores y las palabras claves (AND Y OR).

Criterios de Inclusión:

- Artículos Originales y de bases confiables.
- Tesis Doctorales.
- Estudios con enfoque mixtos.
- Últimos 5 años de Publicación.

Criterios de Exclusión:

- Ensayos.
- Artículos que no cumplan con los objetivos propuestos.
- Fecha de publicación mayores a 5 años.
- Artículos repetidos o Duplicados.

Idioma:

- Español e Ingles

PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

Esta investigación no implica la participación de los recursos humanos, por lo tanto, no requiere de un consentimiento informado.

D. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema	x	x																										
Presentación del tema a comisión de investigación de la carrera			x	x	x																							
Aprobación del tema previa solicitud a Consejo Directivo						x	x																					
Elaboración del protocolo										x	x	x	x															
Aprobación del protocolo previa sustentación y defensa del mismo ante la comisión de investigación													x	x														
Búsqueda bibliográfica detallada y amplia															x	x	x											
Selección de estudios que van a ser considerados en la investigación																		x	x									
Análisis de la calidad metodológica de los estudios seleccionados																			x	x								
Análisis de los datos y resultados de los estudios seleccionados																						x	x					
Interpretación de los resultados																										x	x	
Entrega del trabajo de titulación																											x	x
Sustentación y defensa del trabajo de titulación																											x	x

Anexo 2: CERTIFICACIÓN DE NO PLAGIO

Mortalidad Materna en Unidades Críticas			
INFORME DE ORIGINALIDAD			
9%	8%	4%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
FUENTES PRIMARIAS			
1	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet		1%
2	scielo.isciii.es Fuente de Internet		1%
3	scielo.sld.cu Fuente de Internet		1%
4	scielo.iics.una.py Fuente de Internet		1%
5	www.fundar.org.mx Fuente de Internet		<1%
6	Yesica Yolanda Rangel-Flores, Luis Eduardo Hernández-Ibarra, Alexia Guadalupe Martínez-Ledezma, Minerva García-Rangel. "Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras", <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 2019 Publicación		<1%
7	Dilys Walker, Lourdes Campero, Henry Espinoza, Bernardo Hernández, Luis Anaya, Sofia Reynoso, Ana Langer. "Deaths from Complications of Unsafe Abortion: Misclassified Second Trimester Deaths", <i>Reproductive Health Matters</i> , 2005 Publicación		<1%
8	www.paho.org Fuente de Internet		<1%
9	www.europarl.europa.eu Fuente de Internet		<1%
10	repositorionew.uasb.edu.ec Fuente de Internet		<1%
11	ginecologiayobstetricia.org.mx Fuente de Internet		<1%
12	www.savap.org.pk Fuente de Internet		<1%
13	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet		<1%
14	Daniele Melo Sardinha, Karla Valéria Batista Lima, Ana Lúcia da Silva Ferreira, Juliana Conceição Dias Garcez et al. "Clinical characteristics of Severe Acute Respiratory Syndrome by COVID-19 in Indigenous of Brazil", <i>Cold Spring Harbor Laboratory</i> , 2020 Publicación		<1%

15	humgenomics.biomedcentral.com Fuente de Internet	<1 %
16	repositori.uji.es Fuente de Internet	<1 %
17	Tariku Tesfaye Bekuma, Workinesh Deressa, Tesfaye Regassa, Getahun Fetensa. "Timing of first ANC booking among pregnant women attending ANC at public health facilities, Western Ethiopia.", Research Square, 2020 Publicación	<1 %
18	www.pewclimate.org Fuente de Internet	<1 %
19	Carolina Tarqui-Mamani, Hernan Sanabria-Rojas, Walter Portugal-Benavides, Héctor Pereyra-Zaldivar et al. "Causas de muerte materna en la región de Callao, Perú. Estudio descriptivo, 2000-2015", Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2019 Publicación	<1 %
20	Betsy Leimbigler, Christian Lammert. "Chapter 43 Gesundheitspolitik", Springer Science and Business Media LLC, 2020 Publicación	<1 %
21	centrodeconocimiento.ccb.org.co Fuente de Internet	<1 %
22	Jadresic, E.. "What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)?", Journal of Affective Disorders, 200709 Publicación	<1 %
23	www.medwave.cl Fuente de Internet	<1 %
24	www.justicewomen.com Fuente de Internet	<1 %
25	ccad.sgsica.org Fuente de Internet	<1 %
26	revistas.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
27	www.ibe.unesco.org Fuente de Internet	<1 %
28	www.cade.com.uy Fuente de Internet	<1 %
29	H E Restrepo. "Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?", Journal of Epidemiology & Community Health, 2002 Publicación	<1 %
30	biblioteca.uasb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
31	C. Pereda, V. Traves, C. Requena, C. Serra-	<1 %

Guillén, B. Llombart, O. Sanmartín, C. Guillén, E. Nagore. "Clinical Presentation of Acral Lentiginous Melanoma: A Descriptive Study", Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition), 2013

Publicación

32	www.scielosp.org Fuente de Internet	<1%
33	"XXV IUFRO World Congress: Forest Research and Cooperation for Sustainable", XXV IUFRO World Congress: Forest Research and Cooperation for Sustainable, 2019 Publicación	<1%
34	Antoni Torres. "Corticosteroids for severe CAP: the pros", Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2015 Publicación	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo

JESSICA
CAROLINA PINOS
REDROVAN

Firmado digitalmente por
JESSICA CAROLINA PINOS
REDROVAN
Fecha: 2020.11.14 17:17:40
-05'00'

Anexo 3: DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, JESSICA CAROLINA PINOS REDROVAN con documento de identidad: 0350082855, declaro que los conceptos, análisis y conclusiones del trabajo de titulación denominado: “MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES CRITICAS”, son de nuestra absoluta responsabilidad y propiedad, que no han sido previamente presentados para ningún grado o calificación profesional, respetándose íntegramente los derechos intelectuales de otras personas mediante el uso de citas.

Se autoriza a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA la publicación parcial o total de este trabajo y su reproducción sin fines de lucro.

Azogues, noviembre de 2020

JESSICA CAROLINA PINOS REDROVÁN

0350082855

Anexo 4: CERTIFICADO DE NO ADEUDAR LIBROS



El Bibliotecario de la Sede Azogues

CERTIFICA:

Que, PINOS REDROVÁN JESSICA CAROLINA. Con cédula de ciudadanía Nro. 0350082855 de la carrera de ENFERMERÍA.
No adeuda libros, a esta fecha.
Azogues, 06 de noviembre del 2020.



Byron Alonso Torres Romo
BIBLIOTECARIO

Biblioteca Universitaria
MONS. FROILAN POZO QUEVEDO

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2461111, 2461165, 2461167. Azogues: Campus Universitario "Juan Domingo El Escudo", (Frente al Terminal Terrestre). Telf: 2461072041 - 413, 2461494, 2461205, 2461567. Cañar: Calle Antonio Arce (Zona U). Telf: 072222068, 072222079. San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria Km. 7,2 Quimsaca Este y Pinará Sur. Telf: 2461117. Macas: Av. Cda. José Villanueva 17. Telf: 2796294, 2700262

