



Universidad Laica “Eloy Alfaro De Manabí”

Facultad Ciencias De La Salud

Carrera de Enfermería

Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema:

Análisis de la Incidencia de la Mortalidad Materna – Revisión Bibliográfica

Autora:

Arteaga Basurto Karla Roxana

Tutora:

Lic. Carmen Guaranguay Mgs.

Manta- Manabí- Ecuador

2025 (1)



	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería sede Manta de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular, Proyecto de Investigación bajo la autoría de la estudiante Arteaga Basurto Karla Roxana, legalmente matriculado/a en la carrera de Enfermería período académico 2023-2024, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Análisis de la Incidencia de la Mortalidad Materna".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 16 de julio del 2024.

Lo certifico,

Lic. Carmen Guaranguay Chaves, Mgs.

Docente Tutor (a)

Área: Salud y Bienestar Humano



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y SUSTENTACION

Título: Análisis de la Incidencia de la Mortalidad Materna – Revisión bibliográfica

TRABAJO FINAL DE TITULACION

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el
Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención de título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

APROBADO POR:

Mg. Mirian Santos Álvarez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Mg. Fátima Figueroa Cañarte

MIEMBRO 1

Mg. Maria Tapa Mielez

MIEMBRO 2

LO CERTIFICA
SECRETARIA DE LA FACULTAD



Declaración de autoría

Yo **Arteaga Basurto, Karla Roxana** con C.I: **131470447-7** dejo constancia de que el presente trabajo de investigación cuyo tema es “**Análisis de la Incidencia de la Mortalidad Materna**”, es de mi autoría.

Manta, 16 de Julio del 2024

Arteaga Basurto Karla Roxana

C.I. 1314704477



Agradecimientos

Agradezco a Dios por guiar mis pasos, brindarme la fortaleza necesaria para alcanzar esta meta, por darme la fuerza para enfrentar los desafíos, por la vida de mis padres que son mi motor principal de mis sueños, gracias por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida.

A mis queridos abuelos, cuyo amor, apoyo y aliento han sido mi refugio en los momentos de duda y mi fuerza en los momentos de debilidad, que me dieron el respaldo económico cuando lo necesitaba, han sido mi mayor regalo y motivación.

A mi tutora la Licenciada Carmen Guaranguay, cuya orientación experta y dedicación incansable han sido faro en este viaje. Gracias por su paciencia y compromiso con mi crecimiento académico han sido un tesoro invaluable que siempre llevaré conmigo, que este logro sea también un reflejo de su labor como educadora excepcional y un testimonio de la profunda huella que ha dejado en mi vida y en mi formación académica

A la universidad, por ser parte de mi formación académica, donde mis sueños se han forjado, donde mi mente se ha expandido y donde mi alma ha encontrado un hogar, gracias por esos grandes profesionales que tuve el placer de llamarles profesores, quienes brindaron las herramientas y el conocimiento necesario para alcanzar mis metas.

A mis queridas compañeras de estudio y futuras colegas quienes compartieron conmigo risas, lágrimas y horas de esfuerzo en conjunto. Juntas hemos crecido, aprendido y enfrentado los desafíos con valentía, a mi amiga Doménica Ojeda fuente de inspiración, quien me motivo a seguir luchando.

Arteaga Basurto Karla Roxana



Dedicatoria

A Dios mi guía y fortaleza cuya luz ha iluminado cada paso de este viaje, su infinita sabiduría y al ser mi refugio en los momentos más difíciles de mi vida, con humanidad y gratitud, reconozco su amor incondicional que ha derramado sobre mí, sin su presencia en mi vida, nada de esto hubiera sido posible.

A mi madre Mariela Basurto, mi padre José Arteaga, mis abuelos Narcisa Domínguez y Bolívar Basurto ya que sin ustedes no hubiera llegado hacer lo que hoy en día soy, todos los valores que fueron inculcados me han formado una persona profesional de bien con principios inquebrantables.

A mí tutora la Licenciada Carmen Guaranguay, por toda su dedicación y enseñanza que ha moldeado mi mente y mi pensamiento crítico. Su compromiso con mi crecimiento académico y personal han sido evidente en cada reunión, y en cada corrección, su guía, ha sido el faro que me ha iluminado en cada paso del camino hacia la realización de mi tesis.

A mi prestigiosa universidad, que ha sido el escenario donde florecieron mis sueños y aspiraciones, desde el momento en que crucé sus puertas por primera vez, supe que estaba pisando un terreno fértil para el crecimiento personal y académico.

Arteaga Basurto Karla Roxana



ÍNDICE

Declaración de autoría	IV
Agradecimientos	V
Dedicatoria	VI
Resumen.....	XI
Introducción	1
Planteamiento del problema.....	3
Delimitación de la investigación.....	5
Justificación	6
Pregunta de investigación	8
Objetivos de la investigación	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos.....	9
CAPITULO I	10
1. Marco teórico	10
1.1. Antecedentes	10
1.2. Mortalidad Materna	11
1.3. Incidencia	14
1.4. Principales Demoras	19
1.4.1. Primer Retraso	20



1.4.2.	Segundo Retraso	20
1.4.3.	Tercer Retraso	21
1.5.	Clasificación	22
1.5.1.	De origen obstétrico.....	22
1.5.2.	Por su evitabilidad.....	22
1.6.	Causas	23
1.6.1.	Causas directas de muerte.....	24
1.6.2.	Causas indirectas de muerte.....	26
1.7.	Factores de riesgo de la mortalidad materna.....	28
1.7.1.	Factor socioeconómico	29
1.7.2.	Factor de salud	31
1.7.3.	Factor cultural	33
1.8.	Prevención.....	35
1.10.	Teorizante de enfermería.....	38
1.10.1.	Dorothea Orem “Teoría del déficit de autocuidado”	38
1.11.	Intervención de la enfermera en la prevención de complicaciones durante el embarazo y la mortalidad materna.....	39
CAPITULO II		42
2.	Metodología	42
2.1.	Tipo de investigación.....	42



2.2.	Población.....	42
2.3.	Estrategia de búsqueda.....	42
2.4.	Criterios de la investigación.....	43
2.5.	Extracción de datos.....	44
2.5.1.	Instrumentos.....	44
2.6.	Organización de la información.....	44
2.7.	Flujograma.....	45
2.8.	Análisis de datos.....	46
CAPITULO III.....		47
3.	Resultados.....	47
3.1.	Análisis e interpretación de resultados.....	47
	Grafitabla N°1; Revistas científicas en salud.....	47
	Grafitabla N°2; Bases de datos científicas en salud.....	48
	Grafitabla N°3; Distribución de publicación por Continentes.....	49
	Grafitabla N°4; Diseño de Estudio.....	50
	Grafitabla N°5; Año de publicación.....	51
	Tabla de evidencia de los artículos incluido sobre el Análisis de la incidencia de mortalidad materna.....	52
4.	Discusión.....	66
5.	Conclusión.....	68



6. Recomendación.....	69
CAPITULO IV.....	70
7. Diseño de la Propuesta.....	70
7.1. Título de la Propuesta	70
7.2. Introducción	70
7.3. Objetivo general.....	72
7.4. Objetivos específicos	72
7.5. Fundamentación de la propuesta.....	72
7.6. Alcance de la propuesta	73
Bibliografía	74
Anexos	82



ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Introducción: la muerte materna es un indicador que permite medir el desarrollo social de un país y tiene un gran impacto a nivel familiar y social. **Objetivo:** el presente estudio analiza los factores socioeconómicos, de salud y culturales que afectan la mortalidad materna.

Metodología: el tipo de estudio que se ha seleccionado para la investigación es descriptivo de revisión bibliográfica, porque detalla la incidencia de mortalidad materna y sus factores socioeconómicos, de salud y culturales, a través de la revisión de artículos científicos, en bases indexadas de salud. **Resultados:** a través de este estudio se pudo evidenciar que la mayor base de datos consultadas fue en PubMed en el año 2022, con tipo de diseño descriptivo, se puede constatar que alrededor del 62% de la mortalidad materna es en los países en vía de desarrollo, atribuidas por los factores socioeconómicos, factores de salud y el factor cultural, que se puede medir con el modelo de Thaddeus y Maine lo que permite evaluar las tres demoras ; decidir buscar atención; llegar a los centros de salud para recibir atención, incluido el transporte, y recibir la atención adecuada en los centros, contribuyen a la muerte materna. **Conclusiones:** las muertes maternas fueron en su mayoría evitables, distribuidas dispersamente entre los diferentes niveles socioeconómicos, de salud y cultural, como medida efectiva se pretende fortalecer las competencias del personal sanitario y desarrollar herramientas que permitan la identificación temprana del riesgo obstétrico, teniendo en cuenta en Modelo de Thaddeus y Maine.

Palabras claves: mortalidad materna, muertes relacionadas con el embarazo, causas de muerte, incidencia de muerte materna, factores socioeconómicos, nivel de salud, determinantes culturales.



ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF MATERNAL MORTALITY – LITERATURE REVIEW

ABSTRACT:

Introduction: maternal death is an indicator that allows measuring the social development of a country and has a great impact at the family and social level. **Objective:** The present study analyzes the socioeconomic, health and cultural factors that affect maternal mortality. **Methodology:** the type of study that has been selected for the research is a descriptive literature review, because it details the incidence of maternal mortality and its socioeconomic, health and cultural factors, through the review of scientific articles, in indexed health databases. **Results:** through this study it was evident that the largest database consulted was in PubMed in the year 2022, with a descriptive design type, it can be seen that around 62% of maternal mortality is in developing countries. development, attributed by socioeconomic factors, health factors and the cultural factor, which can be measured with the Thaddeus and Maine model, which allows the three delays to be evaluated; decide to seek care; reaching health centers to receive care, including transportation, and receiving appropriate care at the centers, contribute to maternal death. **Conclusions:** maternal deaths were mostly avoidable, dispersedly distributed among different socioeconomic, health and cultural levels. As an effective measure, the aim is to strengthen the skills of health personnel and develop tools that allow early identification of obstetric risk, taking into account in Thaddeus and Maine Model.

Keywords: maternal mortality, pregnancy-related deaths, causes of death, incidence of maternal death, socioeconomic factors, health level, cultural determinants.



Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “una muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo”, pero no por causas accidentales o incidentales (Alipour Jahanpour & Afsaneh, 2023).

Las muertes maternas son expresión del carácter social presente en las formas de morir en los grupos humanos. Dicho indicador también constituye un reflejo del avance de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; así como, de la accesibilidad y la calidad en la atención de salud relacionadas con ellos. (Borrego, y otros, 2021)

Los países desarrollados tienen una tasa de mortalidad materna de 12 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y los países en desarrollo de 239 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Se considera razonable hasta 20 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (Souza SilvaI & Sierra MartinsI, 2017)

El doble desafío de reducir los niveles de mortalidad materna y abordar sus desigualdades se ha reflejado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que establece una meta mundial de menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para 2030 (Sanhueza, Mujica, Soliz, Cox, & de Mucio, 2023)

La OMS considera que hasta un 95% de las muertes maternas pueden prevenirse, en Ecuador el plan de reducción de muertes materna implementado con diferentes actividades y estrategias muestran resultados positivos. Un avance importante es contar con un sistema de vigilancia de la mortalidad materna, que permite contar con información de cada una de las



muertes ocurridas el análisis de esta debe orientar la aplicación de estrategias que contribuyan a evitar las muertes (Inca Ruiz , Vinueza Orozco , & León Insuasty, 2019)

Los factores socioeconómicos, de salud y culturales afectan a la mortalidad materna, estos determinantes pueden incluir de manera significativa en el estado reproductivo o incluir aproximadamente a las causas biológicas de la muerte.

La prioridad del significado médico y social de la mortalidad materna apunta a la necesidad de un análisis dinámico de los factores y causas, para desarrollar una estrategia organizacional adecuada de los servicios de ginecología y obstetricia a nivel regional para reducirla (Mora , y otros, 2020)

Por otro lado, la enfermera es la profesional del equipo de salud que mayor tiempo permanece con la mujer, la familia y la comunidad en los diferentes momentos de atención. No solo desde la clínica, sino desde otros escenarios de desempeño laboral como son la salud pública, el ejercicio independiente, la gerencia, el ámbito de la investigación y la docencia. Además, es un recurso humano que actúa, tanto a partir de los conocimientos teóricos que contribuyen al manejo del fenómeno, como desde la puesta en marcha de una multiplicidad de prácticas respaldadas científicamente que benefician la salud de la mujer en edad fértil, del hijo por nacer, de la familia y por ende de la sociedad en general. (Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018)

Como la mortalidad materna es un fenómeno multidisciplinario que involucra una variedad de factores, en el presente estudio se trató de resumir todos los determinantes. El objetivo de este estudio es analizar los factores socioeconómicos, de salud y culturales que afectan la mortalidad materna.



Planteamiento del problema

La mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer ocurrida durante el curso del embarazo o en los 42 días posteriores después del parto (independientemente su duración o lugar de ocurrencia), y generada por causa determinada o agravada por el embarazo (tratamiento, cuidados que el mismo motiva), o producida por la confluencia de estos; pero nunca ni accidental, ni fortuita. (Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018)

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren en todo el mundo aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

La mortalidad materna es un importante problema de salud pública y de derechos humanos, refleja los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres, la cual está siendo considerada crecientemente como el más importante indicador de desarrollo en contraparte a los indicadores económicos, y un indicador muy sensible del progreso de los pueblos. (Mora , y otros, 2020)

En los países desarrollados la tasa de mortalidad materna es de 12 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, a diferencia de los países en desarrollo de 239 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Se considera razonable hasta 20 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. (Souza SilvaI & Sierra Martinsl, 2017)

En las regiones menos desarrolladas del país, las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes tienen un nivel socioeconómico bajo, además de un inicio tardío de la atención prenatal y un acceso inadecuado a la atención del parto. La presencia de uno o más de estos factores puede contribuir a complicaciones durante el embarazo, parto y parto, impactando el



resultado del embarazo y la vitalidad de la gestante, puérpera y recién nacido. (Ramalho, y otros, 2023)

La identificación de causas de muerte materna como el acceso a la atención médica durante la atención prenatal, del parto y el puerperio, la calidad de la asistencia de emergencias obstétricas, la edad, citas prenatales y determinantes sociales involucrados generan inequidades en materia de salud que deberán ser abordados por los países de manera crucial. (Gomes Dias, y otros, 2023)

A pesar de las grandes mejoras en la atención sanitaria, la mortalidad materna sigue aumentando en los países en desarrollo, por ende, es necesario tomar medidas para abordar las altas tasas de muerte de mujeres debido a complicaciones asociadas al embarazo.

Para lograr una mayor reducción de la mortalidad materna, varios países han adoptado una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 que consiste en reducir la razón de mortalidad materna al menos de 70 muertes por 100 000 nacidos vivos para 2030. (Mora , y otros, 2020)

Por tal razón es necesario superar varios desafíos, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Hoy en día, mejorar la salud materna es la prioridad de la mayoría de las comunidades y organizaciones, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Delimitación de la investigación

La mortalidad materna refleja no solo un problema de salud pública sino también de inequidad social expresada en la falta equitativa de oportunidades económicas, sociales, educativas. Tiene profundas consecuencias sociales y económicas que afectan a la familia en su dinámica y estructura, la ausencia de la madre reduce la supervivencia de los recién nacidos, afecta el crecimiento y desarrollo de los niños, reduce el desempeño de los mismo durante la etapa escolar, resta los ingresos económicos de la familia y la sociedad. (Inca Ruiz , Vinueza Orozco , & León Insuasty, 2019)

La investigación se centrará en la búsqueda de artículos científicos avalados mundialmente en salud con el tema de Mortalidad Materna en un período específico de tiempo los cuales corresponden a los artículos de los últimos 5 años es decir del año 2018 al 2023, para analizar los factores socioeconómicos, de salud y culturales asociadas a la muerte materna.



Justificación

La mortalidad materna es un importante problema de salud pública y de derechos humanos, refleja los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres, la cual está siendo considerada crecientemente como el más importante indicador de desarrollo en contraparte a los indicadores económicos, y un indicador muy sensible del progreso de los pueblos. (Mora , y otros, 2020)

Por lo tanto, el conocimiento del nivel de mortalidad materna es fundamental para determinar las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como la salud de las mujeres e, indirectamente, su estatus socioeconómico y su inequidad. La determinación de la razón de mortalidad materna (RMM), sus factores socioeconómicos, de salud y culturales asociadas a la muerte materna, son necesarios para diagnosticar, evaluar el progreso y la eficacia de los programas existentes.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas se centra en mejorar la salud materna para reducir la tasa de mortalidad materna en todo el mundo a < 70 por 100 000 nacidos vivos para 2030. (Khalili, Mashrouteh, Haghdoost, Torkian, & Chegeni, 2023)

Alcanzar esa meta regional para la mortalidad materna en las Américas (una región de más de 1.000 millones de habitantes) exigirá grandes esfuerzos a nivel nacional y local, especialmente si, yendo más allá de los promedios, se centra la muy necesaria atención en reducir las desigualdades distributivas en la mortalidad materna como Bueno. (Sanhueza, Mujica, Soliz, Cox, & de Mucio, 2023)



En 2020 se reportaron alrededor de 287.000 muertes maternas en diferentes contextos y países, aunque solo el 1% ocurrió en países desarrollados. Teniendo en cuenta que la mayoría de estas muertes ocurren por causas prevenibles, la mortalidad materna es un indicador sensible de las condiciones de salud y calidad de vida de una población, especialmente por su estrecha relación con el acceso inadecuado a los servicios de atención prenatal y del parto. (Ramalho, y otros, 2023)

La mortalidad materna se relaciona a fallas en las acciones para promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres, y se produce cuando existen desigualdades e iniquidades en el acceso a los servicios de salud, a la atención prenatal y al parto (Flores Ceccon, y otros, 2019)

En este contexto, surge la necesidad de buscar caminos y soluciones para enfrentar esta problemática, por medio de la identificación de intervenciones efectivas en la reducción de la mortalidad materna durante el período prenatal y el parto.

Reducir la mortalidad materna es una prioridad y un desafío para el mundo, por ende, es indispensable la identificación de los factores socioeconómicos, de salud y culturales que impactan la mortalidad materna, los cuales se configuran como un importante campo de estudio en los distintos países. La magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada.



Pregunta de investigación

¿Cómo influyen los factores socioeconómicos, de salud y culturales en la atención prenatal y parto en la mortalidad materna?



Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Analizar los factores socioeconómicos, de salud y culturales que afectan la mortalidad materna.

Objetivos Específicos

- Buscar información de artículos científicos sobre la mortalidad materna.
- Realizar lectura crítica sobre la mortalidad materna.
- Identificar los factores socioeconómicos, de salud y culturales que impactan la mortalidad materna.
- Proporcionar una guía de Checklist para la evaluación crítica de artículos científicos facilitando la difusión de este estudio a través de la capacitación continua entre mis compañeros, con el fin de fomentar un intercambio de conocimientos.



CAPITULO I

1. Marco teórico

1.1. Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 75% de los países que observan una alta tasa de mortalidad materna en el mundo están afectados por la guerra, y en el año 2008, el 50% del total de mujeres que murieron durante el parto procedían originalmente de sólo ocho países que involucraban con conflictos armados actuales o recientes (Mamkhezri, Razzaghi, Khezri, & Heshmati, 2022).

Las guerras y las guerras civiles pueden afectar la prestación de servicios de salud y las condiciones de vida de la población al aumentar la mortalidad materna. En 2008, el 50% de las muertes maternas ocurrieron en ocho países con guerras recientes o en curso, y el 75% de los países con una alta tasa de mortalidad materna en todo el mundo estaban en guerra. Entre 2000 y 2017, más del 25% de los países africanos (14 países) han estado en guerra o guerra civil en algún momento. Había cinco países en África Oriental (Eritrea, Etiopía, Ruanda, Somalia, Sudán del Sur, Sudán), tres en África Central (Burundi, República Centroafricana, República Democrática del Congo), dos en África Occidental (Liberia y Sierra Leona), dos en Sudáfrica (Angola, Mozambique) y uno en el Norte de África (Libia). El terrorismo y la guerra en los países adyacentes tienen un impacto indirecto en la elevación de la mortalidad materna a escala regional. (Onambélé Luc & João Forjaz María, 2022).

Aunque la guerra contribuye de manera clave a la mortalidad materna; sin embargo, los riesgos políticos de conflictos han aumentado rápidamente en la última década, especialmente en Medio Oriente y África. Estos países sufren principalmente de inestabilidad política y conflictos

armados, étnicos o religiosos; por lo tanto, se encuentran entre los peores países del mundo, con altas tasas de mortalidad materna (Mamkhezri, Razzaghi, Khezri, & Heshmati, 2022).

1.2. Mortalidad Materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la causa de la muerte (obstétrica y no obstétrica)” (Malahat Khalili, 2023).

La mortalidad materna (MM) constituye un problema de salud pública a nivel internacional. Su comportamiento es expresión del funcionamiento integral de los sistemas de salud pública en los diferentes países (Borrego, y otros, 2021).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, 303.000 mujeres murieron por complicaciones durante el embarazo o el parto. El 99% correspondió a países en desarrollo y la mayoría de las muertes podrían haberse evitado. Los niños sin madre tienen de 3 a 10 probabilidades más de morir en los dos años siguientes a la muerte de la madre.

A nivel internacional el énfasis en los análisis de la mortalidad materna (MM) comienza a partir de los años ochenta, momento en que se producen cuestionamientos a los programas materno-infantiles tradicionales enfocados en la salud de los infantes y no en el bienestar de las mujeres. En este contexto, la mortalidad materna (MM) alcanza mayor visibilidad en conferencias y agendas internacionales (Borrego, y otros, 2021).

La salud materna es un indicador de los niveles de desarrollo y desigualdad de una nación, por ser un reflejo de la pobreza y la exclusión social. El efecto de la muerte materna en el grupo social relacionado tiene efectos multiplicadores, ya que implica en la mayoría de los casos



deslocalización familiar, impacto económico y la interrupción del normal desarrollo social de los huérfanos. (Román, 2018).

La mortalidad materna no sólo el mal estado de salud de las madres y la mala calidad de los servicios de atención de salud, sino también en niveles macro, indica una mala situación económica, social, cultural y política en una comunidad y también una mala situación. de las mujeres en su sociedad. (Tajvar, Hajizadeh , & Zalvand, 2022).

Los principales determinantes de la mortalidad materna son las precarias condiciones de atención prenatal y del parto, y la necesidad de que las mujeres embarazadas busquen atención durante el parto, además de las comorbilidades y el bajo nivel de educación. También vale la pena mencionar los problemas derivados del aborto no espontáneo, procedimiento no permitido legalmente en el país, salvo en condiciones específicas, además de la excesiva medicalización y la indicación de intervenciones quirúrgicas (cesáreas), muchas veces innecesarias. (Ramalho, y otros, 2023)

En los países de ingresos altos se ha reducido drásticamente en las últimas décadas, pero todavía ocurre en alrededor de 10 por 100.000 nacimientos en los países de ingresos altos. En las regiones menos desarrolladas del país, las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes tienen un nivel socioeconómico bajo, además de un inicio tardío de la atención prenatal y un acceso inadecuado a la atención del parto. La presencia de uno o más de estos factores puede contribuir a complicaciones durante el embarazo, parto y parto, impactando el resultado del embarazo y la vitalidad de la gestante, puérpera y recién nacido.

La enorme diferencia en la mortalidad materna entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo se explica principalmente por las diferencias de acceso a servicios de salud,



capaces de ofertar cuidados obstétricos esenciales de calidad. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (Mora , y otros, 2020)

La mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio sigue siendo elevada en todo el mundo. En 2020 se reportaron alrededor de 287.000 muertes maternas en diferentes contextos y países, aunque solo el 1% ocurrió en países desarrollados. Teniendo en cuenta que la mayoría de estas muertes ocurren por causas prevenibles, la mortalidad materna es un indicador sensible de las condiciones de salud y calidad de vida de una población, especialmente por su estrecha relación con el acceso inadecuado a los servicios de atención prenatal y del parto (Ramalho, y otros, 2023)

La mortalidad materna se relaciona a fallas en las acciones para promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres, y se produce cuando existen desigualdades e inequidades en el acceso a los servicios de salud, a la atención prenatal y al parto. Este hecho ocurre, incluso, en ciudades con un gran número de habitantes donde se espera menor prevalencia de estas muertes. (Flores Ceccon, y otros, 2019)

Para lograr una mayor reducción de la mortalidad materna, los países han adoptado una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 que consiste en reducir la razón de mortalidad materna (muertes de mujeres en embarazo, parto y hasta 42 días después del parto por cada cien mil nacidos vivos) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial. (Mora , y otros, 2020)

Hoy en día, mejorar la salud materna es la prioridad de la mayoría de las comunidades y organizaciones, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS). El quinto objetivo de los



ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se centró en la reducción de la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. A pesar de la intensa atención política de los países hacia el ODM5(mejorar la salud materna), la mayoría de ellos todavía están lejos de alcanzar sus metas (Tajvar, Hajizadeh , & Zalvand, 2022)

1.3. Incidencia

En Brasil, a pesar de los avances en la atención prenatal y las importantes inversiones realizadas por el Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad materna (RMM) sigue siendo alta y desproporcionada con el nivel de desarrollo económico del país, teniendo en cuenta que la RMM aumentó entre 2019 y 2020 oscilando entre 58 y 75 muertes por 100.000 nacidos vivos. Estos parámetros indican que el país aún no ha logrado la reducción de la mortalidad materna establecida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Ramalho, y otros, 2023)

En Chile en el período 1990-2015 se registraron 1483 muertes maternas y 6583612 los nacidos vivos ocurridos e inscritos (NVO). En Chile, de acuerdo con los reportes del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se ha reducido la gran multiparidad (4,97% en 1990 a 1,89% en 2015), la reducción de la RMM se inicia en la década de los años 60. Luego de la incorporación de los métodos anticonceptivos en el sistema público de salud se observó una importante reducción de las muertes por aborto (Vera & Donoso, 2019).

En el caso de Cuba, la estimación del Grupo Inter agencial de Estimaciones de Mortalidad Materna (MMEIG) para el 2013 fue de 80,0 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos incluidas las muertes maternas tardías, en contraste con la cifra oficial publicada por Cuba de 38,9, en la que no se incluyen las muertes maternas tardías. Desde el punto de vista epidemiológico y asistencial, en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud se establece la



atención de las mujeres embarazadas y puérperas como un componente fundamental (Constantén, y otros, 2018).

Durante el período 2009-2014, en Santander (Colombia) se notificaron 82 muertes maternas, con una razón entre 54 y 72,9 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV); encontrándose que el máximo valor se presentó en el año 2009; no obstante Santander estaría cumpliendo en algunos municipios con las metas propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública (meta para mortalidad materna menor de 62,4 por 100 000 NV) (Álvarez Sierra, 2020)

En el año 2000 dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el número 5 corresponde a "Mejorar la salud materna", la meta 5 A buscaba "Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2 015", esta meta no fue cumplida por muchos de los países lo que llevó a que sea incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. "En el caso de Ecuador en 1990, la RMM fue de 154 por 100 000 nacidos vivos estimados; para el año 2014 la Razón de Mortalidad Materna fue de 49.16 por 100 000 nacidos vivos estimados, siendo la reducción en este periodo para el país de 68%", por lo tanto, el Ecuador no alcanzó la meta de los ODM (Inca Ruiz , Vinueza Orozco , & León Insuasty, 2019).

México presenta una mayor incidencia en las áreas metropolitanas, el 60% de estas muertes ocurren en mujeres más jóvenes entre 20 y 34 años. Más del 90% de las mujeres fallecidas tuvieron atención prenatal por causas prevenibles asociadas a una atención de mala calidad. En los últimos años se ha producido un cambio en las principales causas de muerte materna, en años anteriores las principales causas de muerte materna correspondían a la enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia, infección puerperal, aborto y otras causas. Actualmente, ha habido un aumento en la proporción de causas obstétricas indirectas que no



están directamente relacionadas con el acceso tardío o deficiencias en la calidad de la atención (Román, 2018).

En Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social -MSPBS- ha ido ejecutando distintas líneas de acción a fin de afrontar la mortalidad materna y tomar las medidas necesarias. Tal es el caso del fortalecimiento del Sistema Informático Perinatal (SIP). De esta manera, Paraguay ha logrado disminuir en un 48% las muertes maternas según las nuevas estimaciones de mortalidad infantil y materna publicadas recientemente por UNICEF y la OMS. En el año 2000, se registraban 162 muertes, mientras que, en el 2017, la cifra bajó a 84 por cada 100.000 nacidos vivos. (Mora , y otros, 2020)

Entre 2000 y 2017, la tasa de mortalidad materna mundial disminuyó un 38%, lo que representa una caída de 342 muertes a 211 muertes por cada 100.000 nacimientos (nacidos vivos), lo que se traduce en una tasa media anual de reducción del 2,9% [1]. Si bien esta cifra representa una disminución global de la tasa de mortalidad materna, la mejora en la salud materna se ha producido de manera desigual, siendo la mayor carga de muertes maternas (94%) que ocurren en los países en desarrollo. La razón de mortalidad materna (RMM) de la República Dominicana (RD) ha aumentado durante el período comprendido entre 2000 y 2017, pasando de 80 en 2000 a 95 en 2017 (De Jesús María & Hopman William, 2023).

La mayor disminución anual de la tasa de mortalidad materna se produjo en Asia Oriental (5%) y la más baja en el Caribe (1,8%) entre 1990 y 2015. La tasa de mortalidad materna (TMM) también disminuyó en la mayoría de los países industrializados desarrollados durante el período 2000-2014. La mortalidad materna es mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados,



y > 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo y la mayoría son evitables. (Malahat Khalili, 2023)

La República Islámica de Irán es un país de ingresos medios con una población de 84 millones (49% mujeres), y ha alcanzado el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna. Según el último informe del Ministerio de Salud iraní, la tasa de mortalidad materna alcanzó 17,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2018 (26). Sin embargo, esta cifra no es lo suficientemente baja en comparación con algunos países desarrollados (Malahat Khalili, 2023)

Según las estadísticas de la OMS en 2017, aproximadamente 810 mujeres murieron cada día por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto, y el 94% de estas muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos bajos. En los países menos desarrollados, la tasa de mortalidad materna es de 415 por 100.000 nacidos vivos, cifra muy alta en comparación con Europa y América del Norte (12 por 100.000 nacidos vivos), así como con Australia y Nueva Zelanda (7 por 100.000 nacidos vivos) (Alipour Jahanpour & Afsaneh, 2023)

Como uno de los pocos países de la Cuenta Regresiva que ha logrado el objetivo, China ha reducido la tasa de mortalidad materna a una tasa anualizada del 6,5% anual, una de las disminuciones más rápidas del mundo. La tasa nacional de mortalidad materna cayó de 111,0 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 21,8 por 100.000 nacidos vivos en 2015. (Donghua Li & WeiQing Ning, 2021).

Sin embargo, Corea del Sur tuvo la sexta tasa de mortalidad materna más alta en 2017 entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), a pesar de que el país tiene una alta accesibilidad a obstetras e instalaciones obstétricas. Reducir



las muertes prevenibles relacionadas con el embarazo, es necesario encontrar los factores que podrían conducir a la mortalidad materna, incluido el estado clínico materno y el nivel socioeconómico en relación con el sistema de salud (Wonjeong Jeong & Nam, 2020).

Entre 2000 y 2017, la tasa de mortalidad materna mundial cayó de 451.000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos a 295.000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Lamentablemente, ocho países (Samoa Americana, Canadá, Grecia, Guatemala, Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Zimbabue), incluidos los Estados Unidos (EE. UU.), no han podido reducir significativamente su tasa de mortalidad materna. Sin embargo, en las últimas décadas, ha tenido una tendencia ascendente. Entre 1987 y 2016, la tasa de mortalidad materna (TMM) en los EE. UU. aumentó de 7,2 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 16,9 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. (Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021)

La muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio está considerada como una manifestación de fracaso en la atención a la salud sexual y reproductiva. Su desconocimiento y altos índices en muchos países de escasos recursos son un testimonio del descuido de esta prioridad de salud. (Constantén, y otros, 2018)



1.4. Principales Demoras

El modelo de los tres retrasos se considera ampliamente como un enfoque integral para examinar las barreras para buscar atención obstétrica y prevenir la mortalidad materna. El modelo explora qué, por qué y cómo ocurrieron las muertes maternas. Este modelo ayuda a determinar los factores asociados con la comunidad, así como los niveles de servicios de salud, que contribuyen a las muertes relacionadas con el embarazo y el parto (Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019).

El retraso como factor de riesgo de muerte materna afectan el intervalo entre la aparición de una complicación obstétrica en una mujer embarazada y su resultado. Estos factores retrasan la decisión de la parturienta de buscar atención médica a tiempo (primer retraso), retrasan su llegada a un centro de salud a tiempo (segundo retraso) y retrasan la prestación oportuna de atención médica adecuada (tercer retraso). (Imani Bin Eradi Ramazani & Monique, 2022)

El modelo de los tres retrasos de Thaddeus y Maine se introdujo como una herramienta eficaz para evaluar las circunstancias que rodean el acceso y la idoneidad de la Atención obstétrica y neonatal de emergencia (EmONC). Este modelo identifica barreras y puntos de intervención durante el camino de la mujer desde el hogar al hospital. (Mohammed, y otros, 2020)

En relación con las muertes maternas en función del momento de abordaje de una mujer embarazada o parturienta, se identifican las definiciones de tres tipos de “demora” a citar:



1.4.1. Primer Retraso

Este retraso se refiere a la decisión de la mujer, familia o comunidad de acudir al hospital para recibir atención obstétrica cuando comienza a sentir signos de peligro antes del parto. Se asocia con el contexto sociocultural, el estatus socioeconómico de la parturiente, el conocimiento de los signos de peligro en el embarazo y/o la percepción de la gravedad de la enfermedad durante el embarazo, el costo previo de la atención y la experiencia previa con el sistema de salud. (Imani Bin Eradi Ramazani & Monique, 2022)

El tiempo de demora en la decisión de buscar atención médica (desde el inicio de la enfermedad de la mujer hasta el momento en que se reconoce que el problema requiere atención). La falta de información y el conocimiento inadecuado sobre las señales de peligro durante el embarazo y el parto, el nivel de alfabetización sanitaria de la madre o del cuidador, la jerarquía social que restringe a las mujeres a la hora de buscar atención sanitaria y la pobreza contribuyen al retraso 1. (Tun , y otros, 2023)

1.4.2. Segundo Retraso

Este retraso se refiere a la llegada de la parturienta al centro de salud para recibir atención obstétrica. Se refiere a los problemas de accesibilidad (distancia entre el hogar de la mujer y el establecimiento de salud, mala infraestructura vial, costo de transporte y distribución de los establecimientos de salud en la zona de salud donde reside) que le impiden llegar oportunamente al hospital, sumándose la mala organización comunitaria, que conlleva a un traslado inseguro a servicio de salud de mejor capacidad resolutiva (Imani Bin Eradi Ramazani & Monique, 2022).

El tiempo de demora para llegar a un establecimiento de salud adecuado (desde que se reconoce el problema hasta el momento de llegar a un establecimiento de salud). La lejanía geográfica, incluida la mala infraestructura vial, la falta o escasez de transporte público, los



costos de tiempo y oportunidad y las preocupaciones de seguridad, contribuyen al Retraso 2 (Tun , y otros, 2023).

1.4.3. Tercer Retraso

Este retraso se refiere a la atención obstétrica de la mujer por parte del personal sanitario en un centro de salud. Este factor está vinculado al servicio que ofrece el establecimiento de salud a la parturienta y se refiere a la incompetencia del personal de salud y a la insuficiencia o ausencia de materiales, equipos médicos, insumos (medicamentos) y personal calificado que pueda brindar una atención adecuada. medio ambiente y otros factores esenciales. (Imani Bin Eradi Ramazani & Monique, 2022)

La falta de reconocimiento oportuno y derivación de casos complicados que provocan un retraso en la llegada a un centro de nivel superior, accidentes anestésicos, insuficiencia de suministros, equipos, personal capacitado y la competencia de los proveedores de atención médica son los factores relevantes del retraso 3 (Tun , y otros, 2023).

El modelo de los "Tres retrasos" de Thaddeus y Maine es el reconocimiento de la naturaleza compleja e interconectada de los factores que impiden obtener atención materna de alta calidad para las mujeres embarazadas y sus familias. Este impedimento juega un papel instrumental en el camino hacia las muertes maternas (Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019). Son muchos los factores que pueden desencadenar la mortalidad materna, como el acceso a la atención médica, la calidad de la atención médica durante la atención prenatal, la atención del parto y el puerperio, la calidad de la asistencia de emergencias obstétricas, edad, años de educación, citas prenatales, situación matrimonial, y factores socioeconómicos.



1.5. Clasificación

La clasificación precisa de las causas de la mortalidad materna es crucial para planificar intervenciones específicas destinadas a lograr el objetivo de poner fin a las muertes maternas evitables (Alipour Jahanpour & Afsaneh, 2023)

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, las muertes maternas se agrupan de la siguiente manera:

1.5.1. *De origen obstétrico*

Muertes maternas obstétricas directas: Son las que resultan de complicaciones del estado de embarazo, de intervenciones elegidas o requeridas, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de eventos iniciada por las circunstancias mencionadas.

Muertes obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad preexistente o desarrollado durante el embarazo que se agravó durante el mismo y causó la muerte.

No obstétricas: son las que ocurren por una causa accidental, incidental no relacionada con el embarazo y su manejo.

1.5.2. *Por su evitabilidad*

Muerte evitable: es la que ocurrió por un tratamiento defectuoso en la unidad obstétrica u otros servicios antes de la admisión, o por condiciones adversas a la comunidad, tales como transporte inadecuado, desconfianza en los servicios, ignorancia de la paciente, no busco consejos o recomendaciones terapéuticas y otras. Estas muertes pueden evitarse con las acciones de los servicios de salud.

Muerte no evitable: incluye todos los casos que no se pudo alterar la historia natural de la enfermedad, a pesar de llevarse a cabo las acciones correctas y oportunas.



Desconocidas

Son las defunciones por causas ignoradas no comprendidas en las categorías anteriores, pero relacionadas con el embarazo parto y puerperio.

Muerte materna evitable con responsabilidad de la paciente

Son las muertes maternas que se hubieran evitado de haber acudido la mujer de forma oportuna a recibir atención prenatal, natal. o postnatal y cuyo retraso haya sido por causa de la paciente misma o su familia.

Muerte materna evitable con responsabilidad profesional

Son las muertes maternas que se hubieran evitado si no hubiera ocurrido un error de juicio, de manejo o de la técnica, incluyendo fallas para reconocer la complicación o evolución apropiada, precipitaciones o demoras en las intervenciones y problemas al utilizar métodos actualizados.

Muerte materna evitable con responsabilidad hospitalaria

Es la muerte que se hubiera podido evitar si la mujer hubiera recibido en forma oportuna los servicios que debe prestar el hospital o la institución o la institución, como banco de sangre, medicamentos, para el tratamiento adecuado del accidente o de la complicación.

1.6. Causas

Las causas de muerte materna, según la Clasificación Internacional de Enfermedades-Mortalidad Materna (CIE-MM), se clasifican en causas directas e indirectas, sin diversidad entre ellos. (Maryam Tajvar & Zalvand, 2022)



Las causas obstétricas directas están relacionadas con complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, debido a tratamientos inadecuados, malas prácticas y omisiones. Las causas obstétricas indirectas son aquellas resultantes de enfermedades que existían antes del embarazo o de una patología desarrollada durante el embarazo, sin asociación con causas obstétricas directas, pero que se agravan por condiciones fisiológicas específicas del embarazo (Souza SilvaI & Sierra MartinsI, 2017)

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. Aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales en los países en desarrollo.

Una de las causas del desconocimiento del nivel real de mortalidad materna es la subestimación por subregistro, que varía según los países: en los llamados países desarrollados el subregistro de causas o las deficiencias de clasificación ocurren cuando la causa registrada del deceso no revela el verdadero vínculo entre el embarazo y la muerte materna; mientras, en los países en desarrollo incide también la ausencia de sistemas de medición eficientes, lo que obstaculiza la notificación y limita las posibilidades de realizar comparaciones internacionales. (Constantén, y otros, 2018)

1.6.1. Causas directas de muerte

Hemorragia

Hemorragia obstétrica es un término general utilizado para referirse al momento del sangrado materno que comienza desde la viabilidad del feto (después de un embarazo de 7



meses) hasta el parto y se extiende hasta 42 días después del parto, lo que en última instancia resulta en una hemorragia significativa. pérdida de sangre periparto. La calidad de la atención de salud, que se define por la disponibilidad de personal capacitado, productos esenciales para la salud materna y el estado físico (Neamin Tesfay, Zenebe, Firde, & Woldeyohannes, 2022)

Puede ser ante parto, como en el caso de placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta en la cual su incidencia aumenta con la edad, mujeres con gran paridad; o durante el parto y post parto inmediato, se considera la principal causa de mortalidad materna hasta el 30% de los casos, por atonía uterina, es muy probable que el útero sobre distendido quede hipotónico después del parto, o por desgarros del tracto genital.

El embarazo ectópico es otra causa importante de hemorragias graves, se ha demostrado que aproximadamente el 10% de las muertes maternas son debido a ello.

Sepsis Materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sepsis materna como una afección potencialmente mortal definida como una disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo, el parto, el período posaborto o posparto. La sepsis materna continúa causando una mortalidad y morbilidad significativas en todo el mundo. Según el informe de la OMS, la sepsis materna es responsable del 10,7% de las muertes maternas mundiales cada año. Las mujeres en países con recursos limitados soportan la mayor parte de las cargas relacionadas con la sepsis. La falta de modalidades de diagnóstico equipadas, una gestión deficiente, la falta de parteras calificadas, prácticas deficientes de prevención y control de infecciones y la falta de acceso a agua potable y materiales sanitarios contribuyen a una alta tasa de sepsis materna y mortalidad y morbilidad relacionadas (Bisrat Tesfay Abera, y otros, 2024)



Desórdenes hipertensivos del embarazo

Un mal control de la presión arterial puede llevar a una complicación multiorgánica y finalmente la muerte. En Latinoamérica constituye la tercera causa de muerte, ocupa el 10% a 15% de los casos. La hipertensión durante el embarazo se clasifica de la manera siguiente:

1. Hipertensión inducida por el embarazo: Es la que desarrolla como consecuencia del embarazo y desaparece después del parto.
2. Hipertensión sin proteinuria o edema patológico.
3. Preeclampsia: leve, grave
4. Eclampsia

1.6.2. Causas indirectas de muerte

Anemia, afecta dos tercios de todos los embarazos, puede complicarse con fallo cardíaco, Shock e infección.

Causas no médicas

Factores logísticos pueden estar implicados; como las largas distancias a recorrer para llegar a un servicio de salud, falta de transporte, múltiples obstáculos como montañas, ríos, y mal clima que la paciente puede sufrir durante su traslado.

La falta de recursos en los centros de salud, equipo inadecuado, escasos recursos humanos especializados. Por último, el estado socioeconómico bajo que va de la mano con una mala educación, falta de información, mala nutrición y oportunidades de salud limitadas es la causa de muerte.



Es imperativo conocer las principales causas de muerte materna en diferentes regiones y países. Ayuda a los gobiernos, las organizaciones mundiales de salud y los socios locales a priorizar las intervenciones para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, algunas regiones sanitarias mundiales carecen de datos empíricos sobre las causas de la mortalidad materna. (Rubén Musarandega & Pattinson, 2021)

Hoy, Ecuador y otros países enfrentan una nueva agenda de salud global que prioriza la salud y la equidad universales, incluso a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las nuevas Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes. Para que estas naciones puedan asumir estos ambiciosos objetivos, tienen que empezar a mirar más allá de los promedios nacionales e identificar los subgrupos que se están quedando atrás.

Si bien en la región de las Américas muchos países han alcanzado esta meta global, todavía existe una necesidad urgente de abordar el complejo doble desafío de reducir la mortalidad materna y abordar las desigualdades. Con este fin, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (SHAA 2030), ha establecido metas regionales de menos de 30 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para 2030 (Sanhueza, Mujica, Soliz, Cox, & de Mucio, 2023)

Alcanzar esa meta regional para la mortalidad materna en las Américas (una región de más de 1.000 millones de habitantes) exigirá grandes esfuerzos a nivel nacional y local, especialmente si, yendo más allá de los promedios, se centra la muy necesaria atención en reducir las desigualdades distributivas en la mortalidad materna como Bueno (Sanhueza, Mujica, Soliz, Cox, & de Mucio, 2023)



La mortalidad materna es un importante indicador de salud pública, que refleja no sólo el mal estado de salud de las madres y la mala calidad de los servicios de atención de salud, sino también en niveles macro, indica una mala situación económica, social, cultural y política en una comunidad y también una mala situación. de las mujeres en su sociedad. (Ruiz, Orozco, & Insuasty, 2019)

Por lo tanto, la mortalidad materna, califica el desarrollo de un país, puesto que el nivel y la calidad de la asistencia que se brinde a la mujer antes, durante, y después del embarazo, refleja la importancia que le da la sociedad y el Estado, al no considerarse solamente como un problema clínico, sino de falta de cumplimiento de los derechos humanos.

A pesar de las importantes mejoras registradas a principios de siglo, la mortalidad materna sigue planteando una grave amenaza para la salud reproductiva, el bienestar y la vida de muchas mujeres en todo el mundo.

1.7. Factores de riesgo de la mortalidad materna

Los factores de riesgo asociados con la mortalidad materna generalmente se controlan mediante mejoras o intervenciones ambientales, lo que significa que una reducción de la mortalidad materna es esencialmente una reducción de la mortalidad materna prevenible. (Donghua Li & WeiQing Ning, 2021).

La salud pública reconoce que las condiciones de salud dependen de factores relacionados con los patrones de desarrollo nacional, distribución del ingreso, grado de pobreza, condiciones de trabajo, alimentación y nutrición, saneamiento, ocio, patrón de crecimiento económico, entre otros determinantes sociales (Candeira Costa & Dos Santos Figueiredo , 2021).



1.7.1. Factor socioeconómico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los problemas de salud de las personas son atribuibles a las condiciones sociales y económicas en las que viven (Candeira Costa & Dos Santos Figueiredo , 2021)

1.7.1.1. Estatus socioeconómico.

La pobreza o la situación económica, a menudo medida en términos de nivel de vida, ingresos del hogar, etc., tiene un impacto significativo en la salud materna en la India (Mukesh , Marjolein, De Brouwere, & Tjard de Cock, 2020).

El bajo nivel socioeconómico (NSE) tiene implicaciones para la RMM. Se ha descubierto que las mujeres con un nivel socioeconómico bajo desconocen la posible relación entre no buscar o recibir atención prenatal y posnatal oportuna y adecuada y los resultados negativos de la salud materna. En Georgia, la mala comunicación entre los pacientes y los proveedores de atención médica se ha relacionado con un comportamiento de búsqueda de atención prenatal retrasada o interrumpida y la derivación tardía de pacientes de alto riesgo a especialistas para su atención (Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021).

Debido a la falta de acceso a un seguro médico, algunas mujeres embarazadas con un nivel socioeconómico bajo en Georgia terminan teniendo que someterse a cesáreas innecesarias y carecen de acceso a la atención muy necesaria para afecciones maternas como la preeclampsia, la rotura prematura de membranas y el sangrado vaginal. (Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021)

Todas las mujeres de Georgia, independientemente de su situación socioeconómica, ubicación y raza, deben tener igual acceso a los recursos que necesitan para garantizar resultados



positivos en el embarazo, el parto y la salud posnatal. Además, las mujeres embarazadas de comunidades rurales desatendidas y sin seguro médico deberían tener acceso a atención de salud materna de calidad, gratuita o fuertemente subsidiada. (Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021)

1.7.1.2. Ubicación geográfica de los servicios obstétricos.

El acceso geográfico a la atención es un factor importante que contribuye a la mortalidad materna, dado que muchas intervenciones que salvan vidas, como las cesáreas y las transfusiones de sangre, solo están disponibles en los centros de salud de referencia. (Moctar , y otros, 2022)

Durante las últimas décadas, Georgia ha experimentado una serie de cierres de servicios hospitalarios de parto y parto en todo el estado, especialmente en las zonas rurales. En consecuencia, alrededor del 83% de las mujeres en las zonas rurales de Georgia que alguna vez tuvieron un centro de parto cerca de su hogar, ahora tienen que viajar largas distancias a otros condados para acceder a la atención prenatal y a los servicios de parto hospitalario. La pérdida de tiempo durante el viaje a veces requiere que estas mujeres tengan una cesárea o un parto inducido, todo lo cual tiende a provocar complicaciones en el parto y la muerte (Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021).

Las malas carreteras, las visitas a diferentes centros de salud y el mal estado de los vehículos prolongaron o agravaron las precarias condiciones de salud (Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019).

Se observa en muchos estudios que el transporte público puede no ser accesible a la hora requerida o puede tardar un tiempo considerable en llegar al establecimiento de salud. En nuestros entornos socioeconómicos bajos, ganar un salario diario puede tener prioridad sobre los



gastos de transporte para llegar al centro de salud en el momento de las complicaciones. Las mujeres embarazadas necesitan servicios de atención sanitaria más cercanos o un transporte público asequible y rápidamente accesible como solución al retraso de tipo 2. (Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019)

1.7.1.3. Casta/etnia

Como resultado del racismo, las mujeres afroamericanas en los EE. UU. a menudo son ignoradas por los proveedores de atención médica y, por lo tanto, reciben atención deficiente durante el embarazo y el parto. Por lo tanto, no sorprende que esta población experimente una TMM más alta que otras razas. En Georgia, alrededor del 21% de las mujeres afroamericanas experimentan algún tipo de racismo antes, durante o después del nacimiento. Según Taylor las mujeres afroamericanas embarazadas en Georgia a menudo no reciben ayuda de los proveedores médicos cuando sienten dolor o sienten molestias durante y después del proceso de parto. Este acto tiene la tendencia a impactar negativamente sus resultados de salud y sus vidas. La mortalidad materna se puede prevenir, por lo que ninguna mujer en Georgia, incluidas las afroamericanas, debería morir durante el embarazo o después del parto. (Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021)

1.7.2. Factor de salud

Un acceso tan generalizado a la atención prenatal y a los partos institucionalizados plantea dudas sobre la calidad de la atención brindada a los pacientes en los centros de atención médica (De Jesús María & Hopman William, 2023).



1.7.2.1. Calidad de atención

Molinero demostró que el acceso adecuado a la atención institucionalizada por sí solo en la República Dominicana no niega la mala calidad de la atención recibida por las pacientes obstétricas en el centro de atención médica. En la República Dominicana, las instalaciones de atención médica, especialmente los hospitales públicos, están superpobladas y carecen de recursos. Los pacientes a menudo comparten camas entre sí, incluso cuando dichas camas están contaminadas con fluidos corporales. Los hospitales carecen de recursos para proporcionar batas de hospital a los pacientes, dejándolos completamente desnudos. Si bien compartir la cama presenta un riesgo para la salud física, el estrés psicológico y la degradación emocional de estar desnudo presenta un riesgo adicional para la salud mental, lo que pone de relieve problemas mayores relacionados con el trato inhumano de las pacientes maternas en los hospitales públicos. La incompetencia de los proveedores es otro predictor importante de los resultados de salud materna. Los proveedores informan una falta de experiencia que también contribuye a la mala calidad de la atención médica, y señalan que a menudo se asigna a estudiantes y residentes para cuidar a las madres en trabajo de parto. (De Jesús María & Hopman William, 2023)

1.7.2.2. Violencia obstétrica

La mala calidad de la atención brindada a las pacientes maternas en la República Dominicana ha sido denominada “violencia obstétrica”. Este término incluye la atención deshumanizada, la falta de respeto y el abuso o maltrato durante el parto, así como diferentes formas de abuso y negligencia física y emocional que sufren las pacientes maternas en instalaciones hospitalarias deficientes. Esencialmente, la violencia obstétrica viola los derechos humanos de las mujeres “al más alto nivel posible de salud, que incluye el derecho a una



atención médica digna y respetuosa” y refleja y perpetúa las desigualdades sociales y de género. Es un problema urgente que afecta a las mujeres que dan a luz en entornos clínicos en todo el mundo y es un factor clave de resultados desiguales en la salud materna e infantil a nivel mundial. (De Jesús María & Hopman William, 2023)

1.7.2.3. Bajo estado nutricional

Debido al bajo estatus social de las mujeres, ellas también sufren discriminación en el hogar. A veces, no se les proporciona la alimentación adecuada que necesitan durante el embarazo y con frecuencia se ignoran sus necesidades dietéticas. Una dieta sana y equilibrada durante el embarazo y después del parto es uno de los factores importantes que afectan la salud de la mujer. La ausencia de una buena nutrición puede tener efectos adversos en la salud de la madre y provocar complicaciones maternas. (Omer, Zakar, Muhammad, & Fischer, 2021)

1.7.3. Factor cultural

Debido a la logística del transporte, las mujeres y sus familiares que se quedan lejos generalmente creen en el enfoque de “esperar y ver” para decidir cuándo llegar al centro de salud. (Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019)

En la India, se encontró que varias prácticas culturales eran influyentes. Por ejemplo, la cultura de Purdah practicada ampliamente por los musulmanes en el sur de la India, que restringe la libertad de movimiento de las mujeres fuera del hogar, limitó su uso de los servicios de salud materna proporcionados por proveedores de servicios masculinos. De manera similar, se observó que la cultura del matrimonio precoz en la India tenía una influencia crucial en la salud materna, ya que la mayoría de las muertes maternas ocurrían entre mujeres jóvenes en la India. Los estudios encontraron que las mujeres casadas a una edad temprana en la India tenían menos



probabilidades de utilizar la atención prenatal y los partos institucionales. Otras prácticas culturales, como que las mujeres vayan a la casa de sus madres durante el embarazo, especialmente durante el primer embarazo en Tamil Nadu, tuvieron una influencia positiva en la atención sanitaria materna. Pero, en algunos casos, provocó un retraso en la búsqueda de atención, particularmente si existía una norma cultural para que las madres buscaran decisiones sobre la salud de su hija casada en sus suegros y en su marido. (Mukesh , Marjolein, De Brouwere, & Tjard de Cock, 2020)

Los indicadores sociodemográficos y obstétricos influyeron en los retrasos ocurridos en diferentes fases. La demora en buscar atención y llegar a los establecimientos de salud de primer nivel fue comparativamente mayor entre las madres mayores, multíparas, multigestas, mujeres rurales, casos remitidos, cesáreas y mujeres que residían en zonas alejadas de los hospitales estudiados. El índice de probabilidades del primer retraso fue significativamente mayor entre las mujeres que pertenecían al grupo de mayor edad, las multíparas y las mujeres musulmanas en comparación con sus contrapartes. Esto puede deberse a que las mujeres son más jóvenes y las madres multiparientes con experiencia en partos más tempranos les impiden buscar atención en los centros. Las personas no son conscientes de que las complicaciones pueden ocurrir en embarazos posteriores. Además de esto, faltaba percepción de que incluso una experiencia de embarazo normal puede terminar en complicaciones en las etapas del parto y posparto (Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019).



1.8. Prevención

El Ministerio de Salud establece criterios para un seguimiento adecuado: Inicio temprano (primera visita de atención prenatal hasta los 12 semana de embarazo); un mínimo de seis visitas de atención prenatal, pruebas de laboratorio, vacunación contra el tétanos, actividades educativas, clasificación de riesgo de embarazo y acceso al centro de referencia para atención ambulatoria y/u hospitalaria en embarazos de alto riesgo. (Ramalho, y otros, 2023).

1.9. Modelo estadístico

Una alta tasa de mortalidad materna (RMM) representa una amenaza significativa para la salud de las mujeres en los países en desarrollo. La definición de RMM de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el “número de muertes maternas durante un período determinado por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período” (De Jesús María & Hopman William, 2023)

La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, en alianza con sectores académicos y a través del Grupo Inter agencial para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG, por sus siglas en inglés), han desarrollado modelos estadísticos de estimación del indicador a partir de la aplicación de métodos de ajuste (Constantén, y otros, 2018).

Para predecir la respuesta (tasa de mortalidad materna) de las variables explicativas se utiliza la regresión de Poisson. (De Jesús María & Hopman William, 2023)

Los cuatro supuestos de la regresión de Poisson incluyen:

- 1) Las variables de respuesta se cuentan por unidad de espacio o tiempo como lo describe una distribución de Poisson



- 2) Las observaciones deben ser mutuamente independientes
- 3) La media de la regresión aleatoria de Poisson la variable es igual a su varianza
- 4) El logaritmo de la tasa media ($\log(\lambda)$) es una función lineal de x .

Los modelos de Poisson suponen que el número de muertes observadas sigue una distribución de Poisson al expresar la tasa de mortalidad en función de variables como sexo, edad y período de muerte, que a su vez permiten construir la cohorte de nacimiento. El objetivo es identificar el efecto de estas variables por separado en la tasa de mortalidad y la incidencia. Esto implica que la variación de la tasa de mortalidad puede atribuirse a tres causas principales (Román, 2018)

- 1) Edad: representa cambios en la tasa de mortalidad debido a la edad de la persona, independientemente del nacimiento.
- 2) Período: mide el cambio en la tasa de mortalidad atribuible a eventos en un horizonte temporal, que afectan registro todos los grupos de edad y cohorte de nacimiento.
- 3) Cohorte: evalúa el efecto sobre la tasa de mortalidad explicado por el año de nacimiento de la persona (o la generación a la que pertenece), es decir, una determinada cohorte de personas ha estado expuesta a riesgos específicos o en su caso a factores protectores de alguna enfermedad.

El modelo busca identificar si existen factores asociados a la edad de las mujeres, su cohorte de nacimiento y el período de muerte en la evolución de la tasa de mortalidad materna para el período.



Los escenarios regionales de reducción de la mortalidad materna para el año 2030 se definieron con base en dos criterios centrales (Sanhueza, Mujica, Soliz, Cox, & de Mucio, 2023)

- 1) Un factor de intensidad: el ritmo o ritmo de cambio en la tasa de mortalidad materna de cada país
- 2) Un factor de equidad: la distribución del ritmo entre países.

Aunque el total de defunciones maternas es un indicador relevante en sí mismo, la forma convencional de monitorear este fenómeno es con la RMM, que se define como el total de defunciones maternas evitables por cada 100 000 nacimientos con vida ocurridos.

$$\text{RMM} = \frac{\text{Defunciones Maternas}}{\text{Nacimientos con Vida}} \times 100.000$$

Las estadísticas precisas de muertes son importantes para la toma de decisiones de salud pública y la evaluación de la eficacia de los programas de salud pública. La ausencia de datos fiables sobre las causas de mortalidad puede dar lugar a la prestación de servicios de salud de baja calidad. La mortalidad materna se encuentra entre las muertes evitables que han generado compromisos nacionales, internacionales y políticos para su reducción. La identificación de estrategias adecuadas para prevenirlos se considera uno de los programas más importantes en la mayoría de los países (Alipour Jahanpour & Afsaneh, 2023).



1.10. Teorizante de enfermería

1.10.1. Dorothea Orem “Teoría del déficit de autocuidado”

Dorothea Orem fue una valiosa enfermera y teórica estadounidense reconocida mundialmente por sus contribuciones al campo de la enfermería. Dorothea se destacó por su enfoque en el autocuidado y la asistencia de enfermería los cuales se han convertido en una base fundamental para la práctica de enfermería en todo el mundo, y su legado perdura hasta el día de hoy. (Brenda)

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Naranjo Hernández Ydalsys & Miriam, 2017)

A través de la educación para la salud, las enfermeras pueden promover el autocuidado, que consiste en acciones que realizan los individuos para mantener la vida, la salud y el bienestar. La promoción del autocuidado puede basarse en la Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem, que tiene tres teorías interrelacionadas: Autocuidado, Déficit de Autocuidado y Sistemas de Enfermería. (Gome, y otros, 2023)

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean



mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería (Naranjo Hernández Ydalsys & Miriam, 2017)

La tasa de mortalidad se reduce cuando las mujeres embarazadas inician tempranamente la atención prenatal y asisten al mínimo de seis consultas recomendadas por el Ministerio de Salud. Desde esta perspectiva, también se destacó el “fomento de las consultas prenatales, la atención médica y el mantenimiento del vínculo con la APS”. identificadas como acciones del sistema educativo de apoyo a la Enfermería. (Gome, y otros, 2023)

Al aplicar esta teoría al tema de la mortalidad materna, podemos identificar factores clave que influyen en la capacidad de una mujer para cuidar de sí misma durante el embarazo y el parto.

1.11. Intervención de la enfermera en la prevención de complicaciones durante el embarazo y la mortalidad materna

En el ejercicio profesional de las enfermeras que proporcionan atención materna se encuentra fundamentado en un conocimiento científico que es aceptado y reconocido a nivel disciplinar e interdisciplinar, la atención de la mujer en edad fértil es dada por la enfermera desde los distintos servicios en los cuales trabaja, corroborando que estas profesionales tienen una amplia presencia en los diferentes entornos sociales en respuesta a los cambios políticos y a las necesidades en salud, que exigen que este proceso se lleve a cabo por recurso humano calificado (Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018).



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención prenatal adecuada puede prevenir la mayoría de las complicaciones durante el embarazo y el parto, lo cual es clave para reducir la mortalidad materna.

La práctica de la enfermera gira en torno a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el primer nivel de atención. Esto indica que de allí que desempeñe un rol decisivo en el cumplimiento de las metas orientadas al mantenimiento del bienestar de su sujeto de cuidado. Castañeda Guillot afirman que es en este nivel de complejidad donde con mayor representatividad las enfermeras incorporan prácticas de tipo individual y colectivo que potencializan la puesta en marcha de estilos de vida saludables; en especial a los que competen con las transiciones de la salud sexual y reproductiva que tiene la mujer como son la sexarquía, el nacimiento del primer hijo, entre otros. (Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018)

Además, las enfermeras tienen un papel esencial en la implementación de intervenciones basadas en la evidencia para manejar las emergencias obstétricas. Esto incluye la capacitación en técnicas de reanimación neonatal y materna, el manejo de hemorragias posparto y la administración de medicamentos esenciales

El acompañamiento que se lleva a cabo desde la enfermería a través de la trayectoria en la vida fértil de la mujer es innegable, pero para este escenario se observa que existe un vacío de tipo operativo más no en conocimiento y ocurre en el momento de la atención del parto, porque este procedimiento está delegado al personal médico. Sin embargo, la enfermera interviene directamente en el cuidado y detección temprana de complicaciones; en otros términos, se evidenció un desarrollo parcial de la totalidad de competencias profesionales que tienen las



enfermeras que trabajan en sala de partos. (Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018)

De forma conjunta, las enfermeras deben estar preparadas en el ejercicio de su labor ante circunstancias que puedan exponer el bienestar materno y perinatal, atributo que está presente en el tipo de capacitaciones y actualizaciones notificadas por las participantes, como es el manejo de las emergencias obstétricas.



CAPITULO II

2. Metodología

2.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio que se ha seleccionado para la investigación es descriptivo de revisión bibliográfica, en el cual se detalla la incidencia de mortalidad materna y sus factores socioeconómicos, de salud y culturales, a través de la revisión de artículos científicos, en bases indexadas de salud.

2.2. Población

La población de estudio corresponde a los artículos científicos buscados en bases de datos avaladas mundialmente en salud con el tema de Mortalidad Materna y los factores que predisponen de la misma, los cuales son extraídos a partir de los últimos cinco años, es decir del año 2018 al 2023.

2.3. Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre la mortalidad materna, en siete bases de datos indexadas en salud: PubMed, ECIMED, ScienceDirect, PubMed Central, PLOS ONE, Europe PMC, Portal Regional de la BVS y LILACS, donde se combinó los términos de búsqueda utilizando operadores booleanos “OR” y “AND”, y términos MeSH en la búsqueda de PubMed, utilizando palabras claves amplias, como “mortalidad materna”, “mortalidad en edad reproductiva”, “muertes relacionadas con el embarazo”, “causas de muerte”, “incidencia de muerte materna”, “factores socioeconómicos”, “nivel de salud”, “determinantes culturales”, “nombres de países diferentes” y sus sitios web de agencias, la Organización de las



Naciones Unidas (ONU), como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Se realizaron búsquedas en todas las bases desde 2023 para localizar la revisión a estudios que contengan datos recopilados a partir de 2018. Se examinó las listas de referencias de los artículos de revisión publicados, se incluyeron publicaciones de cualquier país sin restricción de idioma. Al principio se incluyeron artículos de cualquier diseño de estudio.

Exportamos todos los artículos al software de gestión de referencias Zotero para la selección de artículos y evaluación de elegibilidad, lo que permitió excluir los artículos inaccesibles, mediante la lectura crítica.

Se incluyeron artículos que informaban sobre estudios primarios, ecológico, transversal, descriptivo, retrospectivo, observacional, longitudinal, analítico, cuantitativo, epidemiológico, se excluyeron informes de casos, comentarios, en función del criterio de diseño del estudio.

Restringimos nuestra revisión a artículos publicados entre 2018 y 2023 criterio de restricción de marco de tiempo. Incluimos artículos sobre muertes maternas, que describen los factores que contribuyen a la muerte materna que ocurrieron en países. Se excluyeron los artículos duplicados.

2.4. Criterios de la investigación

- **Criterios de inclusión:** Para la selección de la muestra se tomó los siguientes criterios de inclusión.
 - ❖ Idioma (inglés, portugués, español)
 - ❖ Fecha de publicación
 - ❖ Artículos relacionados al tema



- ❖ Artículos anexados en bases de salud científica
- **Criterios de exclusión:** Para la selección de la muestra se tomó los siguientes criterios de exclusión.
 - ❖ Tipo de publicación (reseñas y editoriales.)
 - ❖ Artículos inferiores a los últimos 5 años
 - ❖ Artículos de documentación, cartas.

2.5.Extracción de datos

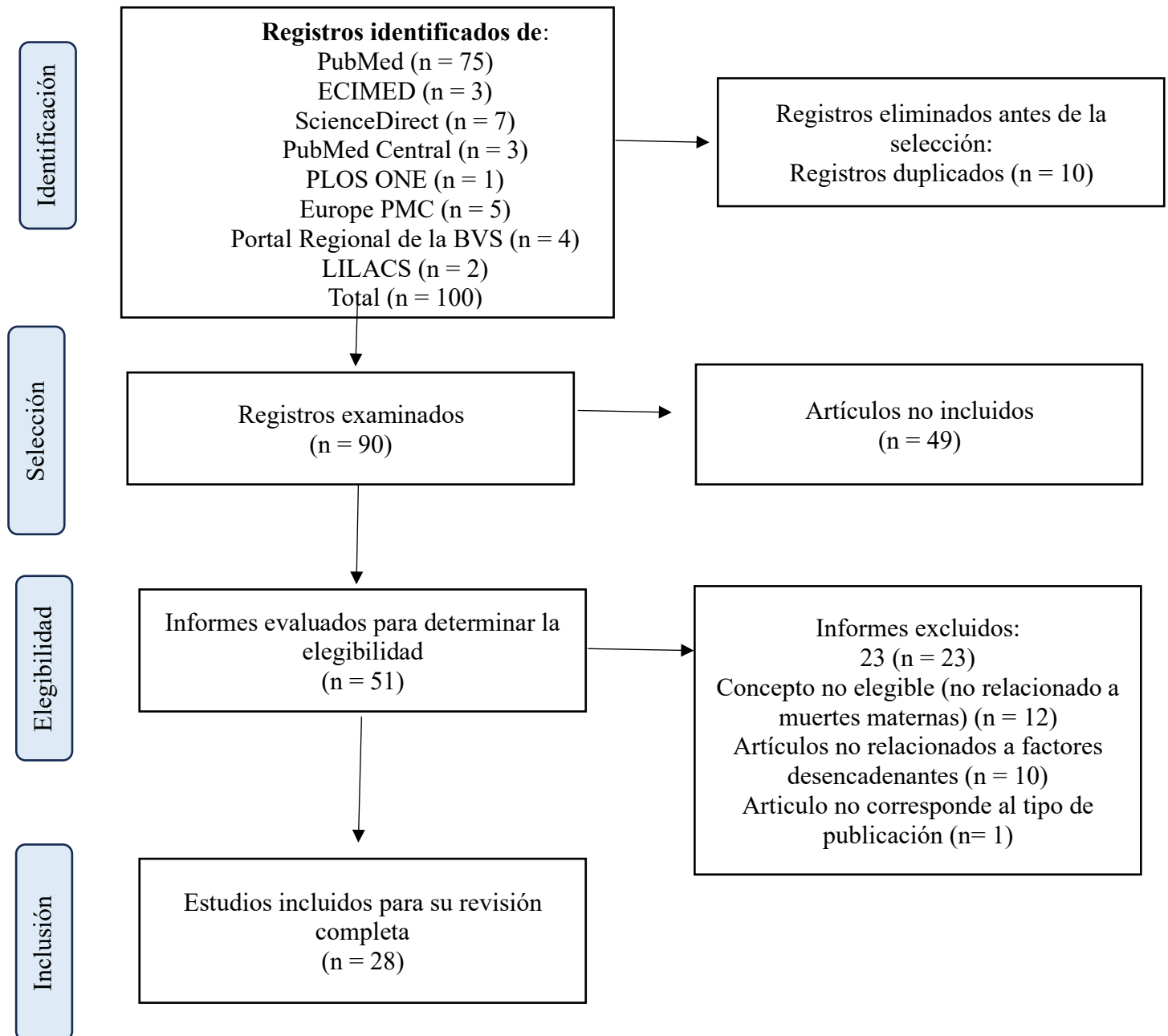
2.5.1. Instrumentos

Se utiliza un formato de la lista de chequeo para validar los artículos científicos, con la finalidad de poder seleccionar cuales están acorde al tema de investigación, estos se basan de ítems: Si, No, Dudoso, con su correspondiente afirmación. Se implementa el uso del programa SPSS para la organización de la información y extracción de los gráficos.

2.6. Organización de la información

Tras la búsqueda inicial se identificaron un total de 100 artículos científicos, por lo que se procedió a organizarlos de acuerdo con parámetros como: país, año de publicación, base de datos de la cual se obtuvo y han sido parte de la temática plasmada. Mediante la lectura crítica se descartaron un total de 49 artículos, tomando en consideración desde el título, resultados, resumen y factores que no ser relevantes para el objetivo de la investigación. Todos los artículos incluidos y excluidos se presentan en el diagrama de flujo PRISMA.

2.7. Flujograma





2.8. Análisis de datos

Como se describe en el diagrama de flujo de Prisma, nuestra búsqueda sistemática arrojó 100 artículos, de los cuales 90 permanecieron después de que se eliminaron los 10 duplicados. Otros 49 artículos fueron eliminados después del proceso de selección de títulos, resúmenes y lectura crítica. Se examinaron los textos completos de los 51 artículos restantes, textos no relacionados a muertes maternas (12), artículos no relacionados a factores desencadenantes (10) y textos que no corresponde al tipo de publicación (1) los cuales no eran elegibles. Veintiocho (28) artículos fueron elegibles para su inclusión en el análisis final.



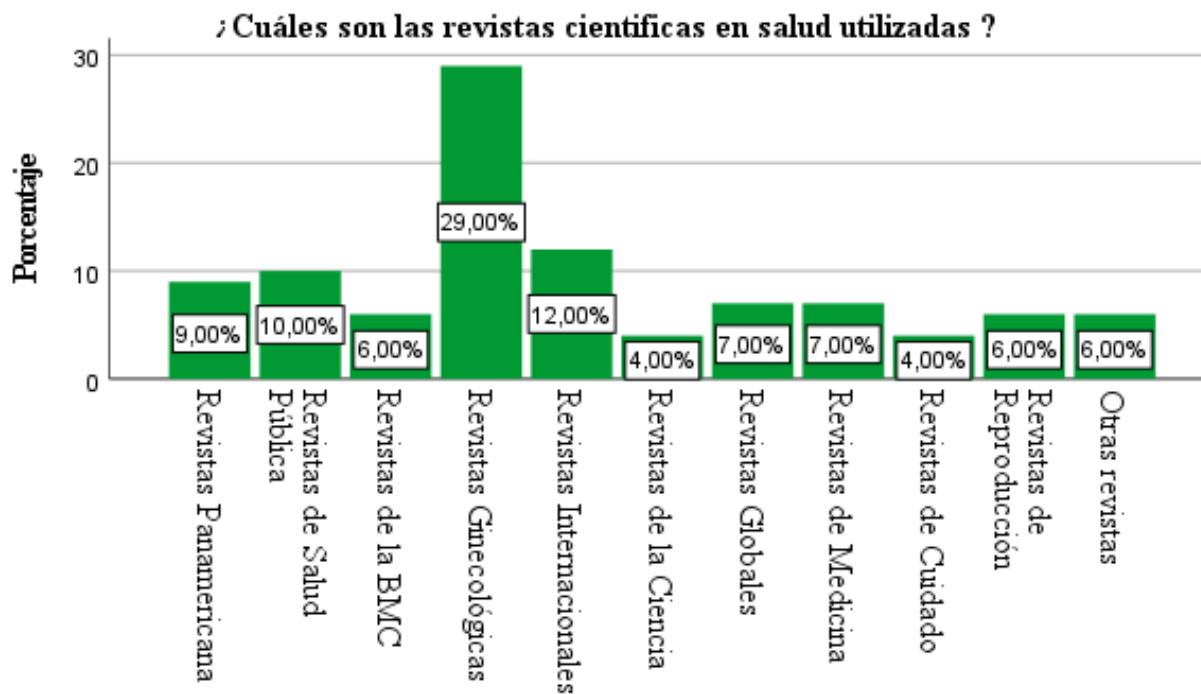
CAPITULO III

3. Resultados

3.1. Análisis e interpretación de resultados

Grafitabla N°1; Revistas científicas en salud

¿Cuáles son las revistas científicas en salud utilizadas?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Revistas Panamericana	9	7,3	9,0	9,0
Revistas de Salud Pública	10	8,1	10,0	19,0
Revistas de la BMC	6	4,8	6,0	25,0
Revistas Ginecológicas	29	23,4	29,0	54,0
Revistas Internacionales	12	9,7	12,0	66,0
Revistas de la Ciencia	4	3,2	4,0	70,0
Revistas Globales	7	5,6	7,0	77,0
Revistas de Medicina	7	5,6	7,0	84,0
Revistas de Cuidado	4	3,2	4,0	88,0
Revistas de Reproducción	6	4,8	6,0	94,0
Otras revistas	6	4,8	6,0	100,0
Total	100	80,6	100,0	



Fuente: Revista científicas en salud

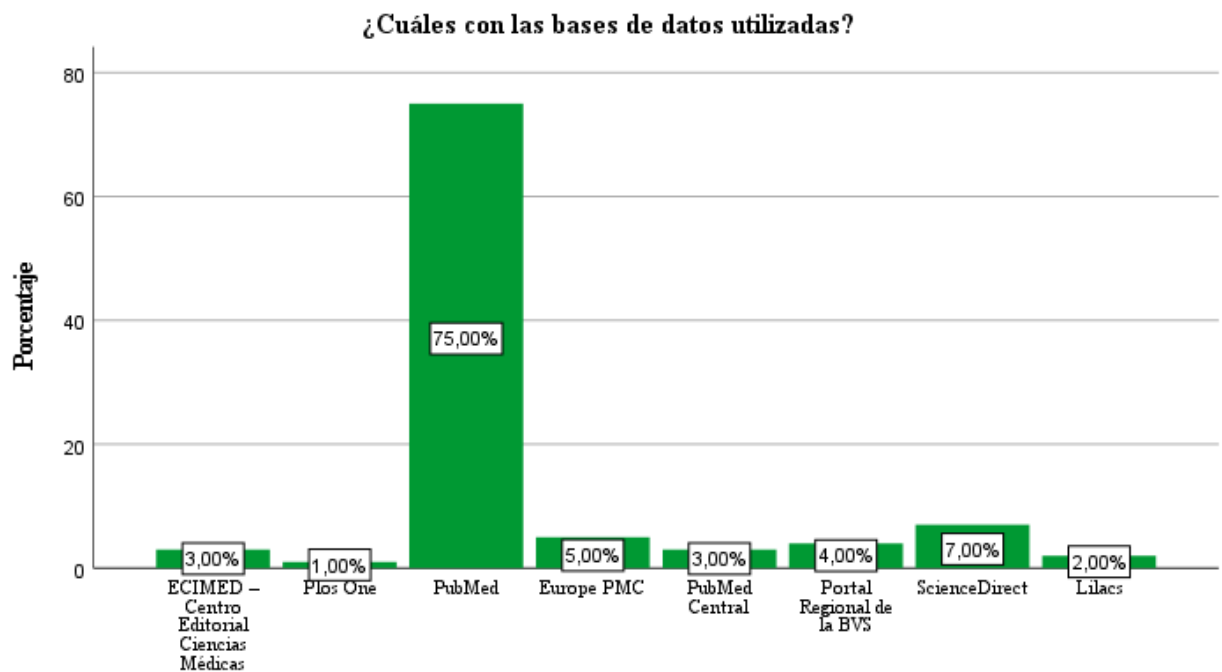
Elaboración: Karla Arteaga



Análisis: En relación con las revistas científicas en salud utilizada para la búsqueda del tema, análisis de la incidencia de mortalidad materna, se puede identificar que el 29% de las revistas ginecológicas encontradas están en la BMC Embarazo y Parto, dado que es una revista de acceso abierto y arbitrada que analiza artículos sobre todos los aspectos del embarazo y el parto.

Grafitabla N°2; Bases de datos científicas en salud

¿Cuáles con las bases de datos utilizadas?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ECIMED – Centro Editorial Ciencias Médicas	3	2,4	3,0	3,0
Plos One	1	,8	1,0	4,0
PubMed	75	60,5	75,0	79,0
Europe PMC	5	4,0	5,0	84,0
PubMed Central	3	2,4	3,0	87,0
Portal Regional de la BVS	4	3,2	4,0	91,0
ScienceDirect	7	5,6	7,0	98,0
Lilacs	2	1,6	2,0	100,0
Total	100	80,6	100,0	



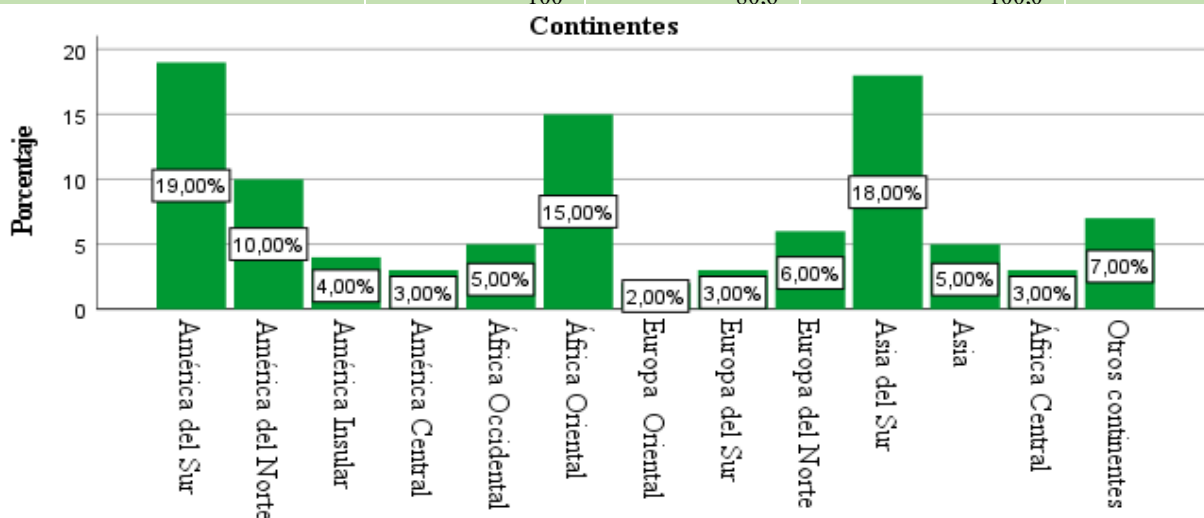
Fuente: Bases de datos científicas en salud

Elaboración: Karla Arteaga

Análisis: Con relación a la base de datos utilizada para la búsqueda de la pregunta de investigación sobre el análisis de la incidencia de la mortalidad materna, se pudo identificar que el 75% de las bases con mayor porcentaje es PubMed, siendo el sistema de búsqueda de información en Ciencias de la Salud más utilizado del mundo, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliográficas

Grafitabla N°3; Distribución de publicación por Continentes

Continentes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
América del Sur	19	15,3	19,0	19,0
América del Norte	10	8,1	10,0	29,0
América Insular	4	3,2	4,0	33,0
América Central	3	2,4	3,0	36,0
África Occidental	5	4,0	5,0	41,0
África Oriental	15	12,1	15,0	56,0
Europa Oriental	2	1,6	2,0	58,0
Europa del Sur	3	2,4	3,0	61,0
Europa del Norte	6	4,8	6,0	67,0
Asia del Sur	18	14,5	18,0	85,0
Asia	5	4,0	5,0	90,0
África Central	3	2,4	3,0	93,0
Otros continentes	7	5,6	7,0	100,0
Total	100	80,6	100,0	



Fuente: Distribución de publicación por Continentes

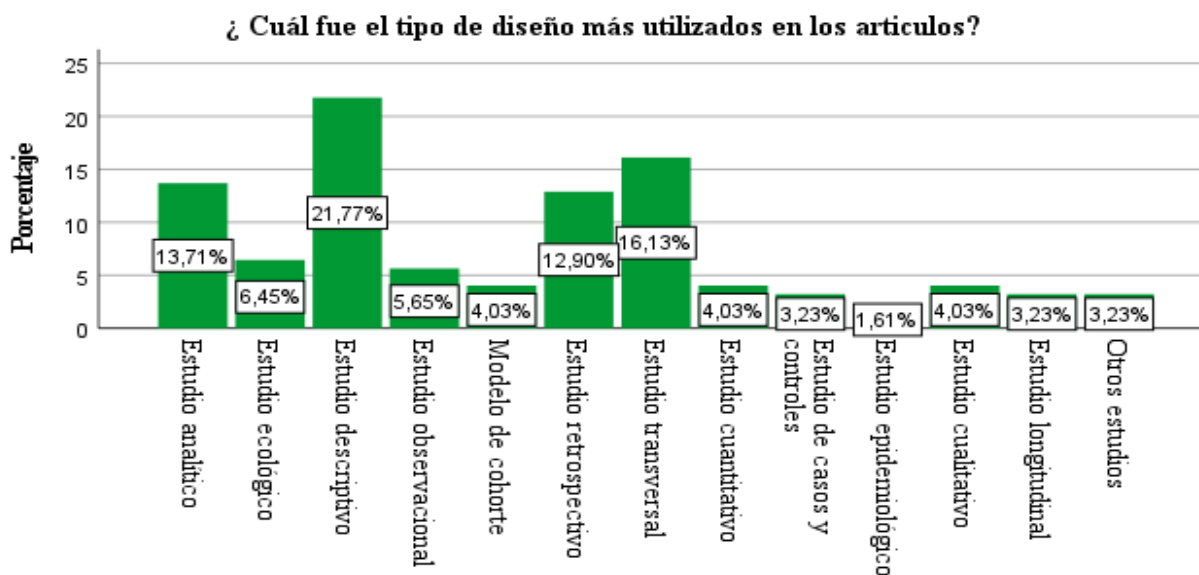
Elaboración: Karla Arteaga



Análisis: En esta tabla se ilustra la incidencia de mortalidad materna según los datos de publicación recopilados de diversos continentes del mundo, donde con mayor porcentaje de artículos con el 19% fue América de Sur, siendo Brasil el país con mayor búsqueda de artículos científicos en salud.

Grafitabla N°4; Diseño de Estudio

¿Cuál fue el tipo de diseño más utilizados en los artículos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudio analítico	17	13,7	13,7	13,7
Estudio ecológico	8	6,5	6,5	20,2
Estudio descriptivo	27	21,8	21,8	41,9
Estudio observacional	7	5,6	5,6	47,6
Modelo de cohorte	5	4,0	4,0	51,6
Estudio retrospectivo	16	12,9	12,9	64,5
Estudio transversal	20	16,1	16,1	80,6
Estudio cuantitativo	5	4,0	4,0	84,7
Estudio de casos y controles	4	3,2	3,2	87,9
Estudio epidemiológico	2	1,6	1,6	89,5
Estudio cualitativo	5	4,0	4,0	93,5
Estudio longitudinal	4	3,2	3,2	96,8
Otros estudios	4	3,2	3,2	100,0
Total	124	100.0	100.0	



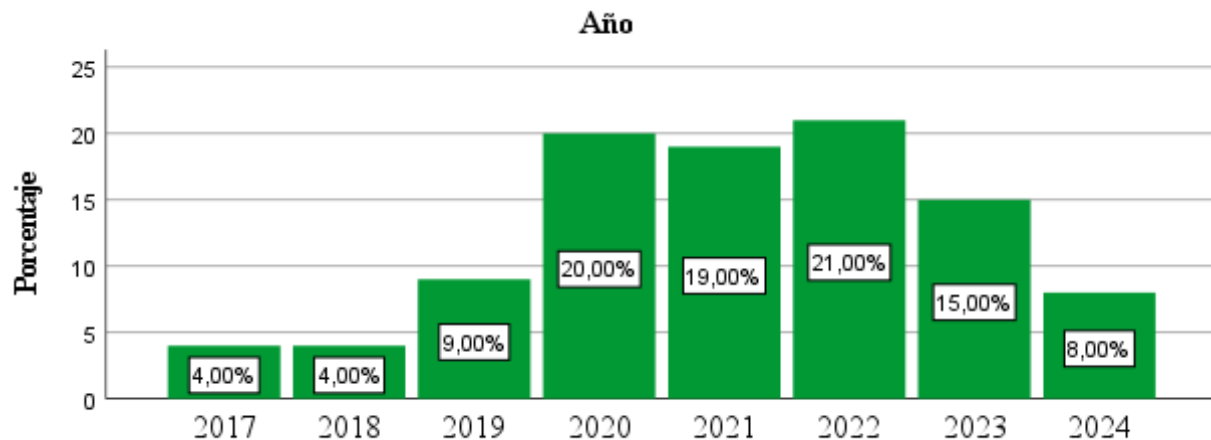
Fuente: Diseño de Estudio
Elaboración: Karla Arteaga



Análisis: Los datos muestran una alta variabilidad de diseños de estudios, siendo con mayor porcentaje el estudio descriptivo con el 21,77 %, que normalmente es el mejor método de recolección de información, que consiste en observar y describir el comportamiento, las características o las condiciones de una determinada población o fenómeno sin manipular ninguna variable.

Grafitabla N°5; Año de publicación

Año		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	2017	4	3,2	4,0	4,0
	2018	4	3,2	4,0	8,0
	2019	9	7,3	9,0	17,0
	2020	20	16,1	20,0	37,0
	2021	19	15,3	19,0	56,0
	2022	21	16,9	21,0	77,0
	2023	15	12,1	15,0	92,0
	2024	8	6,5	8,0	100,0
	Total	100	80,6	100,0	



Fuente: Año de publicación de los artículos

Elaboración: Karla Arteaga

Análisis: Se puede evidenciar los años de publicación de los artículos seleccionados en los últimos años, donde con mayor porcentaje es en el año 2022 dado que ofrece información actualizada sobre el análisis de la incidencia de mortalidad materna.

Tabla de evidencia de los artículos incluido sobre el Análisis de la incidencia de mortalidad materna

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Borrego, y otros, 2021)	ECIMED Centro Editorial Ciencias Médicas	Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo	Comparar los indicadores de mortalidad materna de Brasil y Cuba en el periodo 2005-2017.	Es perceptible un patrón de desigualdades regionales, territoriales y socioeconómicas, expresado en los resultados más elevados de los “países en desarrollo”, identificados como los responsables del 94 % de las muertes maternas.	Estudio comparativo	Brasil presenta un cuadro de desigualdad socioeconómica y territorial persistente que afecta directamente la calidad y el acceso a la salud; siendo notables las disparidades entre las diferentes regiones en relación con los resultados de la RMM	La RMM en Brasil y Cuba entre los años 2005-2017 muestra resultados favorables si se comparan con los promedios estimados, tanto para la región de ALC como en relación con las subregiones en la que estos países se encuentran	El comportamiento de los indicadores analizados reafirma la necesidad de intensificar las acciones para la reducción de los óbitos maternos en los dos países, con más urgencia para Brasil

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Flores Cecon, y otros, 2019)	ECIMED Centro Editorial Ciencias Médicas	Mortalidad materna en las capitales de provincia de Brasil	Analizar la relación entre la mortalidad materna e indicadores sociodemográficos y el acceso a los servicios de salud en las capitales de las provincias brasileñas	La mayoría de las muertes maternas ocurren en las mujeres en situación de pobreza y se deben a causas obstétricas relacionadas con los abortos, el parto o condiciones preexistentes agravadas por el embarazo	Estudio ecológico transversal	Los indicadores muestran que las instituciones sanitarias de Brasil atienden de manera desigual a las mujeres de acuerdo con el color de la piel	El acceso a los servicios de salud y las condiciones sociodemográficas, en especial la raza, son factores que contribuyen a la mortalidad materna en las capitales brasileñas.	Los resultados indican la presencia de la desigualdad en las regiones donde hay una mayor proporción de la población negra.



AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Román, 2018)	PLOS ONE	Mortalidad materna en México, más allá de los objetivos de desarrollo milenarios: un modelo de cohorte de período de edad	Analizar la mortalidad materna a partir de dos visiones principales que intentan explicar las causas de la mortalidad materna	La salud materna es un indicador de los niveles de desarrollo y desigualdad de una nación, por ser un reflejo de la pobreza y la exclusión social	Modelo de cohorte	La probabilidad de morir por causas maternas se puede diferenciar según la ubicación geográfica, las condiciones sociales y la edad de las mujeres	El problema de la mortalidad materna es un tema de la agenda gubernamental desde hace algunos años; es un problema de interés nacional ya que es un reflejo de la desigualdad y la justicia social en una sociedad.	El modelo APC planteado para evaluar la evolución de la mortalidad materna en México muestra que se han logrado avances significativos en la mejora de los determinantes sociales y en el Sistema de Salud mexicano

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Tajvar, Hajizadeh , & Zalvand, 2022)	PubMed	Una revisión sistemática de los determinantes individuales y ecológicos de la mortalidad materna en el mundo según el nivel de ingresos de los países	Realizar una revisión sistemática de los determinantes individuales y ecológicos de la mortalidad materna en el mundo y clasificarlos según el nivel de ingresos de los países.	La mortalidad materna es un importante indicador de salud pública, que refleja no sólo el mal estado de salud de las madres sino también en niveles macro, indica una mala situación económica, social, cultural y política	Se incluyeron todos los tipos de estudios, excepto los descriptivos, que tenían como objetivo identificar los determinantes de la mortalidad materna	Los resultados de este estudio demuestran los factores a nivel individual (por ejemplo, edad y paridad), factores a nivel del hogar como la región de residencia, acceso a agua mejorada, etc., y factores a nivel comunitario como los socioeconómicos, culturales y de atención médica	Según la literatura, la pobreza afecta positivamente la mortalidad materna como factor económico, especialmente en los países de bajos ingresos.	A través de esta revisión sistemática se recopiló una lista completa de factores asociados con la muerte materna, la mayoría de los cuales estaban relacionados con países de bajos ingresos



AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Ramalho, y otros, 2023)	Europe PMC	Mortalidad materna en adolescentes y adultas jóvenes: tendencia temporal y correlación con la cobertura de atención prenatal en el estado de Bahía, Brasil, 2000-2020	Analizar la tendencia temporal de la mortalidad materna y correlacionarla con la cobertura de atención prenatal entre adolescentes y jóvenes, estado de Bahía, Brasil, 2000-2020	Los principales determinantes de la mortalidad materna son las precarias condiciones de atención prenatal y del parto, y la necesidad de que las mujeres embarazadas busquen atención durante el parto.	Estudio ecológico de series temporales	El período de mayor ocurrencia de muerte materna entre las adolescentes fue durante el embarazo, parto o por aborto	En esta investigación, las muertes por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el posparto, en ambos grupos de edad, fueron mayores entre las mujeres negras.	La mortalidad materna mostró una tendencia decreciente en el período de estudio, pero con altas proporciones de muerte; hubo una correlación significativa entre la cobertura de atención prenatal y la mortalidad materna entre adolescentes y adultos jóvenes

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Mora , y otros, 2020)	PubMed	Análisis Situacional de Muertes Maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018	Analizar la situación de las Muertes Maternas en Paraguay y los alcances del 2008 a 2018	Los determinantes sociales involucrados en muerte materna son la clase socioeconómica y nivel educativo que generan inequidades en materia de salud que deberán ser abordados por los países de manera crucial	Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo	Se deberá apuntar a estrategias vitales para prevenir, postergar o afrontar el embarazo en la adolescencia, mediante servicios de atención integral a la salud en la adolescencia, incidiendo aún más a la franja etaria de 10-14 años, y fortaleciendo el sistema.	Los establecimientos de salud deben organizarse y ofrecer servicios culturalmente aceptables para el grupo étnico específico al cual sirven. Además, estos servicios deben ser adecuadamente (9) financiados, evitando la exclusión de los más pobres	Se debe garantizar una atención calificada perinatal institucional y de planificación familiar, potenciando estrategias vitales como: trabajo con parteras empíricas, prevención del embarazo en la adolescencia y del aborto

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Inca Ruiz , Vinuesa Orozco , & León Insuasty, 2019)	LILACS	Caracterización de la muerte materna en la provincia de Chimborazo 2013 - 2017	Caracterizar las muertes maternas ocurridas en la provincia de Chimborazo desde el 2013 al 2017, con la finalidad de que los resultados contribuyan al diseño de estrategias y actividades que permitan mejorar este indicador negativo.	La muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas que afectan a la familia en su dinámica y estructura y la sociedad.	Estudio descriptivo retrospectivo	Las muertes maternas ocurren en la primera demora que es la falta de reconocimiento de los signos de peligro, seguida con la tercera demora en identificar y acceder a un servicio de salud	La mayor ocurrencia de muertes maternas sucede en las instituciones de salud	Realizar capacitaciones permanentes de los profesionales de los establecimientos, así como en la comunidad para que se reconozcan oportunamente los signos de peligro

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Constantén, y otros, 2018)	PubMed	Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013	Evaluar el grado de integridad del registro estadístico cubano de muertes maternas y la calidad de la clasificación de las causas de muerte recogidas en ese registro.	Una de las causas del desconocimiento del nivel real de mortalidad materna es la subestimación por subregistro, que varía según los países: en los llamados países desarrollados el subregistro de causas o las deficiencias de clasificación	Estudio descriptivo de corte transversal	En cuanto a la calidad de la clasificación, se comprobó una variación de tres casos en las muertes directas y una en las tardías	En la mortalidad materna debido a la mala calidad de los registros y, en algunos casos, para ocultar las muertes relacionadas con el aborto, está penalizado en el país	Se recomienda publicar la razón de mortalidad materna que emite el país, según los datos de su sistema de información, en lugar de emplear una razón de mortalidad materna



AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018)	Portal Regional de la BVS	Prácticas en enfermería para prevenir la mortalidad materna de la mujer en edad fértil	Describir las prácticas realizadas en torno a la prevención de la mortalidad materna desde el ejercicio profesional de la enfermera, en tres instituciones de salud en Bogotá, Colombia	la enfermera es la profesional del equipo de salud que mayor tiempo permanece con la mujer, la familia y la comunidad en los diferentes momentos de atención.	Estudio cuantitativo, descriptivo transversal.	A partir de los conocimientos teóricos que contribuyen al manejo del fenómeno, como desde la puesta en marcha de una multiplicidad de prácticas respaldadas científicamente que benefician la salud de la mujer en edad fértil	El ejercicio profesional de las enfermeras que proporcionan atención materna se encuentra fundamentado en un conocimiento científico que es aceptado y reconocido a nivel disciplinar e interdisciplinar	La ejecución de prácticas que contrarrestan la mortalidad materna es mayor cuando las enfermeras tienen un conocimiento actualizado, que las lleva a desarrollar un mejor trabajo multidisciplinario; y por ende una mayor gestión del cuidado

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Imani Bin Eradi Ramazani & Monique, 2022)	Europe PMC	Estudio de mortalidad materna en el este de la República Democrática del Congo	Medir la tasa de mortalidad en los centros de salud en el este de la República Democrática del Congo e identificar los factores de riesgo asociados	Para reducir la mortalidad materna, las mujeres deberían recibir atención sanitaria de calidad, universal	Estudio epidemiológico	Los resultados implican que es imperativo fortalecer el conocimiento tanto de las mujeres como de los profesionales de la salud sobre el embarazo y la salud materna y su poder.	Los Estados reconocieron que, a pesar de los esfuerzos realizados, las causas obstétricas sigue siendo limitado en los establecimientos de atención	Las muertes maternas están relacionadas con el primer retraso observado en nuestro estudio, muestran que las mujeres siguen perdiendo la vida cuando son decidida dar a luz una vida



AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Gomes Dias, y otros, 2023)	Europe PMC	Edad y tipo de parto como indicadores de riesgo de mortalidad materna	Este estudio evaluó la mortalidad materna (MM) y factores relacionados en un municipio de gran tamaño en la región Sudeste de Brasil (Campinas, São Paulo) durante el período 2000-2015.	Muchos factores pueden afectar el MM, como el acceso a la atención médica, la calidad de la atención médica durante la atención prenatal, la atención del parto y el puerperio.	Casos y controles, Ecológico, Observacional	Sólo una menor concentración de muertes maternas ocurrió en estratos de nivel socioeconómico bajo, o en las zonas más vulnerables de la ciudad. Sin embargo, esta concentración discreta no fue suficiente para caracterizar un grupo	La mortalidad materna es un grave problema de salud pública y se convirtió en un indicador de desarrollo social y se considera una tragedia individual, familiar y social	Las muertes maternas se distribuyeron dispersamente entre los diferentes niveles socioeconómicos y fueron más propensas a ocurrir entre mujeres mayores o aquellas sometidas a partos por cesárea

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Souza Silval & Sierra Martinsl, 2017)	Portal Regional de la BVS	Perfil epidemiológico de la mortalidad materna	Conocer el perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Juiz de Fora, Minas Gerais. Datos recolectados de abril a diciembre de 2016	Las causas obstétricas directas con complicaciones durante el embarazo, Las causas obstétricas indirectas resultantes de enfermedades que existían antes del embarazo	Estudio Retrospectivo	Las muertes se habrían evitado si el profesional médico hubiera intervenido antes en la terapia de la gestante.	La planificación reproductiva, el seguimiento, el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz de las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo	Deben tener mayor énfasis las conductas que apuntan a mejorar las condiciones de vida de las mujeres gestantes/puérperas, con el propósito de minimizar las tasas de mortalidad materna,

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Sanhueza, Mujica, Soliz, Cox, & de Mucio, 2023)	Portal Regional de la BVS	Escenarios de reducción de la mortalidad materna para 2030 en las Américas: perspectivas desde su ritmo	Reducir los niveles de mortalidad materna y abordar sus desigualdades se ha reflejado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	La mayoría de estas desigualdades están determinadas eco socialmente, tanto entre áreas geográficas como entre grupos de población.	Descriptivo	La brecha de desigualdad absoluta en la línea de base era de 313,4 muertes maternas en exceso por cada 100.000 nacidos vivos	El 70% de la mortalidad materna general regional, y las causas obstétricas indirectas (enfermedades infecciosas y no transmisibles) representan en promedio el 25% a nivel regional alrededor de 2019	Para ello, mejorar el alcance y la calidad de los sistemas nacionales y locales de registro civil y estadísticas vitales, información de salud y vigilancia de la muerte materna; y se debe fortalecer el establecimiento de protocolos para buscar y analizar cada muerte materna

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Mohammed, y otros, 2020)	PubMed	Un análisis de diez años de las muertes maternas en un hospital terciario utilizando el modelo de tres retrasos	Investigar diferentes retrasos asociados con la mortalidad materna que ocurrieron en nuestro hospital terciario	Retraso de la primera fase (falta de apoyo Financiero) Retraso de la segunda fase (ausencia de un centro de salud local) retraso de la tercera fase (largo período de espera)	Estudio retrospectivo	Las causas más frecuentes de mortalidad materna directa fueron la hemorragia posparto (24,6%), los trastornos hipertensivos del embarazo (19,8%) y la sepsis (9,7%).	La tasa de mortalidad materna hospitalaria es casi cinco veces mayor que la tasa de mortalidad materna nacional de Egipto	Hay un cambio de paradigma de la primera y segunda fase de retraso a la tercera fase de retraso como un importante contribuyente a la mortalidad materna

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Rubén Musarandega & Pattinson, 2021)	Sciencedirect	Causas de muerte, tres retrasos y factores asociados con el retraso 1 entre las muertes maternas en Myanmar: la vigilancia de la muerte materna en 2019	Identificar la RMM, las causas de muerte, los tres retrasos relacionados con la muerte materna y los factores asociados al Retraso 1, que es el tiempo de retraso en la decisión de buscar atención médica	El modelo de los tres retrasos se propuso para evaluar los retrasos que contribuyen a las muertes maternas Demora 1 Demora 2 Demora 3	Un estudio transversal	De los tres retrasos, el retraso 1 fue el principal, comprendiendo el 46,0% de las muertes maternas.	El resultado fue consistente con estudios anteriores que demostraron que un marido sin educación tenía una fuerte asociación con el retraso en la búsqueda de atención materna	Se debe fortalecer la capacitación educativa para los proveedores de atención médica que brindan atención prenatal. Además, se debe proporcionar educación sobre los signos de peligro del embarazo

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Alipour Jahanpour & Afsaneh, 2023)	PubMed	Prevalencia de causas de mortalidad materna según la CIE-MM: una revisión sistemática y un metaanálisis	Determinar las causas comunes de mortalidad materna según la clasificación ICDMM.	La clasificación precisa de las causas de la mortalidad materna es crucial para planificar intervenciones específicas destinadas a lograr el objetivo de poner fin a las muertes maternas evitables	Analítico	Las causas más prevalentes de muerte materna, enumeradas en orden descendente de mayor a menor prevalencia, fueron complicaciones no obstétricas	los trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio fueron la tercera causa más prevalente de mortalidad materna entre todas las causas y la segunda causa más prevalente entre las causas directas	Para reducir la carga de las causas de mortalidad materna, aumentar la concientización y promover el autocuidado entre las mujeres en edad reproductiva e implementar mecanismos efectivos de detección para madres de alto riesgo durante el embarazo

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Donghua Li & WeiQing Ning, 2021)	PubMed	Tasa de mortalidad materna en la provincia de Jiangsu, China: tendencias recientes y factores asociados	Estimar las tendencias recientes y los factores de riesgo subyacentes de la mortalidad materna.	Cuatro factores de riesgo se asociaron significativamente con la tasa de mortalidad materna, incluido el nivel de desarrollo económico los sistemas de salud	Estudio descriptivo	Los factores de riesgo asociados con la mortalidad materna generalmente se controlan mediante mejoras o intervenciones ambientales, lo que significa que una reducción de la mortalidad materna	La RMM siempre ha sido un indicador clave a la hora de evaluar el desarrollo socioeconómico de un país o región. El gasto de China en salud ha ido aumentando.	Las mejoras en la atención sanitaria o la economía contribuirían en gran medida a reducir la mortalidad materna prevenible y minimizar la tasa de mortalidad materna

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Wonjeong Jeong & Nam, 2020)	PubMed	El efecto del estatus socioeconómico en la mortalidad materna por todas las causas: un estudio de cohorte poblacional a nivel nacional	Examinar la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad materna por todas las causas en Corea del Sur y proporciona evidencia de factores de riesgo prevenibles de muerte materna	Las muertes maternas son causadas no sólo por los riesgos atribuibles al embarazo y el parto, sino también por la mala calidad de la atención de los servicios de salud	Estudio retrospectivo	Las características se ajustaron por edad materna, tipo de seguro, áreas residenciales, situación laboral, modo de parto, parto prematuro, atención prenatal, parto múltiple, comorbilidades maternas, tipo de hospital	Debido a que la muerte materna está altamente asociada con el acceso de las mujeres a atención médica por complicaciones, las áreas residenciales podrían estar asociadas con un mayor riesgo	Teniendo en cuenta que las muertes maternas suelen ocurrir en los mejores años productivos de las mujeres, esta es una necesidad de atención urgente.

AUTO R Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(De Jesús María & Hopman William, 2023)	PubMed	Examinando el papel de la calidad de la atención sanitaria institucionalizada en la mortalidad materna en la República Dominicana	Determinar en qué medida la calidad de la atención de salud institucionalizada, los factores sociodemográficos de las pacientes obstétricas y los factores institucionales afectan la mortalidad materna en la República Dominicana	La tasa de mortalidad materna, la mejora en la salud materna se ha producido de manera desigual debido a la calidad de salud. Violencia obstétrica	Estudio transversal	Refleja la mala calidad de la atención brindada a los pacientes en los hospitales dominicanos	Las madres solteras experimentarían peores resultados de salud, ya que un nivel socioeconómico más bajo generalmente se correlaciona con una alta tasa de mortalidad materna	La calidad de la atención materna debe trascender la medición de las experiencias a nivel individual

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTAD O	DISCUSION	CONCLUSION
(Armstrong Elizabeth & Mahoma Aruba, 2021)	PubMed	Determinantes geográficos, de acceso a la atención médica, de discriminación racial y socioeconómicos de la mortalidad materna en Georgia, Estados Unidos	Analizar la relación entre los determinantes sociales de la salud y las tasas de mortalidad materna en Georgia	La ubicación geográfica de los servicios obstétricos, el acceso a los proveedores de atención médica, el nivel socioeconómico, el racismo y la discriminación contribuyen a la alta tasa de mortalidad materna en Georgia.	Estudio ecológico	Las tasas son más altas entre las mujeres de minorías y las mujeres con un nivel socioeconómico bajo	La alta tasa de mortalidad materna se debe a una serie de determinantes sociales de la salud, ubicación geográfica, el acceso a proveedores de atención médica, el nivel Socioeconómico.	Reducir las disparidades en la atención de la salud materna entre las razas, brindar acceso a la atención materna a las mujeres de las zonas rurales y capacitar a una fuerza laboral de salud culturalmente competente ayudará a reducir la alta tasa de mortalidad materna

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Candeira Costa & Dos Santos Figueiredo, 2021)	PubMed	Relación entre desigualdad de ingresos, desarrollo socioeconómico, índice de vulnerabilidad y mortalidad materna en Brasil, 2017	Analizar la asociación entre la mortalidad materna y el IDH, el índice de Gini, el ingreso per cápita y la SVI.	Otras condiciones de vulnerabilidad destacadas en esa revisión fueron la baja educación, las mujeres solteras, el desempleo, la dificultad para acceder a los servicios de salud y la calidad de la atención brindada en estos servicios	Estudio ecológico	La necesidad de ampliar las acciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables es clara en las regiones norte y noreste porque la mortalidad materna es un indicador que refleja la realidad social.	Vale la pena señalar que en todos los análisis de correlación entre la mortalidad materna y otras variables socioeconómicas, persistieron las diferencias regionales	Brindar a los tomadores de decisiones el tipo de información necesaria para las políticas públicas prioritarias con potencial para cambiar la vulnerabilidad de la población femenina trasciendan el sector salud y busquen mitigar las desigualdades socioeconómicas

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Neamin Tesfay, Zenebe, Firde, & Woldeyohannes, 2022)	PubMed	Áreas objetivo para reducir la carga de muerte materna debida a hemorragia obstétrica en Etiopía	Evaluar las relaciones entre la exposición adversa a la salud materna (factores personales y médicos) y el retraso en la atención médica	Thaddeus y Maine propone el modelo de tres retrasos debido a la vacilación en optar por buscar atención 2retrasos debido a retrasos en llegar al centro de salud 3retrasos debido a esperas para recibir atención médica	Revisión de datos secundarios	Se incrementen medidas específicas para reducir la muerte materna debido a hemorragia obstétrica.	Las mujeres que viven en una zona rural, sin educación, con mayor paridad y que dieron a luz en casa tenían más probabilidades de morir debido a los resultados adversos de la hemorragia obstétrica	Se espera que las partes interesadas locales, provinciales y nacionales realicen más evaluaciones para introducir una intervención de salud materna eficaz para lograr los objetivos a los que se aspira en el marco del objetivo de desarrollo sostenible.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Onambélé Luc & João Forjaz Maria, 2022)	PubMed	Mortalidad materna en África: tendencias regionales (2000-2017)	Estudiar las tendencias regionales de la mortalidad materna (MM) en África	La mortalidad materna se ve afectada por factores socioeconómicos estructurales como la inestabilidad socioeconómica, el hambre, la migración y una infraestructura sanitaria débil.	Estudio Analítico	Puede haber muchas razones para las diferencias regionales en la mortalidad, una de las cuales puede ser las diferencias en la edad materna	Las medidas preventivas deben centrarse en la prevención de hemorragias. Lo más importante es facilitar los partos en establecimientos de salud con los materiales y recursos humanos necesarios.	Las políticas de salud deben centrarse en garantizar que todas las mujeres den a luz en un centro de salud para evitar muertes por hemorragia posparto.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Mamkhezri, Razzaghi, Khezri, & Heshmati, 2022)	PubMed	Efectos regionales de los determinantes de la mortalidad materna en África y Oriente Medio: ¿qué pasa con los riesgos políticos de los conflictos	Evaluar los factores que han causado tasas significativas de mortalidad materna en países de Medio Oriente y África enfatizando las contribuciones de una serie de aspectos de riesgo político	Muchos factores podrían afectar el estado de salud de la población más que el sistema nacional de salud, como factores socioeconómicos, desigualdad de género, desastres naturales y malestar político (por ejemplo, guerras)	Modelo econométrico espacial	Los efectos de los índices de conflicto, incluidas la guerra, las presiones extranjeras y el terrorismo en los países vecinos, son negativos y significativos.	La economía se encuentra entre las contribuciones del crecimiento económico a los países. Esto, a su vez, puede reducir drásticamente la mortalidad materna	A medida que los conflictos debilitan el crecimiento económico y afectan negativamente el bienestar de las mujeres

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Mukesh , Marjolein, De Brouwere, & Tjard de Cock, 2020)	PubMed	Determinantes sociales de la salud materna: una revisión del alcance de los factores que influyen en la mortalidad materna y el uso de los servicios de salud materna en la India	Mapear y resumir la evidencia sobre los determinantes sociales que influyen en la salud materna en la India y comprender sus mecanismos de influencia mediante el uso de un marco de determinantes sociales específicos de la salud materna.	Los determinantes estructurales operan entonces a través de un conjunto de determinantes intermediarios para producir condiciones diferenciales que comprometan la salud. Factores estructurales Estatus económico Casta/etnia Cultura	Estudio Analítico	Los factores relacionados con el sistema de salud también influyeron en el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna en la India de forma directa o independiente.	El desempeño del sistema de salud está influenciado por varios factores que son tanto externos como internos al sistema	Las mujeres, especialmente las de clases socialmente atrasadas, probablemente no tienen el poder de hacer cumplir sus derechos de acceso y control de las instituciones económicas, políticas y culturales, lo que las lleva a su exclusión o incapacidad para influir en las políticas públicas o en las decisiones que afectan sus intereses.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Sk Md Illias Kanchan, Ankit, & Nasim, 2019)	PubMed	Orar hasta la muerte: revisando el modelo de tres retrasos para contextualizar los factores socioculturales asociados con las muertes maternas en una región con alta prevalencia de eclampsia en la India	Identificar los factores a nivel de establecimiento y comunidad que contribuyeron a las muertes maternas mediante el empleo de tres modelos de retrasos	El modelo de los tres retrasos se considera ampliamente como un enfoque integral para examinar las barreras para buscar atención obstétrica y prevenir la mortalidad materna	Estudio retrospectivo de métodos mixtos	La eficacia del modelo de los "Tres retrasos", nos hemos esforzado por comprender las barreras para buscar atención obstétrica y contextualizarlas en el panorama más amplio de la mortalidad materna	El modelo de los "Tres retrasos" de Thaddeus y Maine es el reconocimiento de la naturaleza compleja e interconectada de los factores que impiden obtener atención materna de alta calidad para las mujeres	Los retrasos tipo 1 y tipo 2 fueron los principales contribuyentes a las muertes maternas en la región

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Bisrat Tesfay Abera, y otros, 2024)	PubMed	Sepsis materna y factores asociados con malos resultados maternos en un hospital terciario en Tigray, Etiopía: una revisión retrospectiva de la historia clínica	Determinar los resultados de la sepsis materna y los factores asociados con malos resultados maternos	La falta de acceso a agua potable y materiales sanitarios contribuyen a una alta tasa de sepsis materna y mortalidad y	Estudio retrospectivo	Para protegerse de los efectos de la infección durante el embarazo y prevenir la infección a sepsis y shock séptico, recomendamos que se apliquen esfuerzos concertados para desarrollar la capacidad de diagnóstico de los centros de salud	La sepsis materna sigue siendo una fuente alarmante de mortalidad y morbilidad en los países de bajos ingresos	La sepsis materna es una fuente de morbilidad y mortalidad significativas en entornos con recursos limitados, con un número significativo de mujeres que experimentan ingreso en la UCI, intubación y muerte atribuibles a la sepsis.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSION	CONCLUSION
(Moctar , y otros, 2022)	PubMed	Acceso geográfico y utilización de los servicios de salud materna en el distrito de salud de Sélingué, Malí	Examinar las disparidades en educación y distancia geográfica y cómo afectan la utilización de la atención materna dentro del distrito de salud de Sélingué,	Las brechas en la educación y la distancia desde el establecimiento están bien documentadas como factores que afectan la utilización de la atención prenatal y el nacimiento en los establecimientos de salud	Estudio transversal	Las mujeres que viven en aldeas situadas entre 6 y 15 km de un centro de salud comunitario tienen un 50 % menos de probabilidades de realizar cuatro o más visitas de atención prenatal durante el embarazo	El acceso a la atención y la subutilización de la atención médica son factores clave que impactan la mortalidad materna	Las intervenciones y los recursos para la igualdad de género y el acceso a los establecimientos de salud deberían reasignarse,



4. Discusión

Como la salud materna es un tema importante que requiere atención inmediata, eliminar la muerte materna es un objetivo principal de la vigilancia y respuesta a la muerte materna. Es importante comprender los factores socioeconómicos no sólo para reducir la muerte materna sino también para diseñar políticas sanitarias y hospitalarias efectivas. Por lo tanto, el propósito de este estudio es analizar los factores socioeconómicos, de salud y culturales que afectan la mortalidad materna (Wonjeong Jeong & Nam, 2020)

La mortalidad materna es un indicador de la desigualdad social, de la violencia obstétrica y una violación de los derechos humanos de las mujeres. El acceso a los servicios de salud y las condiciones sociodemográficas, en especial la raza, son factores que contribuyen a la mortalidad materna. (Flores Ceccon, y otros, 2019)

Un estudio realizado en el estado de Paraná identificó que las mujeres de bajos ingresos y bajo nivel educativo, principalmente mujeres que viven en la periferia de las zonas urbanas tienen menor acceso a la información y conocimientos sobre salud, especialmente en lo que respecta a la salud reproductiva, lo que hace que el nivel educativo uno de los factores responsables del elevado número de muertes maternas. (Souza SilvaI & Sierra MartinsI, 2017)

Las demoras en la búsqueda o prestación de atención médica que se consideró que habían contribuido a las muertes maternas se agruparon utilizando el modelo Thaddeus y Maine de tres demoras, estipulando demoras 1) para decidir buscar atención; 2) llegar a los centros de salud para recibir atención, incluido el transporte, y 3) recibir la atención adecuada en los centros. Varios retrasos pueden contribuir a una muerte (Mats Malqvist, Massawe, & Hanson, 2020)



Alrededor del 62% de la mortalidad materna en todo el mundo puede atribuirse a causas directas, y las hemorragias obstétricas representan casi la mitad de ellas (alrededor del 27%). Las hemorragias posparto son la causa más común de hemorragias obstétricas (72%) representa alrededor del 25% de las muertes maternas a nivel mundial. Esto a pesar de que la mayoría de las muertes maternas causadas por hemorragias se pueden prevenir (Alipour Jahanpour & Afsaneh, 2023)

La formación especializada en enfermería acrecienta la calidad de la práctica disciplinar porque favorece la valoración integral de la mujer desde todas las perspectivas, con la finalidad de identificar los factores internos y externos que están presentes en la preconcepción, el parto o el posparto y que de no ser manejados correctamente podrían ser contraproducentes para la vida. (Guarnizo Tole, Olmedillas Fernández,, & Rodríguez, 2018)

Los factores de riesgo asociados con la mortalidad materna generalmente se controlan mediante mejoras o intervenciones ambientales, lo que significa que una reducción de la mortalidad materna es esencialmente una reducción de la mortalidad materna prevenible. (Donghua Li & WeiQing Ning, 2021)



5. Conclusión

- Los resultados mostraron problemas en la organización del sistema de salud, trayendo así la duda sobre la calidad de la atención brindada, evidenciando la necesidad de inversiones gubernamentales para la formación y calificación de profesionales que brindan atención a mujeres en edad fértil en prenatal, parto, aborto y puerperio
- Se debe de fortalecer las competencias del personal sanitario y desarrollar herramientas que permitan la identificación temprana del riesgo obstétrico; identificar e implementar guías clínicas de salud materna basadas en la mejor evidencia científica disponible para permitir a los profesionales mejorar la calidad de la atención
- La inserción de la enfermera en el primer nivel de atención en salud favorece la puesta de marcha de prácticas encaminadas a la detección temprana de complicaciones, y a la educación para la salud a nivel individual y familiar, que contribuyen a contrarrestar la ocurrencia de morbilidad y mortalidades conexas con la dimensión sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil.
- La búsqueda de información en artículos científicos sobre la mortalidad materna es un proceso crucial para entender los factores que influyen en este problema de salud pública lo que permite identificar las estrategias más efectivas para reducir las tasas de mortalidad. A través de la lectura crítica, se puede evaluar la calidad y la validez de la evidencia presentada y obtener datos relevantes.



6. Recomendación

- Implementar capacitaciones continuas (seminarios, infografías, campañas en medios digitales) que permitan compartir los resultados de la investigación con el personal de salud y líderes comunitarios, aumentando la conciencia colectiva sobre la mortalidad materna como problema prioritario.
- Promover la búsqueda sistemática de información científica actualizada sobre mortalidad materna entre estudiantes y profesionales de la salud, fomentando habilidades de investigación y lectura crítica para tomar decisiones informadas en la práctica clínica.
- Consolidar la participación de las enfermeras en el primer nivel de atención, promoviendo la detección temprana de complicaciones y la educación en salud a nivel individual y familiar, mediante estrategias que contribuyan a reducir la mortalidad materna.
- El profesional de la salud deberá desarrollar habilidades para evaluar y descartar artículos científicos utilizando una guía de verificación tipo checklist, herramienta que le permitirá identificar la validez metodológica y fortalecer su criterio crítico.



CAPITULO IV

7. Diseño de la Propuesta

7.1. Título de la Propuesta

Guía de Checklist para la evaluación crítica de artículos científicos.

7.2. Introducción

Las herramientas de evaluación crítica (CAT, por sus siglas en inglés) son utilizadas comúnmente por estudiantes e investigadores como una forma de juzgar la calidad de un estudio. Son útiles debido a su enfoque estructurado, que normalmente utiliza preguntas categóricas (sí/no) en encabezados estandarizados, lo que significa que no se pasan por alto componentes clave de la evaluación del estudio, por ejemplo, la validez interna y externa. (Neuen, 2018)

Debido al creciente número de revisiones sistemáticas que se publican, puede ser de una gran utilidad contar con métodos que ayuden a evaluar de forma rápida y sistemática su calidad: son las listas, guía, cuestionarios o checklists. Además de su objetivo fundamental, que es valorar si los métodos utilizados y los resultados obtenidos son adecuados para producir información útil, las listas guía cumplen también una importante labor informativa, tanto en la evaluación crítica de distintos tipos de estudios publicados como en la evaluación de protocolos (Dios & Santamaría, 2021)

Leer en modo crítico constituye, en un momento complejo como el que vivimos, un inminente desafío, que plantea operar sobre el conocimiento con actitud irreverente e inquieta, capaz de trascender lo dado por las comunidades científicas, las cuales históricamente han presumido haber atrapado la realidad en sus posiciones sobre el mundo, intentando mostrarlas como verdades acabadas (Morales, 2021).



A menudo nos encontramos, quienes estamos entre bastidores de las revistas de investigación, con artículos donde los autores indican que han utilizado checklist como PRISMA o CONSORT como herramientas de valoración crítica de estudios con el fin de decidir si estos tienen suficiente calidad para ser incluidos en una revisión sistemática o un metaanálisis. Una lista de verificación o checklist no es más que la enumeración de una serie de ítems que aparecen agrupados con el fin de verificar su cumplimiento y así alcanzar algún objetivo concreto (Salamanca, 2019).

La capacidad de realizar una lectura crítica de la literatura científica es fundamental para la investigación y el desarrollo del conocimiento en cualquier campo disciplinario. Sin embargo, muchos investigadores y estudiantes enfrentan desafíos al evaluar la calidad y la relevancia de los estudios que encuentran. En respuesta a esta necesidad, se propone el desarrollo de un checklist que sirva como guía sistemática para la evaluación crítica de artículos científicos.



7.3.Objetivo general

- Desarrollar un checklist estructurado que facilite la realización de lectura crítica en salud de artículos científicos.

7.4.Objetivos específicos

- Identificar la estructura y los elementos que dotan a un artículo científico de coherencia y rigor metodológico
- Proporcionar una guía para la valoración personal sistemática y ordenada de un artículo científico
- Crear una cultura del consumo de investigación en los estudiantes de enfermería

7.5.Fundamentación de la propuesta

La fundamentación teórica de esta propuesta se basa en la literatura existente sobre la evaluación crítica de la investigación científica en salud. Un checklist para la lectura crítica proporciona una herramienta estructurada y sistemática que ayuda a los investigadores a evaluar estudios científicos de manera coherente y exhaustiva. Este enfoque permite identificar fortalezas y debilidades en el diseño, la metodología, los análisis y las conclusiones de los estudios revisados.

Además, un checklist bien diseñado puede servir como una guía de aprendizaje para estudiantes ayudándoles a desarrollar habilidades críticas esenciales para su carrera académica y profesional. Estas herramientas ayudan a reducir el sesgo y aumentan la transparencia en el proceso de revisión, lo que es crucial para la integridad de la investigación científica.



7.6. Alcance de la propuesta

La propuesta se enfocará en desarrollar un checklist que pueda ser aplicable a estudios científicos en diversas disciplinas, adaptándose a diferentes tipos de investigación y metodologías. Además, se buscará validar y mejorar continuamente el checklist mediante la retroalimentación de expertos y usuarios, asegurando su utilidad y efectividad práctica en el ámbito académico y profesional.

El desarrollo y la implementación de un checklist para la lectura crítica en salud contribuirán significativamente a la mejora de las habilidades críticas, la calidad de la investigación y la toma de decisiones informada en múltiples campos.



Bibliografía

- Alipour Jahanpour, P. A., & Afsaneh, K. (28 de noviembre de 2023). *Prevalencia de causas de mortalidad materna según la CIE-MM: una revisión sistemática y un metaanálisis*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38017449/>
- Álvarez Sierra, S. (20 de octubre de 2020). *Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1020846>
- Armstrong Elizabeth, D. D., & Mahoma Aruba, N. C. (13 de diciembre de 2021). *Determinantes geográficos, de acceso a la atención médica, de discriminación racial y socioeconómicos de la mortalidad materna en Georgia, Estados Unidos*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34938596/>
- Bisrat Tesfay Abera, H. T., Gebre, D., Gebremariam, T., Efrén Berhe, H. G., Amare, B., Kidanemariam, R., . . . Ebrahim, M. M. (7 de febrero de 2024). *Sepsis materna y factores asociados con malos resultados maternos en un hospital terciario en Tigray, Etiopía: una revisión retrospectiva de la historia clínica*. Recuperado el 4 de junio de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38326776/>
- Borrego, A. E., Figueira, E., Tavares, L. M., Odriozola, S., Pérez, O., Teixeira, M. L., . . . Zaldívar, L. G. (29 de noviembre de 2021). *Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2551>



- Brenda. (s.f.). *Estudiar Enfermería*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://estudiarenfermeria.com/quien-fue-dorothea-orem-biografia-logros-aportes-a-la-enfermeria>
- Candeira Costa , M., & Dos Santos Figueiredo , F. (12 de Octubre de 2021). *Relación entre desigualdad de ingresos, desarrollo socioeconómico, índice de vulnerabilidad y mortalidad materna en Brasil, 2017*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34641846/>
- Constantén, S. B., Morales, M. Á., Fernández, M. R., Ramos, V. M., Alomá, I. A., & Nistal, L. M. (3 de mayo de 2018). *Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-961734>
- De Jesús María, S. N., & Hopman William, M. Á. (20 de julio de 2023). *Examinando el papel de la calidad de la atención sanitaria institucionalizada en la mortalidad materna en la República Dominicana*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37510645/>
- Dios, G. d., & Santamaría, B. (14 de junio de 2021). *Valoración crítica de artículos científicos. Parte 2: revisiones sistemáticas y metaanálisis*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2021/05/2021_Valoracion-cr%C3%ADtica-de-RS-y-MA_FAPap.pdf
- Donghua Li, C. Y., & WeiQing Ning, Y. X. (25 de junio de 2021). *Tasa de mortalidad materna en la provincia de Jiangsu, China: tendencias recientes y factores asociados*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34172025/>



- Flores Ceccon, R., Nazareth Meneghel, S., De Menezes Portes, V., Bueno, A., Arguedas Ramíres, G., & Hahn Bueno, A. (14 de agosto de 2019). *Mortalidad materna en las capitales de provincia de Brasil*. Recuperado el 10 de Abril de 2024, de Revista Cubana de Salud Pública: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/835/1288>
- Gome, M., R. C., Holanda, M., Cabral, P., Pontes, C. M., Manguiera, S. d., & Pereira Linhares, F. M. (27 de enero de 2023). *Apoyo-educación del sistema de enfermería en la promoción del autocuidado a embarazadas de alto riesgo: revisión integradora*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://search.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1523665>
- Gomes Dias, I. M., Gomes Francia, F. M., Cortellazzi, K. L., Pereira, A. C., Pereira da Silva, E., Prado da Fonseca, E., & Pardi, V. (1 de marzo de 2023). *Edad y tipo de parto como indicadores de riesgo de mortalidad materna*. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de Europe PMC: <https://europepmc.org/article/MED/37105197>
- Guarnizo Tole, M., Olmedillas Fernández,, H., & Rodríguez, G. V. (14 de septiembre de 2018). *Prácticas en enfermería para prevenir la mortalidad materna de la mujer en edad fértil*. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de Portal Regional de la BVS: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1093606>
- Imani Bin Eradi Ramazani, S. D., & Monique, D. K. (31 de mayo de 2022). *Estudio de mortalidad materna en el este de la República Democrática del Congo*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://europepmc.org/article/MED/35641954>
- Inca Ruiz, G. P., Vinuesa Orozco, M. G., & León Insuasty, M. C. (13 de noviembre de 2019). *Caracterización de la muerte materna en la provincia de Chimborazo 2013 - 2017*.



Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de Portal Regional de la BVS:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1103576>

Khalili, M., Mashrouteh, M., Haghdoost, A., Torkian, S., & Chegeni, M. (31 de mayo de 2023).

Revisión sistemática y metanálisis de la tasa de mortalidad materna y factores

relacionados en la República Islámica del Irán. Recuperado el 10 de Abril de 2024, de

PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37306175/>

Malahat Khalili, M. M. (31 de mayo de 2023). *Revisión sistemática y metanálisis de la tasa de*

mortalidad materna y factores relacionados en la Republica Islámica de Irán.

Recuperado el 10 de Abril de 2024, de PubMed:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37306175/>

Mamkhezri, J., Razzaghi, S., Khezri, M., & Heshmati, A. (16 de octubre de 2022). *Efectos*

regionales de los determinantes de la mortalidad materna en África y Oriente e Medio:

¿qué pasa con los riesgos políticos de los conflictos? Recuperado el 22 de Mayo de 2024,

de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35651864/>

Maryam Tajvar, A. H., & Zalvand, R. (15 de diciembre de 2022). *Una revisión sistemática de los*

determinantes individuales y ecológicos de la mortalidad. Recuperado el 14 de

Noviembre de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36522731/>

Mats Malqvist, A. P., Massawe, S., & Hanson, C. (julio de 6 de 2020). *Causas de muertes*

maternas y retrasos en la atención: comparación entre el sistema de respuesta y

vigilancia rutinaria de la muerte materna y un panel de expertos obstetras en Tanzania.

Recuperado el 21 de junio de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32623999/>



Moctar , T., Sangho, O., Beebe, M., Whiting, L., Goins, R., Marcador, H., . . . Doumbia, S. (22 de Enero de 2022). *Acceso geográfico y utilización de los servicios de salud materna en el distrito de salud de Sélingué, Malí*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35064429/>

Mohammed, M., El Gelany, S., Eladwy, A., Ali, E., Gadelrab, M., Ibrahim, E., . . . Abdallah, A. (6 de octubre de 2020). *Un análisis de diez años de las muertes maternas en un hospital terciario utilizando el modelo de tres retrasos*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33023523/>

Mora , E., Ester, G., Cusihuamán, P., A. U., Insfrán, & Delasnieve., M. (05 de enero de 2020). *Análisis Situacional de Muertes Maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018*. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de Portal Regional de la BVS: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1087891>

Morales, J. (12 de noviembre de 2021). *Lectura crítica e Investigación. Aportaciones de Hugo Zemelman al aprendizaje en la Universidad*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LecturaCriticaEInvestigacionAportacionesDeHugoZeme-8693293.pdf>

Mukesh , H., Marjolein, D., De Brouwere, V., & Tjard de Cock, B. (2 de junio de 2020). *Determinantes sociales de la salud materna: una revisión del alcance de los factores que influyen en la mortalidad materna y el uso de los servicios de salud materna en la India*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-020-00125-6>

- Naranjo Hernández Ydalsys, C. P., & Miriam, R. L. (16 de diciembre de 2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>
- Neamin Tesfay, R. T., Zenebe, A., Firde, H., & Woldeyohannes, F. (29 de septiembre de 2022). *Áreas objetivo para reducir la carga de muerte materna debida a hemorragia obstétrica en Etiopía*. Recuperado el 14 de noviembre de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36173995/>
- Neuen, D. (12 de enero de 2018). *Valoración de la valoración*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de <https://s4be.cochrane.org/blog/2018/01/12/appraising-the-appraisal/>
- Omer, S., Zakar, R., Muhammad, Z., & Fischer, F. (18 de mayo de 2021). *La influencia de las prácticas sociales y culturales en la mortalidad materna: un estudio cualitativo del sur de Punjab, Pakistán*. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34006307/>
- Onambélé Luc, O. L., & João Forjaz María, A. Y. (12 de octubre de 2022). *Mortalidad materna en África: tendencias regionales (2000-2017)*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36293727/>
- Ramalho, L., Oliveira Costa, M. C., Granado Nogueira da Gama, S., Reis Amaral, M. T., Dos Santos, D. B., Farias Barros, N., & Oliveira, W. R. (18 de septiembre de 2023). *Mortalidad materna en adolescentes y adultas jóvenes: tendencia temporal y correlación con la cobertura de atención prenatal en el estado de Bahía, Brasil, 2000-2020*. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de Europe PMC: <https://europepmc.org/article/MED/37729264>



- Román, R. A. (21 de marzo de 2018). *Mortalidad materna en México, más allá de los objetivos de desarrollo milenarios: un modelo de cohorte de período de edad*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de PLOS ONE:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194607>
- Rubén Musarandega, M. N., & Pattinson, R. (9 de octubre de 2021). *Causas de la mortalidad materna en África: una revisión sistemática de estudios publicados entre 2015 y 2020*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34737857/>
- Ruiz, G. P., Orozco, M. G., & Insuasty, M. L. (13 de noviembre de 2019). *Caracterización de la muerte materna en la provincia de Chimborazo 2013 - 2017*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1103576>
- Salamanca, A. B. (mayo de 2019). *Checklist para autores y checklist para lectores: diferentes herramientas con diferentes objetivos*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-ChecklistParaAutoresYChecklistParaLectoresDiferent-7125323.pdf>
- Sanhueza, A., Mujica, Ó., Soliz, P., Cox, A., & de Mucio, B. (28 de julio de 2023). *Escenarios de reducción de la mortalidad materna para 2030 en las Américas: perspectivas desde su ritmo*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de Portal Regional de la BVS:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-37381010>
- Sk Md Illias Kanchan, P. B., Ankit, A., & Nasim, A. (28 de agosto de 2019). *Orar hasta la muerte: revisando el modelo de tres retrasos para contextualizar los factores socioculturales asociados con las muertes maternas en una región con alta prevalencia*



- de eclampsia en la India*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455258/>
- Souza Silva I, L., & Sierra Martins I, A. C. (12 de septiembre de 2017). *Perfil epidemiológico de la mortalidad materna*. Recuperado el 26 de octubre de 2023, de Portal Regional de la BVS: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-898521>
- Tajvar, M., Hajizadeh, A., & Z Alvand, R. (15 de diciembre de 2022). *Una revisión sistemática de los determinantes individuales y ecológicos de la mortalidad materna en el mundo según el nivel de ingresos de los países*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36522731/>
- Tun, K., Inthaphatha, S., Soe, M., Kimihiro, N., Hamajima, N., & Yamamoto, E. (9 de marzo de 2023). *Causas de muerte, tres retrasos y factores asociados con el retraso 1 entre las muertes en Myanmar: la vigilancia de la muerte materna en 2019*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823000608?via%3Dihub>
- Vera, C., & Donoso, E. (28 de enero de 2019). *Desaceleración en la reducción de la mortalidad materna en Chile impide alcanzar el 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1024229>
- Wonjeong Jeong, S. I., & Nam, J. Y. (26 de junio de 2020). *El efecto del estatus socioeconómico en la mortalidad materna por todas las causas: un estudio de cohorte poblacional a nivel nacional*. Recuperado el 22 de Mayo de 2024, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32604879/>

Anexo 1: Certificado del Programa Antiplagio Urkund

82



Anexo 2: Evidencia de Tutoría



Tutoría académica del proyecto de tesis con la Lcda. Carmen Guaranguay

Anexo 3: Diseño de la Propuesta

Guía de Checklist para la valoración sistemática de un Artículo Científico



Pautas para evaluar el Título	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Es claramente indicativo del contenido del estudio (problema de investigación, y variables principales).			
2) Es claro, fácil de entender.			
3) Conciso (≤ 15 palabras)			
4) Identifica las palabras clave (descriptores) del estudio.			
5) Utiliza palabras completas (no utiliza abreviaturas ni siglas)			
6) Usa tono afirmativo			
7) Es gramaticalmente correcto (no es partido)			
8) Usa lenguaje sencillo (no usa jerga)			
9) Usa términos claros y directos, sin usar términos efectistas.			
10) Usa palabras esenciales (no usa sobreexplicación)			

Pautas para evaluar el Resumen	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta.			
2) Es claro, fácil de entender			
3) Describe claramente: • El objetivo/hipótesis en el primer párrafo. • El diseño/metodología en el segundo párrafo. • Los resultados principales en el tercer párrafo. • Las conclusiones en el cuarto párrafo			
4) Es conciso (250 palabras)			



5) Presenta resultados con valores numéricos (tasas, porcentajes, proporciones)			
6) Usa palabras completas (no usa abreviaturas, ni siglas)			
7) Es autosuficiente, autoexplicativo			

Pautas para evaluar la Introducción	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Presenta claramente el qué y el porqué de la investigación			
2) Capta la atención del lector desde el párrafo introductorio; “invita” al lector a seguir leyendo.			
3) El estilo es directo unívoco			
4) El tema general (campo de estudio) se presenta inicialmente para luego pasar al problema de investigación			
5) El problema de investigación se identifica y se define correctamente.			
6) Los antecedentes del problema se presentan sin dilación			
7) La razón fundamental por la cual se seleccionó el problema queda clara. Su investigación se justifica para llenar un vacío de información			
8) El problema es importante, es actual, es susceptible de observación y de medición.			
9) La investigación del problema es factible y medible			
10) La revisión bibliográfica de la introducción identifica lo que se sabe actualmente (en función de lo publicado) sobre el problema de investigación. Se identifica con claridad el qué y el porqué de la investigación			
11) La revisión bibliográfica es relevante y adecuada para el problema del estudio			
12) La revisión bibliográfica refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio			
13) Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales			
14) La relación del problema de estudio con investigaciones previas es directa y clara			



15) La revisión bibliográfica presenta una gama de experiencias, teorías, opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema			
16) La revisión bibliográfica de la introducción identifica, desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema			
17) La organización de la revisión bibliográfica introductoria es lógica, según categorías y fecha de publicación			
18) La revisión bibliográfica es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante y, en ningún caso, es arbitrario			
19) La investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes			
20) La investigación describe un marco teórico ya existente o fórmula uno propio			
21) El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible			
22) El marco teórico es útil para clarificar conceptos pertinentes y relaciones entre ellos y con el tema estudiado			
23) El estudio selecciona las variables predictoras y resultados adecuados.			
24) Las variables predictoras y resultado se plantean de forma clara, precisa y unívoca			
25) La asociación entre las variables elegidas se describe indicando su calidad de predictora (independiente) y resultado (dependiente).			
26) Las variables extrañas (de confusión) se reconocen y se indica su grado de control en el estudio.			
27) Las variables de mayor importancia del estudio se definen operacionalmente, al igual que sus grados de condición.			
28) La formulación de los objetivos es adecuada a la pregunta de investigación (problema y sus variables)			
29) Los objetivos indican de forma inequívoca qué es lo que es lo que el investigador intenta hacer (observar, registrar y medir)			
30) Los objetivos descriptivos son pocos, concretos, medibles y factibles			
31) Los objetivos anuncian la posterior obtención de resultados concretos previstos, unívocos, claros y precisos			
32) Los objetivos se presentan redactados en forma afirmativa, con verbos activos transitivos, en tiempo infinitivo, sujetos a una sola interpretación.			
33) . La redacción de los objetivos diferencia claramente los objetivos de carácter descriptivo de aquellos otros de carácter analítico			
34) Las hipótesis expresan de manera clara, precisa y concisa, una relación (o diferencia) entre dos o más variables.			
35) Las hipótesis explican o predicen esa relación o diferencia entre dos o más variables en términos de resultados esperados			



36) La formulación de las hipótesis incluye las variables de estudio, la población de estudio, y el resultado predicho (efecto).			
37) Las variables predictor y resultado identificadas en las hipótesis del estudio se definen operacionalmente			
38) Cada hipótesis del estudio se refiere solamente a una relación entre dos variables, para claridad de su comprensión (hipótesis simple)			
39) La dirección de la relación investigada se establece de manera inequívoca en la redacción de la hipótesis			
40) Cada hipótesis está lógicamente relacionada con el problema de investigación.			
41) La introducción termina con la formulación de la pregunta o del objetivo de investigación. En ella se menciona adecuadamente la población de estudio, las principales variables (predictoras y resultado) y el tipo de relación/comparación entre ellas.			
42) El índice de Gunning es adecuado (inferior a 16).			

Pautas para evaluar el Diseño de Estudio	1 aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) El diseño se describe suficientemente, caracterizando la dimensión de la intervención del investigador (manipulación) de la variable predictor (resultado)			
2) El diseño elegido por los autores parece apropiado para el objetivo del estudio			
3) El diseño explica la dimensión temporal (momento y número de veces de recogida de información).			
4) El diseño especifica la unidad de análisis (caso, serie de casos, muestra o población total).			
5) El diseño indica el nivel de análisis: 1. Descriptivo 2. Relacional (estudios de asociación y correlación basados en análisis bivariados) 3. Explicativo (estudios de causa-efecto por análisis multivariante) 4. Predictivo 5. Aplicativo			
6) El diseño seleccionado encaja en el paradigma epistemológico/metodológico con los datos (cuantitativos o cualitativos) que se intenta producir.			
7) El diseño está actualizado con el nivel de conocimientos disponibles sobre el problema de investigación.			

8) El diseño descrito garantiza un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas, contribuyendo así a la validez interna del estudio			
--	--	--	--

Pautas para evaluar las Variables	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Se exponen con claridad cuáles son las variables predictoras (exposición), resultado y las potenciales variables de confusión o modificadoras			
2) Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, criterios diagnósticos, etc.).			
3) Los instrumentos de medición de las variables principales tienen validez y fiabilidad conocidas y adecuadas (se citan estudios que lo analizaron); se han adaptado culturalmente si las versiones originales provienen de lugares con lenguas o culturas diferentes (se citan los estudios que lo hicieron).			
4) Las técnicas de medición de las variables principales se describen suficientemente, son adecuadas y son las mismas para los grupos.			

Pautas para evaluar la Población y la Muestra	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) La población diana se identifica y se describe con claridad.			
2) La población accesible al estudio se describe con exactitud.			
3) La población de estudio, definida por los criterios de selección, contiene un espectro adecuado de la población de interés.			
4) La muestra del estudio se describe con exactitud. Se indican los criterios de inclusión y de exclusión de participantes, así como las fuentes y los métodos de selección			



5) Los criterios de elección de la muestra son adecuados para dar respuesta a la pregunta o al objetivo del estudio			
6) Se explica si se utilizó un muestreo aleatorio probabilístico o un muestreo no probabilístico			
7) El tamaño de muestra se informa y se justifica a la luz del objetivo del estudio, del diseño del estudio, del método de muestreo y del análisis estadístico de los datos			
8) Se indica el grado de representatividad de la muestra elegida respecto a la población diana, a la que intenta generalizar los resultados (grado de validez interna).			
9) La selección y el tamaño de la muestra parece suficiente como para garantizar la validez externa del estudio			
10) El método de selección y asignación de sujetos a los grupos de estudio y de control se describe con claridad			
11) No se produjeron pérdidas (por falta de medición, abandono, migración, etc.) que afecten a una parte de la muestra			
12) Las características de los grupos que se comparan están bien descritas.			
13) Se utilizaron las mismas estrategias y técnicas de medición en todos los grupos (para evitar el sesgo de información); se midieron las mismas variables en todos los grupos del estudio.			

Pautas para evaluar la Estadística	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Se define el error beta, y se justifica el tamaño de la muestra en función de la potencia estadística deseada para el estudio ($1 - \beta$).			
2) El análisis estadístico estuvo definido y determinado desde el inicio del estudio. Se describen y se justifican los tests estadísticos elegidos en función de las características intrínsecas de las variables predictoras y resultado			
3) Se describen los estadísticos de tendencia central y los de dispersión de las variables cuantitativas. Se citan los estadísticos de las variables cualitativas con sus intervalos de confianza al 95%.			
4) Se cita el test de normalidad a utilizar para analizar la gaussianidad de las variables cuantitativas continuas.			
5) Los estadísticos de tendencia central paramétricos (media aritmética) y de dispersión (desviación o error estándar de la			



media) se acompañan de tests de contraste de hipótesis de tipo paramétrico. Los estadísticos de tendencia central no paramétricos (mediana) se acompañan de tests de contraste de hipótesis de tipo no paramétrico			
6) Se justifican razonadamente los tests estadísticos de contraste de hipótesis a utilizar para cada uno de los principales objetivos del estudio.			
7) Se utiliza justificadamente un modelo de análisis multivariante para comprobar la posible influencia conjunta de las variables predictoras sobre la variable resultado principal.			

Pautas para evaluar las Éticas del Estudio	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Se describe el procedimiento para obtener el consentimiento informado			
2) Hay constancia de la revisión de la investigación por algún consejo o comité de ética de la institución.			
3) El investigador describe los posibles riesgos potenciales de los sujetos participantes en el estudio.			
4) Hay constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad a los participantes del estudio.			

Pautas para evaluar las Recogida de Datos	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Los instrumentos de recolección de los datos son adecuados para el diseño del estudio			
2) Se menciona la razón fundamental para la selección de cada instrumento o método de medida.			
3) Se describe la validez y la fiabilidad de cada instrumento de medida			
4) Se describe claramente los pasos en el procedimiento de recogida de datos.			
5) El procedimiento de recolección de datos es adecuado			



Pautas para evaluar el Análisis de Datos	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) La elección y la presentación de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada.			
2) Los procedimientos estadísticos descritos en material y métodos son los que aparecen reflejados en los resultados. No aparecen tests estadísticos no descritos o citados en material y métodos			
3) Los procedimientos estadísticos se aplican correctamente para el tipo de datos medidos			
4) Los procedimientos estadísticos empleados en cada caso se informan de forma adecuada y completa			
5) Los datos se analizan en relación con los objetivos del estudio			
6) Se prueba cada hipótesis y los resultados se informan con precisión			
7) El análisis estadístico considera el nivel de medida y las características de cada una de las variables evaluadas: nominal, ordinal, discreta o continua.			
8) Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles			
9) Los grupos de estudio y de control son comparables			
10) Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos: problema y control			

Pautas para evaluar la Presentación de Datos	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Se presentan los resultados de manera clara y comprensible, centrándose en aquellos hallazgos pertinentes y responden a la pregunta de la investigación y/o a la prueba de hipótesis.			
2) Los datos se presentan en forma objetiva, sin comentarios ni argumentos			
3) El texto comanda la presentación de los datos de forma clara, concisa y precisa.			

4) Los resultados se presentan en forma ordenada siguiendo el orden de los objetivos formulados			
5) Los resultados se inician con los hallazgos significativos más relevantes. Los resultados negativos (no esperados) se informan al final de la sección de resultados.			
6) Se informa las medidas de tendencia central y sus intervalos de confianza (IC95%) en todas las variables cuantitativas. Si se comparan grupos se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias mediante IC95%			
7) Los términos estadísticos se usan de forma adecuada y experta.			
8) Todos los tests estadísticos que aparecen en los resultados han sido citados en material y métodos.			
9) Los valores de la p se presentan adecuadamente, y se interpretan de forma inteligente			
10) Se utiliza el análisis multivariante para presentar los resultados de las medidas brutas y ajustadas, indicando las variables por las que se ajustan y justificando cuáles se incluyeron (o no) en el análisis			
11) Las tablas presentadas son simples y autoexplicativas. Incluyen datos numéricos numerosos, repetitivos, con valores exactos			
12) Las tablas no contienen información redundante del texto.			
13) Los gráficos son simples y autoexplicativos			
14) Los gráficos permiten visualizar y analizar patrones, tendencias, comparaciones, semejanzas y diferencias en los datos			
15) Tanto los gráficos como las tablas se complementan y completan la información dada en el texto, ayudando a una completa comprensión rápida y exacta de los resultados.			
16) Tanto los gráficos como las tablas clarifican la información, ponen énfasis en los datos más significativos, establecen relaciones y resumen el material de los hallazgos.			
17) El autor selecciona, con buen juicio, el tipo de gráfico más adecuado (barras, lineal, histograma, polígono de frecuencias, sectores, dispersión...).			
18) Los gráficos y las figuras presentadas cumplen las leyes de Tufte.			
19) La sección de resultados es completa y convincente			



Pautas para evaluar la Discusión	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) En el inicio del texto de la discusión no se reitera la información dada en la introducción. Los autores no hacen de nuevo una introducción a la discusión.			
2) Las interpretaciones y los comentarios de los autores se basan sólo en los datos publicados en el estudio.			
3) Los hallazgos obtenidos se discuten en relación con los objetivos del estudio			
4) El texto de la discusión no repite los resultados numéricos de la investigación.			
5) Se especula inteligentemente con fundamento científico.			
6) Las generalizaciones tienen como garantía y justificación los resultados del estudio			
7) Se distingue entre significación estadística y relevancia clínica, y se justifica razonadamente la importancia clínica del hallazgo estadístico si la hubiere.			
8) Se discuten primero los resultados propios; luego se comparan los resultados propios con los de otros estudios de características muy similares publicados (encontrados en la segunda revisión bibliográfica).			
9) Se diferencia claramente los hechos demostrados (hallazgos del estudio) de las opiniones y de las recomendaciones de los autores sobre estos hechos			
10) Se comenta y se reflexiona adecuadamente sobre las principales limitaciones del estudio, confirmando la ausencia de sesgos. Se realiza una autocritica del estudio con honestidad. Si se detectan sesgos se reflexiona si pueden afectar a las conclusiones del estudio			
11) Se sugieren investigaciones futuras sobre el problema investigado basadas siempre en la experiencia ganada por los de los autores durante el estudio			
12) Los autores intentan justificar con coherencia la validez interna y externa del estudio			
13) Los autores justifican con coherencia la novedad del estudio			
14) Los autores justifican en la discusión la utilidad clínica del estudio valorando los posibles beneficios de su aplicación, seguridad y costes de su aplicación (valoración de la eficiencia). Discuten las implicaciones teóricas y/o prácticas del estudio, valorando el posible alcance de la investigación			

15) El estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate, que contrasta claramente con el estilo descriptivo y narrativo del resto del artículo			
16) El índice de Gunning (o índice de niebla) es adecuado (inferior a 16)			
17) Las conclusiones se establecen claramente como respuesta del estudio a las preguntas de investigación definidas en los objetivos del artículo.			
18) El contenido de las conclusiones corresponde sin dudas al contenido de los objetivos; hay tantas conclusiones como objetivos.			
19) Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos			
20) Las conclusiones del estudio pueden extrapolarse a la población general de interés. Analizar similitudes y diferencias de ambas poblaciones (la del estudio y la de interés del lector) considerando el contexto espacial y temporal, los criterios de inclusión, la definición y la medición de la exposición y el resultado, el nivel de confianza de las estimaciones, etc....			
21) Se distingue con claridad las conclusiones basadas en los resultados del estudio con las reflexiones y las recomendaciones de los autores			
22) Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses			

Pautas para evaluar la Bibliografía	El aspecto se logra:		
	SÍ	DUDOSO	NO
Puntuación	2	1	0
1) Las referencias son adecuadas (descriptores del artículo coinciden con los descriptores de los títulos de las referencias).			
2) Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos 5 años).			
3) El número de referencias es adecuado en relación con la extensión del artículo (más o menos 30).			
4) El tipo de referencias es adecuado (publicaciones de tipo primario).			
5) La documentación de las referencias es completa: autores, título, nombre de la revista, volumen y páginas, y las citas son correctas (no hay errores de transcripción).			

Elaborado por: Karla Arteaga

Revisado y aprobado por: Lcda. Carmen Guaranguay

Anexo 4: Cronograma de Actividades

Cronograma de actividades																						
Tiempo	2023								2024													
Meses/ Días	Noviembre				Diciembre				Abril				Mayo				Junio				Julio	
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
▪ Asignación y delimitación del tema																						
▪ Revisión del tema y corrección por el tutor																						
▪ Recopilación de artículos científicos relacionados al tema de investigación.																						
▪ Diseño de bitácoras																						
▪ Introducción y Planteamiento del problema																						
▪ Justificación y pregunta de investigación																						
Evaluación permanente																						
▪ Marco teórico																						
▪ Metodología																						
- Tipo de investigación																						
- Población																						
- Estrategia de búsqueda																						
- Criterios de la investigación																						
- Extracción de datos																						
- Instrumentos																						

- Análisis de los datos																						
- Resultados - Análisis e interpretación - Tabla de evidencia - Discusión - Conclusión																						
Estructura, realización y corrección de la propuesta																						
Informe final																						

Elaborado por: Karla Arteaga

Revisado y aprobado por: Lcda. Carmen Guaranguay