



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Programa de capacitación en protocolos para prevenir la
muerte materna en adolescentes de un Hospital Guayas, 2023**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Quito Esteves, Arlette Camila (orcid.org/0000-0002-7673-0240)

ASESORES:

Mg. Velez Sancarranco, Miguel Alberto (orcid.org/0000-0001-9564-6936)

Mg. Merino Flores, Irene (orcid.org/0000-0003-3026-5766)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los Servicios de Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA - PERÚ

2023

DEDICATORIA

La presente Tesis se la dedico a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera, a mi amada madre y padre Zila Isabel Esteves Fajardo e Javier Israel Quito Monroy por su amor , su confianza, sus palabras que me deban entusiasmo para seguir en este objetivo que me había propuesto ,por brindarme el tiempo que necesite en esta faceta de mi vida , por su apoyo incondicional y por permitirme realizarme profesionalmente, a mi hermana y hermano por sus consejos para hacer de mí una mejor persona , a la memoria de mis abuelitas María del Rosario Monroy Vera e Isabel Lucia Fajardo Massio quien ha sido mi mayor motivación en los estudios a toda mi familia que de una u otra manera estuvieron presente en esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta etapa extraordinaria de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este gran sueño, aquellas personas que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza. Esta alusión en especial para DIOS, mi madre y padre, mis hermanos, tías y tíos, mis mascotas OKAMI y CUKA mis eternas compañías. Muchas gracias a ustedes por enseñarme que “EL VERDADERO AMOR NO ES OTRA COSA QUE EL DESEO DE VER AL QUE AMAS SUPERASE EN LA VIDA” Mi gratitud también a la Universidad Cesar Vallejo y a todos los tutores que compartieron sus enseñanzas las cuales constituyen la base de mi vida competitiva.



Declaratoria de Autenticidad de los Asesores

Nosotros, MERINO FLORES IRENE, VELEZ SANCARRANCO MIGUEL ALBERTO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesores de Tesis titulada: "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PROTOCOLOS PARA PREVENIR LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL GUAYAS, 2023", cuyo autor es QUITO ESTEVES ARLETTE CAMILA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

Hemos revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 02 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MERINO FLORES IRENE, DNI: 40918909 ORCID: 0000-0003-3026-5766	Firmado electrónicamente por: IMERINOF el 07-08- 2023 17:33:50
VELEZ SANCARRANCO MIGUEL ALBERTO DNI: 09862773 ORCID: 0000-0001-9564-6936	Firmado electrónicamente por: MVELEZS el 07-08- 2023 17:05:47

Código documento Trilce: TRI - 0637312



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, QUITO ESTEVES ARLETTE CAMILA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PROTOCOLOS PARA PREVENIR LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL GUAYAS, 2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ARLETTE CAMILA QUITO ESTEVES PASAPORTE: 0921825196 ORCID: 0000-0002-7673-0240	Firmado electrónicamente por: AQUITOES el 02-08- 2023 11:13:58

Código documento Trilce: TRI - 0637313

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÀTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	13
3.1 Tipo y diseño de investigación	13
3.2 Variables y operacionalización	14
3.3 Población, muestra y muestreo	15
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5 Procedimientos	16
3.6 Métodos de análisis datos	17
3.7 Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	32
Anexo 1: Tabla de operacionalización de variables	36
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	37
Anexo 3: Evaluación de juicio de expertos	39
Anexo 4: Modelo de consentimiento informado UCV	56
Anexo 5: Resultados de reporte de similitud de Turnitin	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>diseño de investigación</i>	13
Tabla 2 <i>muestra de estudio</i>	15
Tabla 3 Descriptivo factores de riesgo de muertes maternas en adolescentes	18
Tabla 5 Prueba de normalidad	19
Tabla 6 <i>Resultados de los factores de muerte materna en adolescentes.</i>	20
Tabla 7 <i>Significancia de los factores de muerte materna en adolescentes.</i>	20
Tabla 8 <i>Resultados de la dimensión muertes obstétricas directas</i>	21
Tabla 9 <i>Significancia de la dimensión muertes obstétricas directas.</i>	21
Tabla 10 Resultados de la dimensión muertes obstétricas indirectas	22
Tabla 11 <i>Significancia de la dimensión muertes obstétricas indirectas.</i>	22

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023. El estudio fue aplicado, de diseño experimental, preexperimental, explicativo, de enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 7 obstetras. Se aplicó el cuestionario de factores de muestras maternas. Los resultados obtenidos evidencian que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas directas ($\text{sig.} = 0,009 < 5\%$). Asimismo, se determinó que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas indirectas ($\text{sig.} = 0,004 < 5\%$). Se concluye que el programa de capacitación en protocolos es efectivo para prevenir la muerte en las adolescentes, debido a que el conocimiento en el protocolo de atención permite brindar orientación clara a las adolescentes sobre el peligro y las causas a las que conlleva un embarazo durante la adolescencia. Habiendo obtenido un valor de $\text{sig.} = 0,020 < 5\%$.

Palabras clave: Programa de capacitación en protocolos, muertes maternas, embarazo adolescente, prevención.

ABSTRACT

The general objective of the study was to determine if the training program in protocols prevents maternal death in adolescents from a Hospital in the Province of Guayas, 2023. The study was applied, with an experimental, pre-experimental, explanatory design, with a quantitative approach. The sample consisted of 7 obstetricians. The questionnaire of factors of maternal samples was applied. The results obtained show that the training program based on care protocols for pregnant adolescents has been effective in preventing direct obstetric deaths (sig.= 0.009 < 5%). Likewise, it was determined that the training program based on care protocols for pregnant adolescents has been effective in preventing indirect obstetric deaths (sig.= 0.004 < 5%). It is concluded that the training program in protocols is effective to prevent death in adolescents, because knowledge of the care protocol allows clear guidance to adolescents about the danger and causes of pregnancy during pregnancy. adolescence. Having obtained a value of sig.= 0.020 < 5%.

Keywords: Training program in protocols, maternal deaths.

I. INTRODUCCIÓN

Los embarazos de adolescentes y otros grupos de edad plantean importantes riesgos en el estado de salud del feto y la madre; como resultado, ambos se consideran un problema de salud grave que requiere investigación no solo como una patología actual sino también como una amenaza potencial para el bienestar a largo plazo de ambos seres (Castañeda y SantaCruz, 2021).

En el mundo la mayor causa de muerte en adolescentes se da como consecuencia de la gestación o parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), sostiene que la etapa de un adolescente se da entre los diez y diecinueve años (Martinez et al., 2020). Siendo, el embarazo a una edad temprana uno de los más peligrosos para el niño y la madre. Según estimaciones, entre las edades de 15 y 19 años hubo 21 millones de embarazos entre mujeres en países de ingresos medios-bajos en 2019 (Sully et al., 2019).

Una investigación de las Naciones Unidas compilada por múltiples agencias reveló que una mujer muere cada dos minutos al presentar complicaciones asociadas al embarazo o el parto. El informe, que sigue la tendencia de la mortalidad materna a nivel mundial desde 2000 hasta 2020, estima que 287.000 mujeres fallecieron durante el parto ese año. En comparación con las 309 000 muertes maternas documentadas en 2016 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2023).

En Latinoamérica las adolescentes (15 a 19 años) la mortalidad materna es la tercera causa de muerte y las menores de quince años presentan tres veces más el riesgo de muerte por motivos relacionados con la gestación que las mujeres con más de veinte años. Se estima que anualmente se practican 670.000 abortos inseguros en adolescentes latinoamericanas de 15 a 19 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2020).

Con 500 a 700 mujeres falleciendo anualmente por enfermedades relacionadas con el embarazo en Ecuador, el índice de mortalidad materna del país es el más elevado. La hemorragia, la hipertensión arterial (HTA) y la eclampsia son las causas principales de muerte materna. Del 64% de las muertes ocurre en personas entre 20 y 34 años y el 10% ocurre en (menores de 20 años) (Mirama et al., 2020).

La alta tasa de embarazos de adolescentes es un patrón que siempre está aumentando. Por lo tanto, la educación es fundamental para descifrar y modificar los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Si bien influye en el conocimiento, la motivación y actitud de las personas, es una herramienta crucial para lograr la conservación y restauración de la salud tanto individual como comunitaria. El trabajo con adolescentes destaca la importancia de un proceso de orientación eficiente durante la atención obstétrica porque les permite ser conscientes de las amenazas inminentes que, dada su edad, condición física y estado psicológico, pueden resultar en su muerte.

En un Hospital de Guayas se observó que el personal que atiende adolescentes en estado de gestación no ejecutan correctamente los procedimientos de atención, asimismo, no consideran información relevante sobre las complicaciones en el estado de salud de las gestantes al no conocer muchas de las causas que pueden causar la muerte de las adolescentes como la hipertensión, las hemorragias, las sepsis, enfermedades infecciosas, entre otras que pueden producir la muerte de paciente antes, durante y después del parto, en este sentido, se plantea realizar un programa de capacitación en protocolos de atención que permitan brindar información oportuna a los pacientes en la prevención de la muerte materna en adolescentes. Con lo expuesto se plantea la siguiente interrogante ¿De qué manera un programa de capacitación en protocolos previene la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023?

La investigación ha tenido en consideración un valor teórico que permite encaminar el estudio asociado o respaldado en modelos o teorías que se adaptan a la realidad en investigación, en este sentido, se consideró el modelo de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2020) para la variable muerte materna en adolescentes y para la variable programa de capacitación en protocolos se sustenta en el modelo de Davini y Duré (2010). En la justificación metodológica se evaluó la validez con profesionales expertos y la fiabilidad mediante de la aplicación de una prueba piloto del cuestionario para medir la variable muerte materna, asimismo, se diseñó un programa de capacitación constituido en sesiones orientadas a la prevención de muertes maternas en adolescentes. En la justificación practica los resultados buscan iniciar acciones para disminuir la mortalidad materna mediante la capacitación del personal de

obstetricia y de esta manera hacer un efecto multiplicador con su aplicación en otras instituciones hospitalarias. En la justificación social se tuvo como principal beneficiado del estudio al personal obstetra que forma parte de la muestra con el propósito de que se apliquen los mecanismos necesarios para la prevención de las muertes maternas en adolescentes.

Como objetivo general: Determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023. Determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la dimensión muertes obstétricas directas en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023. Determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la dimensión muertes obstétricas indirectas en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023.

Como hipótesis general: H1 El programa de capacitación en protocolos previene positiva y significativamente la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, se encontró que Pariacuri (2019) el objetivo fue conocer cómo explicar con precisión el gasto presupuestario del Programa de Presupuesto Materno Neonatal se asocia con la Reducción de la Mortalidad Materna en 2014-2018 Cutervo. Se empleó un diseño no experimental-descriptivo-transversal. Se utilizó una ficha para los datos que ha sido verificada por especialistas. Los resultados muestran que hubo 6 muertes directas y 6 muertes indirectas en 2014 a 2018, pero en ese año solo ocurrieron 3 muertes directas. Se concluye que la retención placentaria fue el factor principal en las muertes maternas en los 5 años de estudio.

Gaspar et al. (2019) en México, examinó las tasas de mortalidad materna de 2013 a 2015 como parte de un estudio para ver si eran superiores al promedio nacional durante ese momento. Utilizaron una técnica de observación cuantitativa en su estudio para evaluar los factores que contribuyeron a la muerte de mujeres embarazadas, recopilando datos de registros médicos entre 2013 y 2015. Según los hallazgos del estudio, las tasas de indecencia fueron del 38 % en 2013, 35 % en 2014, y 21% en 2015. También se descubrió que los trastornos hipertensivos y los problemas hemorrágicos eran las causas de muerte principales de las mujeres en estos años. Llegaron a la conclusión de que las causas de las muertes maternas entre 2013 y 2015 fueron más prevalentes que las tasas a nivel nacional. Debido a esto, es crucial financiar programas de desarrollo profesional, comprar las herramientas necesarias y educar a las futuras madres sobre el valor de asistir a los controles prenatales.

Ceccon et al. (2019) en su investigación, en (Brasil, 2019) ofreció el tema como una forma de examinar la asociación entre mortalidad materna, los factores sociodemográficos y la admisión a la clínica. siendo el estudio ecológico transversal basado en información adquirida de historias clínicas. Como resultado, descubrieron que una parte importante de los fallecidos eran mujeres negras que estaban en el posparto en el hospital, habían sido diagnosticadas con hipertensión, no estaban casadas, tenían poca educación y habían fallecido. En cuanto al porcentaje de mujeres negras que asisten a controles prenatales y la variable mortalidad materna, existe una correlación entre los índices de Gini. Concluyeron demostrando que hay más incidencias de muerte materna en

localidades con mayor población negra, siendo el racismo una causa evidente. A pesar de esto, señalaron que la atención prenatal puede ayudar a reducir las altas tasas de mortalidad materna.

Moreno-Sánchez et al. (2018) el objetivo era localizar y describir cualquier brecha en la prestación de atención de salud materna. El estudio que analizó los casos de muertes maternas ocurridas entre enero de 2010 y diciembre de 2017 fue descriptivo y retrospectivo, y se eligieron cuatro hospitales en México. Se examinó el informe de defunción con el fin de encontrar omisiones en el procedimiento de atención y la probabilidad de que el hospital pueda prevenir la mortalidad relacionada con el embarazo. Se realizaron análisis en 150 casos de muerte materna. Se determinó que el 71 % de los casos eran muertes que podrían haberse evitado mediante el diagnóstico, y el 36 % se determinó que eran muertes prevenibles en el hospital. 92 pacientes, o el 61% del total, no recibieron tratamiento prenatal, y 52 casos, o el 35% del total, tenían información médica insuficiente en el expediente clínico. Los informes de los comités contienen recomendaciones de actividades que no fueron tomadas durante el proceso de atención. Como resultado del alto porcentaje de casos que son predecibles y prevenibles, es posible identificar pasos correctivos que disminuirán su frecuencia. Esto sugiere posibles deficiencias en la atención en varias áreas.

Corcuera (2018) Se realizó el estudio para examinar cómo es que la atención prenatal reenfocada muestra un nivel de asociación con la morbilidad materna a lo largo del embarazo, de un CS. Entre julio de 2013 y julio de 2017, un estudio descriptivo con diseño correlacional analizó 277 registros de mujeres que habían recibido atención prenatal. Se demostró que la morbilidad en embarazadas se correlacionó significativamente con el grado en que se reorientó el tratamiento prenatal. No hubo correlación entre el tratamiento prenatal de reorientación y la morbilidad materna posparto ($p > 0,05$). Por otro lado, identificamos una correlación estadísticamente significativa entre el cambio de control prenatal y la morbilidad materna puerperal ($p = 0,001$). También se encontró que el tratamiento prenatal redirigido se asoció de manera estadísticamente significativa con la ausencia de muerte materna, perinatal y posparto ($p = 0,001$). La reorientación de la atención prenatal y la disminución de la morbilidad materna se relacionan ($p = 0,001$).

A nivel nacional, Plaza (2022) en los hallazgos del estudio incluyeron información sobre mortalidad materna, morbilidad y cobertura en un hospital público de Guayaquil de 2018 a 2020. En este estudio se utilizó una investigación descriptiva transversal. Se determinó una muestra no probabilística de 278 gestantes. Se determinó cobertura materna de 1000 gestantes, con preferencia sustancial por atención en el primer y cuarto trimestre y una caída notable en la atención en 2020 en comparación con 2018 y 2019. Las complicaciones durante el parto fueron una morbilidad que se presentó con mucha más frecuencia, y de 2018 a 2020, la tasa de muerte de mujeres embarazadas se redujo a 30. Con estudios primarios, en medio urbano, sin intervalo intergenésico, con cinco controles prenatales y con parto por cesárea, la cobertura y la mortalidad fueron considerablemente más frecuentes entre los 18 a 25 años. Los hallazgos del estudio sugieren que había una propensión a que la cobertura disminuyera para 2020, que las tasas de mortalidad materna eran bajas y que la morbilidad se concentraba en el parto y el trabajo de parto.

Martínez (2021) su objetivo fue evaluar los factores socioeconómicos y obstétricos relacionados con la mortalidad materna en el Ecuador de 2014 a 2019. Se sugirió utilizar un enfoque cuantitativo de casos y controles. Los datos se recopilaban mediante un método respaldado por registros médicos de 2014 a 2019. De los registros médicos, se eligieron 43 casos (con muerte materna) y 43 controles de datos. Los cálculos del tamaño de la muestra para los casos y los controles se utilizaron al crear la muestra. Los aspectos social y obstétrico se dimensionan en 5 y 7 elementos respectivamente. Los resultados mostraron que el grupo de casos tenía más posibilidades que el GControl de tener en cuenta variables sociales como el analfabetismo (OR=2) y el nivel de educación superior (OR=1). El grupo de casos tuvo más posibilidades que el GControl de tener en cuenta variables obstétricas como eclampsia, síndrome de Hellp, hipertensión, parto disfuncional, desprendimiento de placenta, hemorragia, restos de placenta retenidos, desgarros, atonía uterina y sepsis (OR = 2). Se ha determinado que los factores sociales y obstétricos influyen en la mortalidad materna.

Ortiz (2021) el objetivo del estudio fue identificar las variables que podrían aumentar o disminuir la probabilidad de mortalidad y morbilidad por sepsis materna en un hospital ecuatoriano entre los años 2020 y 2021. El estudio utilizó

un método cuantitativo y contó con un modelo descriptivo con un enfoque no experimental, transversal. -Diseño seccional y retrospectivo. Estudiamos una población de 150 pacientes embarazadas que experimentaron sepsis materna y asistieron durante los años 2020-2021. La muestra fue un censo de toda la población. Al registrar la información de las historias clínicas, se empleó la observación para adquirir los datos. Se descubrió que vivir en zonas rurales o marginales, ser madre primípara o por segunda vez, haber tenido un aborto o parto por cesárea en el momento de la complicación, tener anemia, obesidad, enfermedad renal y hepática, cáncer y tener complicaciones obstétricas como un parto incompleto, ruptura de membranas o perforación uterina que resulta en hemorragia, todos están asociados con morbilidad y mortalidad por sepsis materna.

Moreno-Martín et al. (2019) en Ecuador (2019) en su artículo querían saber qué tan comunes eran las muertes maternas en el cantón Ambato entre 2005 y 2014. El estudio utilizó una metodología cuantitativa, descriptiva-retrospectiva y utilizó como muestra 46 de un total de 51,947 consultorios de parto que tenían una paciente fallecida en ellos. analizar los resultados de la investigación. El período de estudio de este estudio fue de 2005 a 2014. La tasa de mortalidad combinada fue de 88,6 y muestra una pequeña tendencia a la baja. Las madres suelen morir de enfermedades relacionadas con la hipertensión. Por lo tanto, llegaron a la conclusión de que no ha habido un cambio importante en la mortalidad materna durante los últimos diez años.

Asanza et al. (2018) en su disertación del artículo Tasas extremadamente altas de morbilidad y mortalidad materna, una medida en la atención obstétrica. Tuvieron que prestar especial atención a la mortalidad materna porque su objetivo era mejorar el país. Fue un estudio observacional, cuantitativo. El análisis de las historias clínicas sirvió como muestra de estudio. Como consecuencia, descubrieron los siguientes datos sobre las embarazadas fallecidas: tenían más de 34 años, tuvieron sangrado durante toda la etapa gestacional y experimentaron problemas en ese momento. Mientras esto sucedía, se salvó la vida de numerosas gestantes gracias a la asistencia en el diagnóstico de las dificultades y al ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Respeto al programa de capacitación en protocolos, se debe conceptualizar que es la capacitación que según Chavenato (2011), se refiere a un "proceso educativo planificado, estructurado y silábico" que permite a los miembros del personal adquirir o perfeccionar conocimientos y habilidades específicas. Asimismo, se relacionan con el trabajo y ajustan su comportamiento en respuesta a diversos aspectos de la empresa o lugar de trabajo. El fortalecimiento de capacidades, incluida la formación del talento humano, implica, por un lado, una serie de pasos con requisitos y etapas claramente definidos, encaminados a lograr la integración del empleado en su función y en la organización, la mejora y el mantenimiento de la productividad, y al crecimiento de las habilidades y la experiencia del individuo dentro del contexto del negocio. Por otro lado, una colección de herramientas, estrategias y recursos para desarrollar planes y llevar a cabo tareas esenciales para el crecimiento típico de la empresa (Mondy y Noe, 2005).

La competencia clínica relacionada con la salud requiere no solo el desarrollo de habilidades, talentos, actitudes y valores, sino también el dominio de información específica y la capacidad perfeccionada de razonar con base en los datos científicos disponibles. La capacidad de comunicarse interpersonalmente (con pacientes, familiares y otros profesionales) así como cumplir funciones relacionadas con el diagnóstico, las acciones preventivas, y la acción farmacológica o tratamiento de enfermedades es un punto crítico para el personal de salud, en este sentido, para potenciar el conocimiento clínico y fortalecer el perfil profesional es necesario la capacitación (Chen, 2011; Epstein & Hundert, 2002).

Según Mondy, R. y Noe (2005), la planificación y el desarrollo de carreras individuales, así como las actividades de evaluación, son aspectos importantes en la gestión del recurso de las organizaciones (personas) que se relacionan con la capacitación. La formación y el desarrollo son sólo una parte de estas actividades, que además son un esfuerzo continuo para mejorar el potencial humano y el desempeño organizacional.

Para el estudio de la variable nos guiaremos en el modelo Davini y Duré (2010) quienes refieren que un programa de capacitación en protocolos se refiere

a la estructura de un plan didáctico y pedagógico para la formación en ciertas capacidades y competencias del personal de la salud en un área o tema específico. Las dimensiones que se consideran para su implementación son las siguientes: Reflexionar activamente sobre las prácticas: haciendo preguntas, viendo circunstancias y casos, probando cosas, analizando datos de servicios, buscando conexiones, etc., aplicando y revisando el propio conocimiento y reflexionando críticamente sobre la propia tarea. Adquisición de conocimiento: No todo conocimiento es creado. A veces se difunde información. Sin embargo, para que esta transmisión resulte en un aprendizaje continuo y sustancial, debe basarse en información diversa y, al mismo tiempo, volver al tema que se discutió durante las sesiones de práctica, recordar las lecciones aprendidas y adaptar la información a las necesidades de la audiencia. El proceso de reconstrucción activa del conocimiento: implica la formulación, implementación, análisis y seguimiento de hipótesis de mejora de la práctica que se basan en la adquisición y prácticas del conocimiento.

El embarazo adolescente suele ir acompañado de ansiedad, tensión y presión social, por lo que las jóvenes tratan de ocultar su situación y evitan hablar con familiares, médicos u otras personas que puedan ofrecerles apoyo u orientación. Al hacer esto, reducen los riesgos que de otro modo podrían presentar. En relación con esto, la futura madre se aísla de sus amigos, su círculo social y su pareja romántica o el hombre que la llevó, dejándola sola con los cambios físicos, las emociones y las incertidumbres que trae convertirse en madre (González, 2022).

Nuevas investigaciones sobre los riesgos en embarazos de adolescentes han revelado que la edad biológica de la mujer no es un problema en sí misma; más bien, es la interacción de su edad biológica con otros factores, como los factores socioeconómicos y psicosociales, lo que tiene un impacto perjudicial en el curso de su embarazo (Carvajal y Poblete, 2014). El embarazo a cualquier edad es un hecho biopsicosocial; que podría presentar un peligro en la vida de la madre y también del feto, y es muy frecuente tanto en el adolescente como en otros grupos de edad. Por ello, se considera como un tema de salud que debe ser investigado no solo como una patología presente sino también con consideración tanto del presente como del futuro tanto de la madre como del feto

por las dificultades que se podrían presentar y afectar a ambos (Ramos et al., 2018; Wong et al., 2015).

Muerte materna en adolescentes, se considera aquella que se produce durante el embarazo o después de este (42 días) posteriores a su terminación producto de un motivo relacionado o agravado al manejo del embarazo o producto de él, pero que no incluye las causas incidentales o accidentales aplicándose a los embarazos de cualquier duración y ubicación (MSP, 2020).

Muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020). En este caso se pueden presentar diferentes tipos de casos: La hemorragia obstétrica, se puede dividir en dos categorías: hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP). Los siguientes son algunos de los síntomas clínicos de la HAP: Placenta Previa, es el sangrado genital se caracteriza por ser indoloro, con salida de sangre líquida de color rojo brillante en cantidades variables, que se manifiesta de forma repentina e impredecible, la mayor parte del tiempo en reposo e incluso durante el sueño. Por lo general, no tiene actividad uterina y se manifiesta tarde en el segundo trimestre (Perelló et al., 2012). El desprendimiento de una placenta normalmente implantada, también conocido como desprendimiento de una placenta normalmente insertada, provoca una afección hemorrágica (Carrasc et al., 2014). Rotura abdominal: Se separan en dos categorías: dehiscencia (se produce por la rotura de una cicatriz ya existente) y ruptura del útero sin cicatriz existente ocurre por procedimientos obstétricos, trabajo de parto prolongado y traumatismos) (Caughey et al., 1999). Ruptura de vasa previa, una enfermedad rara que puede resultar en una tasa de mortalidad fetal del 60% si no se diagnostica, se rompe. Ocurre cuando el cordón cruza las membranas uterinas inferiores antes de la presentación fetal durante la inserción velamentosa, que tiene lugar. Según la evidencia clínica, el sangrado vaginal puede ocurrir luego de haberse roto las membranas, cuando el útero está relajado y existe un riesgo en el bienestar del feto que no está relacionado con el volumen de sangrado (Oyelese et al., 2004).

El 60% de todas las muertes maternas y el 45% de las primeras 24 horas ocurren después del parto, según Herschderfer (Lalonde et al., 2006). La HPP tiene tres causas principales, que son las siguientes: Un factor principal que contribuye a la HPP es la atonía uterina (Edhi et al., 2013). Uno de cada veinte partos lo experimenta. Los siguientes son factores de riesgo: distensión uterina de muchos embarazos; hidramnios o macrosomía fetal; cansancio muscular por un trabajo de parto largo y rápido y/o una alta tasa de multiparidad; y corioamnionitis por rotura temprana de membranas (Karlsson y Sanz, 2010). Placenta retenida: el diagnóstico de placenta retenida se establece si la placenta todavía está en su lugar después de 30 minutos de tracción controlada del cordón y cuidado activo del parto (Dávila et al., 2013). Los restos de placenta, que inhiben una contracción uterina eficaz al expulsar la placenta de forma incompleta, son la causa de la hemorragia uterina recurrente. La revisión de la cavidad uterina y el legrado instrumental son los procedimientos más efectivos (Solari et al., 2014).

Otras de las causales de maternas directas son los trastornos hipertensivos (embarazo, el parto, puerperio), la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión materna inespecífica y los síndromes que causan edema gestacional y proteinuria son trastornos por hipertensión que se generan durante el embarazo (Gómez, 2000). Asimismo, las infecciones relacionadas con el embarazo: esta categoría cubre sepsis puerperal, infecciones del tracto genitourinario, diversas enfermedades puerperales, como infecciones de heridas quirúrgicas e infecciones posparto, así como infecciones mamarias relacionadas con el posparto (Abarca, 2003). El aborto ocurrido durante el embarazo es otra de las causales de muerte directa se refiere a la interrupción de un embarazo, sin o con expulsión, o la remoción parcial o total, del feto antes de cumplir veintidós semanas gestando o antes de que mida veinticinco cm desde los pies hasta la cabeza (Pacora, 2014).

Otra de las complicaciones y causante de muerte materna directa se puede generar si el feto está en una posición normal (en términos de tamaño, presentación y variedad de posiciones), pero el canal de parto es demasiado estrecho para que pase, esto se denomina trabajo de parto obstruido. La estrechez pélvica puede ser causada por anomalías en la forma del feto o en la circunferencia o estructura pélvica. También, se debe considerar las

complicaciones obstétricas que implican traumatismo obstétrico, retención de membranas y placenta, hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos, embolia obstétrica y complicaciones posparto no relacionadas (como rotura de herida por cesárea, hematoma, miocardiopatía durante el parto). tiroiditis puerperal o posparto). Asimismo, durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, y las complicaciones anestésicas posoperatorias son ejemplos de situaciones que pueden presentar desafíos inesperados en el manejo del mismo (Frómeta-Asencio et al., 2020).

Las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo (MSP, 2020). Dentro de las muertes obstétricas directas encontramos: Enfermedades transmitidas por gérmenes. Los ejemplos incluyen hepatitis viral, meningitis bacteriana, rabia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y pancreatitis aguda. Otros Los procesos tumorales incluyen sarcoma, proceso de expansión cerebral de naturaleza desconocida, carcinomatosis generalizada, cáncer de cualquier órgano y otros. Entre otras de las múltiples patologías se encuentra la bartonelosis aguda, la enfermedad renal crónica, la epilepsia, la ruptura de un aneurisma cerebral, otro tipo de púrpura trombocitopénica, la malaria y otras enfermedades (Fernández et al., 2022).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

Por tener un carácter práctico el estudio fue de tipo aplicado, en este sentido, se brindó una solución bajo la aplicación de un programa de capacitación a la realidad de estudio o problemática social que es la mortalidad en mujeres adolescentes embarazadas, por lo tanto, se capacitó al personal obstétrico en los protocolos de atención para prevenir las muertes de este grupo etario.

Diseño de investigación

El diseño fue el experimental, porque la investigación tuvo como característica la aplicación del programa de capacitación en protocolos como variable que se manipula para verifica o comprobar su efecto en la variable dependiente (muerte materna en adolescentes). Según, Hernández y Mendoza (2018) los estudios que son experimentales realizan la manipulación en la variable independiente para conocer y describir el efecto que se suscita en la variable dependiente. Por tener una investigación que solo consigna el grupo que se investiga y no cuenta con uno de control, será de alcance preexperimental, en este sentido, estos estudios no cuentan con el grupo que permite controlar y verificar el avance del grupo experimental. Por la aplicación distante entre una actividad o sesión de programa, así como, la recolección de datos, el estudio fue longitudinal. Por el ajuste y contrastación de hipótesis mediante la estadística y las fuentes de orden matemático el estudio fue de enfoque cuantitativo. Porque, con la investigación se pudo explicar y describir los hechos y efectos que la manipulación de variables presenta, el estudio fue explicativo.

Tabla 1

diseño de investigación

Grupo	Pre	Programa	Post
G	O1	X	O2

Dónde:

G = (obstetras)

O₁= Pretest

X = programa de capacitación en protocolos

O₂= Postest

3.2 Variables y operacionalización

Variable independiente: programas de capacitación en protocolos

Davini y Duré (2010) quienes refieren que un programa de capacitación en protocolos se refiere a la estructura de un plan didáctico y pedagógico para la formación en ciertas capacidades y competencias del personal de la salud en un área o tema específico.

Definición operacional

Para el estudio de la variable se diseñó un programa de capacitación en protocolos con el propósito de prevenir las muertes maternas en adolescente en las dimensiones: muertes obstétricas directas e indirectas. En este sentido, se elaboraron 10 sesiones considerando la reflexión activa sobre las practicas del personal, así como, la adquisición y construcción de conocimiento.

Escala de medición

Programa

Variable dependiente: muertes maternas en adolescentes

Muerte materna en adolescentes, se considera aquella que se produce durante el embarazo o después de este (42 días) posteriores a su terminación producto de un motivo relacionado o agravado al manejo del embarazo o producto de él, pero que no incluye las causas incidentales o accidentales aplicándose a los embarazos de cualquier duración y ubicación (MSP, 2020).

Definición operacional

Para medir la variable se elaboró un cuestionario sobre el conocimiento en la prevención sobre muertes maternas en el personal de obstetricia en sus dimensiones: muertes obstétricas directas e indirectas.

Indicadores

Se describen en el anexo N°1.

Escala de medición

Ordinal

3.3 Población, muestra y muestreo

Población y muestra

Para realizar el estudio se contó con la participación de 7 profesionales en obstetricia de un Hospital del Guayas. Asimismo, por contar con un universo pequeño se trabajó con todo el personal que se cuenta, es decir, se utilizó una población muestral.

Tabla 2

muestra de estudio

Personal obstetricia	Total
Mujeres	6
Varones	1
Total	7

Nota: relación de personal (obstetras) proporcionada por RR.HH.

Criterios de inclusión

Personal de obstetricia que acepta participar y firma su consentimiento informado.

Personal que cuenta con el mínimo de seis meses trabajando en la institución.

Criterios de exclusión

Personal de obstetricia que se durante la ejecución de la investigación solicite permiso por enfermedad u otra motivación que lo ausente de su lugar de trabajo.

Muestreo

Por no utilizar pruebas o formulas estadísticas para escoger las unidades de análisis el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, los cuales solo

consideran el conocimiento y criterio del investigador para su selección (muestra).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recopilar información relevante de la muestra de estudio en el lugar donde esta evidencia su comportamiento, se utilizó la observación, que se define como un medio útil para conocer el comportamiento o desenvolvimiento de la unidad de análisis en el lugar donde se revisará la problemática de estudio.

Para medir la variable muertes maternas en adolescentes se elaboró un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento en los protocolos de prevención de muertes maternas por parte del personal de obstetricia. En este sentido, se contó con 20 ítems y respuestas múltiples, dirigido al personal de obstetricia con un tiempo de resolución de 10 minutos. Para obtener su validez se realizó por juicio de expertos (cinco) y se procesó estadísticamente para conocer su valoración real y objetiva con la V de Aiken obteniendo un valor de 0.93. Para su confiabilidad se seleccionó una muestra distinta a la muestra de estudio, pero con iguales características para aplicarle una prueba piloto y se conoció mediante el Alpha de Cronbach su confiabilidad obteniendo ,760 lo que demuestra que el instrumento es aplicable.

Para el programa de capacitación en protocolos se elaboraron 10 sesiones dirigidas y articuladas a prevenir las muertes maternas en adolescentes a través del fortalecimiento del conocimiento en protocolos de prevención en el personal de obstetricia.

3.5 Procedimientos

Como primer paso se realizaron los documentos requeridos para solicitar permiso y poder realizar el estudio, paso seguido se realizó el programa y cuestionario que fue validado y se obtuvo su confiabilidad mediante prueba piloto para ser aplicado. Luego se organizó una reunión con los participantes y directivos para explicar los procesos del estudio y se firmen los protocolos de consentimiento informado. Obtenidos los consentimientos y autorizaciones se procederá a aplicar en primera instancia el cuestionario para obtener los datos iniciales de la muestra para después aplicar las sesiones del programa de capacitación en protocolos. Terminado el proceso de aplicación del programa se

evaluó nuevamente la muestra con la aplicación del cuestionario para conocer si hubo o no un efecto positivo con la aplicación del programa. Luego se vaciaron los datos obtenidos en planillones aplicados al programa SPSS 28 que permita realizar el análisis y conocer los resultados finales del estudio.

3.6 Métodos de análisis datos

Se realizó primero la prueba de ajustes de bondad con Shapiro Wilk para determinar la prueba de contraste utilizando la prueba de Rangos con Signo Wilcoxon. Luego se utilizó la estadística descriptiva para establecer los niveles de las variables en función a las frecuencias que estas presenten en las respuestas. Luego se utilizó la estadística inferencial que permitió contrastar las hipótesis y mostrar los resultados finales del estudio.

3.7 Aspectos éticos

Los componentes éticos incluyen hechos, acciones y comportamientos que están enmarcados moral y responsablemente, donde se espera que el investigador controle su comportamiento responsablemente. En este sentido, se emplearán las normas APA porque se mencionarán todos los autores teniendo en cuenta su competencia intelectual. Los datos y resultados que sugieran una vulneración de la privacidad de los participantes se mantendrán en secreto y discreción, así como los derechos de las obras utilizadas, los datos y las normas de confidencialidad.

IV. RESULTADOS

Resultados descriptivos

Tabla 3

Descriptivo factores de riesgo de muertes maternas en adolescentes

Variables	Prueba	Alto		Medio		Bajo		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Factores de muertes maternas en adolescentes	Pre/test	2	29%	1	14%	4	57%	7	100%
	Pos/test	6	86%	1	14%	0	0%	7	100%

Nota Pre y Postest factores de muertes maternas en adolescentes.

Al comparar los resultados encontrados se evidencia que el personal encuestado coloca a los factores de muertes maternas en adolescentes en el pretest en un nivel bajo (57%). En el postest se ubica en nivel alto (86%). Al comparar dichos resultados se concluye que la aplicación del programa en protocolos, ejecutado entre el pre y postest, ha tenido un efecto positivo en la prevención de muertes maternas en adolescentes, donde se evidencia la aplicación de los protocolos y orientación del personal de obstetricia hacia las pacientes adolescentes.

Tabla 4
Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Factores de muertes maternas	,800	7	,016
D1-muertes obstétricas directas	,799	7	,032
D2-muertes obstétricas indirectas	,832	7	,017

Con la participación de 7 obstetras se aplicó Shapiro-Wilk evidenciándose que la variable y sus dimensiones muestran una distribución no normal. Por lo tanto, se utilizó la Prueba de Rangos de Wilcoxon.

Como regla de decisión se tiene que Si $p = > ,05$ se acepta H_0 ; de lo contrario se rechaza.

Hipótesis general

Se analizó estadísticamente si se acepta o rechaza la hipótesis general: El programa de capacitación en protocolos previene positiva y significativamente la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023.

Tabla 5

Resultados de los factores de muerte materna en adolescentes.

		Rangos		
		N°	\bar{X}	Σ
Vpos-test – Vpre-test	Rangos negativos	0 ^a	0,00	0,00
	Rangos positivos	7 ^b	5,59	42,98
	Empates	0 ^c		
	Total	7		

a. Vpos-test < Vpre-test

b. Vpos-test > Vpre-test

c. Vpos-test = Vpre-test

Tabla 6

Significancia de los factores de muerte materna en adolescentes.

Estadísticos de prueba ^a	
	Vpos-test – Vpre-test
Z	-2,256 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,020

a. Wilcoxon

b. Basada en rangos negativos.

Con el 0,020 como valor y siendo este menor al 5 %, se determinó que el programa de capacitación en protocolos es efectivo para prevenir la muerte en las adolescentes, debido a que el conocimiento en el protocolo de atención permite brindar orientación clara a las adolescentes sobre el peligro y las causas a las que conlleva un embarazo durante la adolescencia.

Hipótesis específica 1

Hi: El programa de capacitación en protocolos previene positiva y significativamente la dimensión muerte obstétricas directas en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023.

Tabla 7

Resultados de la dimensión muertes obstétricas directas

		Rango		
		N°	\bar{X}	Σ
Post_ MOD - Pret_ MOD	Rangos negativos	0 ^a	0,00	00,00
	Rangos positivos	6 ^b	4,99	45,00
	Empates	1 ^c		
	Total	7		

a. Post_ MOD < Pret_ MOD

b. Post_ MOD > Pret_ MOD

c. Post_ MOD = Pret_ MOD

Tabla 8

Significancia de la dimensión muertes obstétricas directas.

Estadísticos de prueba ^a	
	Post_ MOD - Pre_ MOD
Z	-2,030 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,009

a. Wilcoxon

b. Basada en rangos negativos.

La sig.=0,009 < 5%, ha permitido establecer que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas directas.

Hipótesis específica 2

Hi: El programa de capacitación en protocolos previene positiva y significativamente la dimensión muerte obstétricas indirectas en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023.

Tabla 9

Resultados de la dimensión muertes obstétricas indirectas

		Rango	
		N°	Σ
MOINDPost - MOINDPret	Rangos negativos	0 ^a	0,00
	Rangos positivos	7 ^b	49,60
	Empates	0 ^c	
	Total	7	

a. MOIND/Post < MOIND/Pret

b. MOIND/Post > MOIND/Pret

c. MOIND/Post = MOIND/Pret

Tabla 10

Significancia de la dimensión muertes obstétricas indirectas.

Estadísticos de prueba ^a	
	Post_ MOIND - Pre_ MOIND
Z	-2,480 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,004

a. Wilcoxon

b. Basada en rangos negativos.

La sig.=0,004 < 5%, nos permite concluir que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas indirectas.

V. DISCUSIÓN

Como objetivo general se ha planteado determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023. Los resultados indican que la aplicación del programa ha sido efectivo y además significativo en la prevención de las muertes en madres adolescentes. Comprobado con el valor de $\text{sig.} = 0,020 < 5 \%$. Coincidiendo con Plaza (2022) determinó que las complicaciones durante el parto fueron una morbilidad que se presentó con mucha más frecuencia, y de 2018 a 2020, la tasa de muerte de mujeres embarazadas se redujo a 30. Con estudios primarios, en medio urbano, sin intervalo intergenésico, con cinco controles prenatales y con parto por cesárea, la cobertura y la mortalidad fueron considerablemente más frecuentes entre los 18 a 25 años. Los hallazgos del estudio sugieren que había una propensión a que la cobertura disminuyera para 2020, que las tasas de mortalidad materna eran bajas y que la morbilidad se concentraba en el parto y el trabajo de parto. Martínez (2021) los resultados mostraron que el grupo de casos tenía más posibilidades que el GControl de tener en cuenta variables sociales como el analfabetismo ($\text{OR}=2$) y el nivel de educación superior ($\text{OR}=1$). El grupo de casos tuvo más posibilidades que el GControl de tener en cuenta variables obstétricas como eclampsia, síndrome de Hellp, hipertensión, parto disfuncional, desprendimiento de placenta, hemorragia, restos de placenta retenidos, desgarros, atonía uterina y sepsis ($\text{OR} = 2$). Se ha determinado que los factores sociales y obstétricos influyen en la mortalidad materna. Pariacuri (2019) quien concluye que la retención placentaria fue el factor principal en las muertes maternas en los 5 años de estudio. Gaspar et al. (2019) llegaron a la conclusión de que las causas de las muertes maternas entre 2013 y 2015 fueron más prevalentes que las tasas a nivel nacional. Debido a esto, es crucial financiar programas de desarrollo profesional, comprar las herramientas necesarias y educar a las futuras madres sobre el valor de asistir a los controles prenatales. Ceccon et al. (2019) concluyeron demostrando que hay más incidencias de muerte materna en localidades con mayor población negra, siendo el racismo una causa evidente. A pesar de esto, señalaron que la atención prenatal puede ayudar a reducir las altas tasas de mortalidad materna. Moreno-Sánchez et al. (2018) realizaron análisis en 150 casos de muerte materna. Se determinó que el 71 % de los casos eran muertes que podrían haberse evitado mediante

el diagnóstico, y el 36 % se determinó que eran muertes prevenibles en el hospital. 92 pacientes, o el 61% del total, no recibieron tratamiento prenatal, y 52 casos, o el 35% del total, tenían información médica insuficiente en el expediente clínico. Corcuera (2018) encontró que el tratamiento prenatal redirigido se asoció de manera estadísticamente significativa con la ausencia de muerte materna, perinatal y posparto ($p < 0,001$). La reorientación de la atención prenatal y la disminución de la morbilidad materna se relacionan ($p = 0,001$).

Teóricamente, coincide con Chavenato (2011), quien sostiene que un "proceso educativo planificado, estructurado y silábico" permite a los miembros del personal adquirir o perfeccionar conocimientos y habilidades específicas. Asimismo, se relacionan con el trabajo y ajustan su comportamiento en respuesta a diversos aspectos de la empresa o lugar de trabajo. El fortalecimiento de capacidades, incluida la formación del talento humano, implica, por un lado, una serie de pasos con requisitos y etapas claramente definidos, encaminados a lograr la integración del empleado en su función y en la organización, la mejora y el mantenimiento de la productividad, y al crecimiento de las habilidades y la experiencia del individuo dentro del contexto del negocio. Por otro lado, una colección de herramientas, estrategias y recursos para desarrollar planes y llevar a cabo tareas esenciales para el crecimiento típico de la empresa (Mondy y Noe, 2005). La competencia clínica relacionada con la salud requiere no solo el desarrollo de habilidades, talentos, actitudes y valores, sino también el dominio de información específica y la capacidad perfeccionada de razonar con base en los datos científicos disponibles. La capacidad de comunicarse interpersonalmente (con pacientes, familiares y otros profesionales) así como cumplir funciones relacionadas con el diagnóstico, las acciones preventivas, y la acción farmacológica o tratamiento de enfermedades es un punto crítico para el personal de salud, en este sentido, para potenciar el conocimiento clínico y fortalecer el perfil profesional es necesario la capacitación (Chen, 2011; Epstein & Hundert, 2002). Según Mondy, R. y Noe (2005), la planificación y el desarrollo de carreras individuales, así como las actividades de evaluación, son aspectos importantes en la gestión del recurso de las organizaciones (personas) que se relacionan con la capacitación. La formación y el desarrollo son sólo una parte de estas actividades, que además son un esfuerzo continuo para mejorar el potencial humano y el desempeño organizacional.

Para el estudio de la variable nos guiaremos en el modelo Davini y Duré (2010) quienes refieren que un programa de capacitación en protocolos se refiere a la estructura de un plan didáctico y pedagógico para la formación en ciertas capacidades y competencias del personal de la salud en un área o tema específico. Las dimensiones que se

consideran para su implementación son las siguientes: Reflexionar activamente sobre las prácticas: haciendo preguntas, viendo circunstancias y casos, probando cosas, analizando datos de servicios, buscando conexiones, etc., aplicando y revisando el propio conocimiento y reflexionando críticamente sobre la propia tarea. Adquisición de conocimiento: No todo conocimiento es creado. A veces se difunde información. Sin embargo, para que esta transmisión resulte en un aprendizaje continuo y sustancial, debe basarse en información diversa y, al mismo tiempo, volver al tema que se discutió durante las sesiones de práctica, recordar las lecciones aprendidas y adaptar la información a las necesidades de la audiencia. El proceso de reconstrucción activa del conocimiento: implica la formulación, implementación, análisis y seguimiento de hipótesis de mejora de la práctica que se basan en la adquisición y prácticas del conocimiento. El embarazo adolescente suele ir acompañado de ansiedad, tensión y presión social, por lo que las jóvenes tratan de ocultar su situación y evitan hablar con familiares, médicos u otras personas que puedan ofrecerles apoyo u orientación. Al hacer esto, reducen los riesgos que de otro modo podrían presentar. En relación con esto, la futura madre se aísla de sus amigos, su círculo social y su pareja romántica o el hombre que la llevó, dejándola sola con los cambios físicos, las emociones y las incertidumbres que trae convertirse en madre (González, 2022). Nuevas investigaciones sobre los riesgos en embarazos de adolescentes han revelado que la edad biológica de la mujer no es un problema en sí misma; más bien, es la interacción de su edad biológica con otros factores, como los factores socioeconómicos y psicosociales, lo que tiene un impacto perjudicial en el curso de su embarazo (Carvajal y Poblete, 2014). El embarazo a cualquier edad es un hecho biopsicosocial; que podría presentar un peligro en la vida de la madre y también del feto, y es muy frecuente tanto en el adolescente como en otros grupos de edad. Por ello, se considera como un tema de salud que debe ser investigado no solo como una patología presente sino también con consideración tanto del presente como del futuro tanto de la madre como del feto por las dificultades que se podrían presentar y afectar a ambos (Ramos et al., 2018; Wong et al., 2015). En este sentido, la muerte materna en adolescentes se considera aquella que se produce durante el embarazo o después de este (42 días) posteriores a su terminación producto de un motivo relacionado o agravado al manejo del embarazo o producto de él, pero que no incluye las causas incidentales o accidentales aplicándose a los embarazos de cualquier duración y ubicación (MSP, 2020).

El primer objetivo específico determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la dimensión muertes obstétricas directas en adolescentes de un Hospital en

la Provincia de Guayas, 2023. Se obtuvo como resultado que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas directas. Comprobado con un valor $\text{Sig.}=0,009 < 5\%$. Coincidiendo con lo encontrado por Pariacuri (2019) cuyos resultados evidencian que hubo 6 muertes directas en 2014 a 2018, pero en ese año solo ocurrieron 3 muertes directas. Se concluye que la retención placentaria fue el factor principal en las muertes maternas en los 5 años de estudio. Gaspar et al. (2019) en sus hallazgos del estudio, las tasas de indecencia fueron del 38 % en 2013, 35 % en 2014, y 21% en 2015. También se descubrió que los trastornos hipertensivos y los problemas hemorrágicos eran las causas de muerte principales de las mujeres en estos años. Asanza et al. (2018) en su estudio el análisis de las historias clínicas sirvió como muestra de estudio. Como consecuencia, descubrieron los siguientes datos sobre las embarazadas fallecidas: tenían más de 34 años, tuvieron sangrado durante toda la etapa gestacional y experimentaron problemas en ese momento. Mientras esto sucedía, se salvó la vida de numerosas gestantes gracias a la asistencia en el diagnóstico de las dificultades y al ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Teóricamente, se coincide con el MSP (2020) quienes refieren que las muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020). En este caso se pueden presentar diferentes tipos de casos: La hemorragia obstétrica, se puede dividir en dos categorías: hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP). Los siguientes son algunos de los síntomas clínicos de la HAP: Placenta Previa, es el sangrado genital se caracteriza por ser indoloro, con salida de sangre líquida de color rojo brillante en cantidades variables, que se manifiesta de forma repentina e impredecible, la mayor parte del tiempo en reposo e incluso durante el sueño. Por lo general, no tiene actividad uterina y se manifiesta tarde en el segundo trimestre (Perelló et al., 2012). El desprendimiento de una placenta normalmente implantada, también conocido como desprendimiento de una placenta normalmente insertada, provoca una afección hemorrágica (Carrasc et al., 2014). Rotura abdominal: Se

separan en dos categorías: dehiscencia (se produce por la rotura de una cicatriz ya existente) y ruptura del útero sin cicatriz existente ocurre por procedimientos obstétricos, trabajo de parto prolongado y traumatismos) (Caughey et al., 1999). Ruptura de vasa previa, una enfermedad rara que puede resultar en una tasa de mortalidad fetal del 60% si no se diagnostica, se rompe. Ocurre cuando el cordón cruza las membranas uterinas inferiores antes de la presentación fetal durante la inserción velamentosa, que tiene lugar. Según la evidencia clínica, el sangrado vaginal puede ocurrir luego de haberse roto las membranas, cuando el útero está relajado y existe un riesgo en el bienestar del feto que no está relacionado con el volumen de sangrado (Oyelese et al., 2004). Asimismo, el 60% de todas las muertes maternas y el 45% de las primeras 24 horas ocurren después del parto, según Herschderfer (Lalonde et al., 2006). La HPP tiene tres causas principales, que son las siguientes: Un factor principal que contribuye a la HPP es la atonía uterina (Edhi et al., 2013). Uno de cada veinte partos lo experimenta. Los siguientes son factores de riesgo: distensión uterina de muchos embarazos; hidramnios o macrosomía fetal; cansancio muscular por un trabajo de parto largo y rápido y/o una alta tasa de multiparidad; y corioamnionitis por rotura temprana de membranas (Karlsson y Sanz, 2010). Placenta retenida: el diagnóstico de placenta retenida se establece si la placenta todavía está en su lugar después de 30 minutos de tracción controlada del cordón y cuidado activo del parto (Dávila et al., 2013). Los restos de placenta, que inhiben una contracción uterina eficaz al expulsar la placenta de forma incompleta, son la causa de la hemorragia uterina recurrente. La revisión de la cavidad uterina y el legrado instrumental son los procedimientos más efectivos (Solarí et al., 2014).

Otras de las causales de maternas directas son los trastornos hipertensivos (embarazo, el parto, puerperio), la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión materna inespecífica y los síndromes que causan edema gestacional y proteinuria son trastornos por hipertensión que se generan durante el embarazo (Gómez, 2000). Asimismo, las infecciones relacionadas con el embarazo: esta categoría cubre sepsis puerperal, infecciones del tracto genitourinario, diversas enfermedades puerperales, como infecciones de heridas quirúrgicas e infecciones posparto, así como infecciones mamarias relacionadas con el posparto (Abarca, 2003). El aborto ocurrido durante el embarazo es otra de las

causales de muerte directa se refiere a la interrupción de un embarazo, sin o con expulsión, o la remoción parcial o total, del feto antes de cumplir veintidós semanas gestando o antes de que mida veinticinco cm desde los pies hasta la cabeza (Pacora, 2014). Otra de las complicaciones y causante de muerte materna directa se puede generar si el feto está en una posición normal (en términos de tamaño, presentación y variedad de posiciones), pero el canal de parto es demasiado estrecho para que pase, esto se denomina trabajo de parto obstruido. La estrechez pélvica puede ser causada por anomalías en la forma del feto o en la circunferencia o estructura pélvica. También, se debe considerar las complicaciones obstétricas que implican traumatismo obstétrico, retención de membranas y placenta, hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos, embolia obstétrica y complicaciones posparto no relacionadas (como rotura de herida por cesárea, hematoma, miocardiopatía durante el parto). tiroiditis puerperal o posparto). Asimismo, durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, y las complicaciones anestésicas posoperatorias son ejemplos de situaciones que pueden presentar desafíos inesperados en el manejo del mismo (Frómeta-Asencio et al., 2020).

En el segundo objetivo específico determinar si el programa de capacitación en protocolos previene la dimensión muertes obstétricas indirectas en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023. Se encontró en el análisis estadístico que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas indirectas. Al haber obtenido una $\text{sig.} = 0,004 < 5\%$. Coincidiendo con lo encontrado por Pariacuri (2019) quien determinó que en 2014 a 2018, 6 fueron las muertes maternas indirectas. Gaspar et al. (2019) Llegaron a la conclusión de que las causas de las muertes maternas entre 2013 y 2015 fueron más prevalentes que las tasas a nivel nacional. Debido a esto, es crucial financiar programas de desarrollo profesional, comprar las herramientas necesarias y educar a las futuras madres sobre el valor de asistir a los controles prenatales. Moreno-Sánchez et al. (2018) determinaron que el 71 % de los casos eran muertes que podrían haberse evitado mediante el diagnóstico, y el 36 % se determinó que eran muertes prevenibles en el hospital. 92 pacientes, o el 61% del total, no recibieron tratamiento prenatal, y 52 casos, o el 35% del total, tenían

información médica insuficiente en el expediente clínico. Los informes de los comités contienen recomendaciones de actividades que no fueron tomadas durante el proceso de atención. Como resultado del alto porcentaje de casos que son predecibles y prevenibles, es posible identificar pasos correctivos que disminuirán su frecuencia. Esto sugiere posibles deficiencias en la atención en varias áreas.

Teóricamente, se coincide con MSP (2020) quien sostiene que las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo. Dentro de las muertes obstétricas directas encontramos: Enfermedades transmitidas por gérmenes. Los ejemplos incluyen hepatitis viral, meningitis bacteriana, rabia, colecistitis aguda, apendicitis aguda, tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y pancreatitis aguda. Otros Los procesos tumorales incluyen sarcoma, proceso de expansión cerebral de naturaleza desconocida, carcinomatosis generalizada, cáncer de cualquier órgano y otros. Entre otras de las múltiples patologías se encuentra la bartonelosis aguda, la enfermedad renal crónica, la epilepsia, la ruptura de un aneurisma cerebral, otro tipo de púrpura trombocitopénica, la malaria y otras enfermedades (Fernández et al., 2022).

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluye que el programa de capacitación en protocolos es efectivo para prevenir la muerte en las adolescentes, debido a que el conocimiento en el protocolo de atención permite brindar orientación clara a las adolescentes sobre el peligro y las causas a las que conlleva un embarazo durante la adolescencia. Habiendo obtenido un valor de $\text{sig.} = 0,020 < 5\%$.
2. Se concluye que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas directas ($\text{sig.} = 0,009 < 5\%$).
3. Se determinó que el programa de capacitación basado en los protocolos de atención en adolescentes embarazadas ha sido efectivo para prevenir las muertes obstétricas indirectas ($\text{sig.} = 0,004 < 5\%$).

VII. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades que dirigen la institución realizar alianzas con otras instituciones de salud con el objetivo que las adolescentes embarazadas tenga acceso a un servicio diferenciado para que no tengan ningún tipo obstáculos al momento de atenderse y evitar el miedo y la inseguridad que muchas veces son los motivos para desistir de una atención a tiempo que ponga en riesgo su vida.
2. Se sugiere al jefe del área donde se atienden las adolescentes capacitar a los profesionales para que brinden una psicoeducación a la familia para que ayuden a la gestante adolescente a llevar un cuidado integral en su alimentación, estado emocional y físico.
3. A los profesionales que atienden a las adolescentes continuar por un periodo largo con la aplicación del programa de prevención de muertes en gestantes adolescentes con el objetivo de brindar una atención diferenciada que incluya visitas domiciliarias, realizar consejerías en el cuidado de su embarazo, entre otras.

REFERENCIAS

- Abarca, K. V. (2003). Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. *Revista Chilena de Infectología*, 20(SUPPL. 1), 41–46. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182003020100007>
- Asanza, K. C., Paz, E., & Albán, C. (2018). Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica. *Multimed*, 21(3), 289–310. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul173l.pdf>
- Carrasc, R. S., Morillo, C., & Jimena, M. (2014). Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, otras anomalías de la implantación. *Tratado de Ginecología y Obstetricia, Vol. 2, 2014 (Medicina Materno-Fetal)*, ISBN 978-84-9835-269-6, Págs. 1299-1304, 2, 1299–1304. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5881339>
- Carvajal, J., & Poblete, J. (2014). Women age as a risk factor for maternal, fetal, neonatal and infant mortality. *Rev Med Chile*, 142, 457–466. <https://doi.org/10.1017/S1062798708000331>
- Castañeda, J., & SantaCruz, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 20(2), 109–128. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n62/1695-6141-eg-20-62-109.pdf>
- Caughey, A. B., Shipp, T. D., Repke, J. T., Zelop, C. M., Cohen, A., & Lieberman, E. (1999). Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(4), 872–876. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70317-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70317-0)
- Ceccon, R. F., Nazareth, M. S., Menezes, P. V., Bueno, A., Arguedas, G., & Hahn, B. (2019). Maternal mortality in the provincial capitals of Brazil. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), 1–16. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/835/1288>
- Chavenato, I. (2011). *Administración de los recursos Humanos*. https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/administracion_de_recursos_humanos_-_chiavenato.pdf
- Chen, R. P. (2011). Student participation in health professions education research: In pursuit of the Aristotelian mean. *Advances in Health Sciences Education*, 16(2), 277–286. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9164-4>
- Corcuera, M. J. (2018). Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Julio 2013 a Julio 2017. Centro de Salud El Bosque [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. In *Universidad César Vallejo*. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17734/corcue-ra_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dávila, J. G. G., Castaño, J. H. O., Álvarez, G. A. V., Tobón, J. J. Z., Cardona, J. G. L., Penagos, J. A. V., Arévalo-Rodríguez, I., & Gómez-Sánchez, P. I. (2013). Clinical practice guidelines for the prevention and management of

- post-partum bleeding and of hemorrhagic shock complications. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(4), 425–452. <https://doi.org/10.18597/rcog.91>
- Davini, C., & Duré, I. (2010). Guía para la elaboración de Programas de capacitación de los trabajadores de Salud. *Argentina. Ministerio de Salud*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000165cnt-01-guia_para_la_elaboracion_de_programas_de_capacitacion_de_los_trabajadores_de_salud.pdf
- Edhi, M. M., Aslam, H. M., Naqvi, Z., & Hashmi, H. (2013). Post partum hemorrhage: Causes and management. *BMC Research Notes*, 6(1), 2–7. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-236>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Professional Competence Evaluation. *Educational Researcher*, 287(2), 3–9. <https://doi.org/10.3102/0013189X020001003>
- Fernández, G., Peñalvo, J. L., Martínez, M. M., Humberto, Seuc J, A., Gálvez Medina, D., & Morejón Giraltoni, A. F. (2022). Estudio de la carga de mortalidad materna por causas indirectas. *Revista Finlay*, 12(1), 2221–2434. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1115>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2023). *Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto*. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2020). *Embarazo en Adolescentes*. UNFPA América Latina y El Caribe. <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>
- Frómeta-Asencio, M., Mustelier-Barbier, B. L., Camps-Cruzata, D., Mahy-Frómeta, Á., Navarro-Acosta, Y., López-Gámez, E., Frómeta-Asencio, M., Mustelier-Barbier, B. L., Camps-Cruzata, D., Mahy-Frómeta, Á., Navarro-Acosta, Y., & López-Gámez, E. (2020). Caracterización de la adolescente materna grave en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo 2019. *Revista Información Científica*, 99(1), 3–11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gaspar, R., Bobadilla, R., Fajardo, R., Méndez, N., & Gómez, C. S. (2019). Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán. *Revista Biomédica*, 30(1). <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/635/652>
- Gómez, S. E. (2000). Trastornos Hipertensivos Durante El Embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 26(2), 99–114. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v26n2/gin06200.pdf>
- González, G. H. (2022). Embarazo adolescente y mortalidad materna en países

- de América Latina. *Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes*, 18, 10–26. <https://doi.org/10.5377/PDAC.V18I1.15028>
- Hernández, S. R., & Mendoza, T. C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta*. (McGrawHill (ed.)).
- Karlsson, H., & Sanz, P. (2010). Postpartum haemorrhage. *Maternal and Infant Deaths: Chasing Millennium Development Goals 4 and 5*, 9781906985, 85–98. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107784758.008>
- Lalonde, A., Daviss, B. A., Acosta, A., & Herschderfer, K. (2006). Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94(3), 243–253. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.04.016>
- Martinez, E. A., Montero, G. I., & Zambrano, R. M. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Espacios*, 41(47), 1–10. <https://doi.org/10.48082/espacios-a20v41n47p01>
- Martínez, J. O. (2021). Factores sociales y obstétricos asociados a la mortalidad materna en el Centro de Salud Alejo Lascano en Ecuador, periodo 2014-2019 [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. In *Universidad César Vallejo*. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/76522>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2020). Gaceta De Muerte Materna. In *Ministerio de Salud Pública*. https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf
- Mirama, C., Calle, R., Villafuerte, A., & Ganchozo, P. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *RECIMUNDO*, 4(3), 174–183. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.174-183](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183)
- Mondy, R. W., & Noe, R. M. (2005). *Administración de los Recursos Humanos*. México, D.F.: Prentice Hall.
- Moreno-Martín, G., Mónica, R. M., & Ivonne, M. M. (2019). *Mortalidad materna en Ambato, Ecuador. 2005-2014*. 67(1), 57–62. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-57.pdf>
- Moreno-Sánchez, J. A., Garduño-Zarazúa, R., Navarro-Reynoso, F. P., & Tarasco-Michel, M. (2018). Omissions detected in 150 cases of maternal death in Mexico city. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 86(12), 794–803. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2353>
- Ortiz, M. G. (2021). Factores asociados al riesgo de morbilidad y mortalidad por sepsis materna en un hospital público de Ecuador, periodo 2020-2021 [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. In *Universidad César Vallejo*. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/93278/Ortiz_MGP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Oyelese, Y., Catanzarite, V., Prefumo, F., Lashley, S., Schachter, M., Tovbin, Y., Goldstein, V., & Smulian, J. G. (2004). Vasa previa: The impact of prenatal diagnosis on outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 103(5 I), 937–942. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000123245.48645.98>
- Pacora, P. (2014). Therapeutic abortion: is there really? *Acta Médica Peruana*,

31(4), 234–239.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400006

- Pariacuri, M. E. (2019). *Gasto en salud y disminución de la mortalidad materna en Dirección de Salud Cutervo durante el quinquenio 2014-2018* [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/63923/Pariacuri_MEI-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perelló, M., López, M., & Mula, R. (2012). Anomalías Placentarias y Manejo de Hemorragias. *Anomalías Placentarias y Manejo de Hemorragias*, 1–15. <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta-previa-y-otras-anomalias.html>
- Plaza, S. K. L. (2022). *Cobertura, morbilidad y mortalidad materna en un hospital público de Guayaquil durante el periodo 2018-2020* [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/82767/Plaza_SKL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramos, H., Chacha, G., & Ocho, C. (2018). Teenage pregnancy and its social consequences. *Revista Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 5, 1314–1329. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8297974.pdf>
- Solari, A., Solari, C., Wash, A., Guerrero, M., & Enriquez, O. (2014). *Postpartum hemorrhage. main etiologies, prevention, diagnosis and treatment*. 25(6), 993–1003. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706492>
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Linc-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2019). *Adding ItUp investing in sexual and reproductive health 2019*. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf
- Wong, L., Wong, E., & Husares, Y. (2015). Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57(4), 237–241. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v57i168>

Anexo 1: Tabla de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Programa de capacitación en protocolos	Davini y Duré (2010) quienes refieren que un programa de capacitación en protocolos se refiere a la estructura de un plan didáctico y pedagógico para la formación en ciertas capacidades y competencias del personal de la salud en un área o tema específico.	Se diseñará un programa de capacitación en protocolos constituido en 10 sesiones dirigido a prevenir las muertes maternas en adolescentes.	Reflexionar activamente sobre las prácticas Adquisición de conocimiento El proceso de reconstrucción activa del conocimiento	TALLERES	
Muertes maternas en adolescentes	Muerte materna en adolescentes, se considera muerte materna a la muerte en adolescentes durante el embarazo o después de este (42 días) posteriores a su terminación producto de un motivo relacionado o agravado al manejo del embarazo o producto de él, pero que no incluye las causas incidentales o accidentales aplicándose a los embarazos de cualquier duración y ubicación (MSP, 2020).	Para medir la variable se elaboró un cuestionario sobre e conocimiento sobre los factores de las muertes maternas en adolescentes.	Muertes obstétricas directas Muertes obstétricas indirectas	Tratamientos Procesos Prevención Protocolo de cuidados Infecciones Patologías	Ordinal

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

FICHA TÉCNICA

Nombre:	Cuestionario de factores de muertes maternas
Autor:	Quito Esteves Arlette Camila
Año:	2023
Objetivo:	Determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de muertes maternas.
Lugar de aplicación	Hospital de la Provincia de Guayas
Forma de aplicación	Individual/colectiva
Validez	Se realizará por juicio de expertos (05) y V de Aiken (0.93)
Confiabilidad	,760

CUESTIONARIO DE FACTORES DE MUERTES MATERNAS

Instrucciones

Estimado (a) obstetra: lea detenidamente cada una de las preguntas y responda.

Las preguntas tienen tres opciones de respuesta, elija la que mejor describa lo que piensa usted. Solamente una opción. Marque con una cruz o realice un símbolo de verificación. Recuerde: no marcar dos opciones. Marque así:



o



Escala de medición

Siempre	A veces	Nunca
(3)	(2)	(1)

N°	Muertes obstétricas directas			
1	Durante el control prenatal se le informa a la paciente los procedimientos o tratamientos a los cuales va a ser sometida			
2	Se le informa a la paciente sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar			
3	La paciente es atendida realizando los protocolos para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO			
4	Se les explica a las pacientes los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de peligro a los que debe estar atenta			
5	Cuando realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria			
6	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, los controles prenatales de la paciente son programados al menos cada 15 días			
7	Programa ecografía a la paciente en el primero, segundo y tercer trimestre			
8	En el primer control o trimestre se le suministra a la paciente vitamina D			
9	Orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación			
10	A partir de la semana 34 de gestación, la paciente se remite para valoración anestésica para el parto			
11	En fase latente de trabajo de parto monitorea permanentemente el bienestar fetal			
12	Se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto			
13	La paciente adolescente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto)			
14	Durante el primer periodo del parto, se lleva el registro de partograma de la paciente			
15	Durante el segundo período del parto, evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido			
16	La paciente permanece hospitalizada al menos 48 horas posterior al parto normal			
17	En caso de haberse practicado cesárea, la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas.			
Muertes obstétricas indirectas				
18	Programa a la paciente exámenes para conocer enfermedades preexistentes producidas por gérmenes (hepatitis, tuberculosis pulmonar, meningitis, etc.)			
19	Evalúa las condiciones preexistentes que pueden afectar física y psicológicamente a la paciente			
20	Explica a la paciente los daños o riesgos que puede causar fumar, consumir alcohol u otras sustancias peligrosas durante y después del embarazo			
21	Explica a la paciente la importancia de una buena alimentación y el consumo de vitaminas y minerales durante y después del embarazo			

Anexo 3: Evaluación de juicio de expertos



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Questionario de factores de muertes maternas". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Merino Morales Katherine Arlet
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clinica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Coordinadora de la unidad de cuidados intensivos adulto del hospital Sullana – Perú. Jefa de enfermeras clínica santa Rosa Sullana. Jefa de escuela profesional enfermería instituto Santa Ursula. Jefa de la unidad cuidados intensivos tiempos de covid.
Institución donde labora:	Hospital de Sullana – Perú
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Si, conforma el grupo de investigación del instituto Santa Ursula.

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Questionario de factores de muertes maternas
Autora:	Quito Esteves Arlette Camila
Procedencia:	Ecuador
Administración:	Individual/colectiva
Tiempo de aplicación:	10 minutos
Ámbito de aplicación:	En un Hospital de Provincia de Guayas
Significación:	El cuestionario tiene 21 ítems divididos en dos dimensiones: Muertes obstétricas directas e indirectas. Las respuestas son en escala de Likert.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Muertes maternas en adolescentes	Muertes obstétricas directas	Muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020).
	Muertes obstétricas indirectas	Las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo.

5. Presentación de instrucciones para el íuez:

A continuación, a usted le presento el "Cuestionario de factores de muertes maternas". De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Cuestionario de factores de muertes maternas

- Primera dimensión: **Muertes obstétricas directas**
- Objetivos de la Dimensión: **conocer los factores de muertes obstétricas directas.**

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Tratamiento	Durante el control prenatal se le informa a la paciente los procedimientos o tratamientos a los cuales va a ser sometida	4	4	4	.....
	Se le informa a la paciente sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar	4	3	4	.....
	La paciente es atendida realizando los protocolos para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	4	4	4	.....
	Se les explica a las pacientes los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de peligro a los que debe estar atenta	4	3	4	.....
Procesos	Cuando realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria	4	4	4	
	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, los controles prenatales de la paciente son programados al menos cada 15 días	4	4	4	
	Programa ecografía a la paciente en el primero, segundo y tercer trimestre	3	4	4	
	En el primer control o trimestre se le suministra a la paciente vitamina D	4	4	3	
Prevención	Orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación	4	4	4	
	A partir de la semana 34 de gestación, la paciente se remite para valoración anestésica para el parto	4	3	4	
	En fase latente de trabajo de parto monitorea permanentemente el bienestar fetal	4	4	4	
	Se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto	4	3	4	
Protocolos de atención	La paciente adolescente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto)	4	4	4	
	Durante el primer periodo del parto, se lleva el registro de partograma de la paciente	4	4	4	
	Durante el segundo periodo del parto, evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido	3	4	4	
	La paciente permanece hospitalizada al menos 48 horas posterior al parto normal	4	4	4	
	En caso de haberse practicado cesárea, la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas.	4	4	4	

- Segunda dimensión: **Muertes obstétricas indirectas**
- Objetivos de la Dimensión: **conocer los factores de muertes obstétricas indirectas.**

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Infecciones	Programa a la paciente exámenes para conocer enfermedades preexistentes producidas por gérmenes (hepatitis, tuberculosis pulmonar, meningitis, etc.)	4	4	4	.....
	Evalúa las condiciones preexistentes que pueden afectar física y psicológicamente a la paciente	4	4	4	.....
Patologías	Explica a la paciente los daños o riesgos que puede causar fumar, consumir alcohol u otras sustancias peligrosas durante y después del embarazo	4	4	4	.....
	Explica a la paciente la importancia de una buena alimentación y el consumo de vitaminas y minerales durante y después del embarazo	4	4	4	.....



HOSPITAL APOYO ILLIMANA
Merino Katherine A.
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 CEP: 70431

Firma del evaluador
 DNI: 46677660

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario de factores de muertes maternas". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Génesis Natali Díaz Ruíz	
Grado profesional:	Maestría (x)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Educativa ()	Social () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Obstetricia	
Institución donde labora:	Centro médico Virgen del Carmen	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()	
Experiencia en Investigación Psicométrica:		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de factores de muertes maternas
Autora:	Quito Esteves Arlette Camila
Procedencia:	Ecuador
Administración:	Individual/colectiva
Tiempo de aplicación:	10 minutos
Ámbito de aplicación:	En un Hospital de Provincia de Guayas
Significación:	El cuestionario tiene 21 ítems divididos en dos dimensiones: Muertes obstétricas directas e indirectas. Las respuestas son en escala de Likert.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Muertes maternas en adolescentes	Muertes obstétricas directas	Muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020).
	Muertes obstétricas indirectas	Las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo.

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el "**Questionario de factores de muertes maternas**". De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel



Dimensiones del instrumento: Cuestionario de factores de muertes maternas

- Primera dimensión: Muertes obstétricas directas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas directas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Tratamiento	Durante el control prenatal se le informa a la paciente los procedimientos o tratamientos a los cuales va a ser sometida	4	4	4	.....
	Se le informa a la paciente sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar	4	3	4	.....
	La paciente es atendida realizando los protocolos para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTETRICICO	3	4	4	.....
	Se les explica a las pacientes los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de peligro a los que debe estar atenta	4	3	3	.....
	Cuando realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria	4	4	4	
Procesos	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, los controles prenatales de la paciente son programados al menos cada 15 días	3	4	4	
	Programa ecografía a la paciente en el primero, segundo y tercer trimestre	3	4	4	
	En el primer control o trimestre se le suministra a la paciente vitamina D	4	4	3	
	Orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación	4	4	4	
Prevención	A partir de la semana 34 de gestación, la paciente se remite para valoración anestésica para el parto	4	3	4	
	En fase latente de trabajo de parto monitorea permanentemente el bienestar fetal	3	3	4	
	Se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto	4	3	4	
	La paciente adolescente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto)	4	4	4	
	Durante el primer periodo del parto, se lleva el registro de partograma de la paciente	4	4	4	
Protocolos de atención	Durante el segundo periodo del parto, evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido	3	4	4	
	La paciente permanece hospitalizada al menos 48 horas posterior al parto normal	4	4	4	
	En caso de haberse practicado cesárea, la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas	4	4	4	

- Segunda dimensión: Muertes obstétricas indirectas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas indirectas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Infecciones	Programa a la paciente exámenes para conocer enfermedades preexistentes producidas por gérmenes (hepatitis, tuberculosis pulmonar, meningitis, etc.)	4	3	4	.....
	Evalúa las condiciones preexistentes que pueden afectar física y psicológicamente a la paciente	4	4	4	.....
Patologías	Explica a la paciente los daños o riesgos que puede causar fumar, consumir alcohol u otras sustancias peligrosas durante y después del embarazo	3	4	3	.....
	Explica a la paciente la importancia de una buena alimentación y el consumo de vitaminas y minerales durante y después del embarazo	4	4	4	.....

Gimena Diaz R.

Firma del evaluador
CEDULA: 1207553106

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario de factores de muertes maternas". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Katherine Abigail Iza Monar	
Grado profesional:	Maestría (x)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Educativa ()	Social () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Gineco/ Obstetricia	
Institución donde labora:	Consultorio Obstétrico Marianita	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()	
Experiencia en Investigación Psicométrica:		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de factores de muertes maternas
Autora:	Quito Esteves Arlette Camila
Procedencia:	Ecuador
Administración:	Individual/colectiva
Tiempo de aplicación:	10 minutos
Ámbito de aplicación:	En un Hospital de Provincia de Guayas
Significación:	El cuestionario tiene 21 ítems divididos en dos dimensiones: Muertes obstétricas directas e indirectas. Las respuestas son en escala de Likert.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Muertes maternas en adolescentes	Muertes obstétricas directas	Muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020).
	Muertes obstétricas indirectas	Las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo.

5. Presentación de instrucciones para el íuez:

A continuación, a usted le presento el "Questionario de factores de muertes maternas". De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brnde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel



Dimensiones del instrumento: Cuestionario de factores de muertes maternas

- Primera dimensión: Muertes obstétricas directas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas directas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Tratamiento	Durante el control prenatal se le informa a la paciente los procedimientos o tratamientos a los cuales va a ser sometida	4	4	4	.....
	Se le informa a la paciente sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar	4	3	4	.....
	La paciente es atendida realizando los protocolos para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	4	4	4	.....
	Se les explica a las pacientes los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de peligro a los que debe estar atenta	4	4	4	.....
	Cuando realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria	4	3	4	
Procesos	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, los controles prenatales de la paciente son programados al menos cada 15 días	4	4	4	
	Programa ecografía a la paciente en el primero, segundo y tercer trimestre	4	4	4	
	En el primer control o trimestre se le suministra a la paciente vitamina D	3	4	4	
	Orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación	4	4	4	
Prevención	A partir de la semana 34 de gestación, la paciente se remite para valoración anestésica para el parto	4	3	4	
	En fase latente de trabajo de parto monitorea permanentemente el bienestar fetal	4	4	4	
	Se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto	4	3	4	
	La paciente adolescente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto)	4	4	4	
Protocolos de atención	Durante el primer periodo del parto, se lleva el registro de partograma de la paciente	4	3	4	
	Durante el segundo periodo del parto, evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido	4	4	4	
	La paciente permanece hospitalizada al menos 48 horas posterior al parto normal. En caso de haberse practicado cesárea, la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas.	3	4	4	

- Segunda dimensión: Muertes obstétricas indirectas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas indirectas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Infecciones	Programa a la paciente exámenes para conocer enfermedades preexistentes producidas por gérmenes (hepatitis, tuberculosis pulmonar, meningitis, etc.)	3	3	3	.....
	Evalúa las condiciones preexistentes que pueden afectar física y psicológicamente a la paciente	4	4	4	.....
Patologías	Explica a la paciente los daños o riesgos que puede causar fumar, consumir alcohol u otras sustancias peligrosas durante y después del embarazo	4	4	3	.....
	Explica a la paciente la importancia de una buena alimentación y el consumo de vitaminas y minerales durante y después del embarazo	4	4	4	.....

Abigail La Torre

Firma del evaluador
CEDULA: 1205844614

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento **“Cuestionario de factores de muertes maternas”**. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Ingrid Isabel Zambrano Romero	
Grado profesional:	Maestría (x)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Educativa ()	Social () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Desarrollo social	
Institución donde labora:	Prefectura de Los Ríos- Departamento de Desarrollo Social, en el área de proyectos sociales, coordinadora de atenciones médicas	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()	
Experiencia en Investigación Psicométrica:		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de factores de muertes maternas
Autora:	Quito Esteves Arlette Camila
Procedencia:	Ecuador
Administración:	Individual/colectiva
Tiempo de aplicación:	10 minutos
Ámbito de aplicación:	En un Hospital de Provincia de Guayas
Significación:	El cuestionario tiene 21 ítems divididos en dos dimensiones: Muertes obstétricas directas e indirectas. Las respuestas son en escala de Likert.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Muertes maternas en adolescentes	Muertes obstétricas directas	Muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020).
	Muertes obstétricas indirectas	Las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo.

5. Presentación de instrucciones para el íuez:

A continuación, a usted le presento el "**Cuestionario de factores de muertes maternas**". De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Cuestionario de factores de muertes maternas

- Primera dimensión: Muertes obstétricas directas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas directas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Tratamiento	Durante el control prenatal se le informa a la paciente los procedimientos o tratamientos a los cuales va a ser sometida	4	3	4	.....
	Se le informa a la paciente sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar	4	3	4	.....
	La paciente es atendida realizando los protocolos para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	4	4	4	.....
	Se le explica a las pacientes los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de peligro a los que debe estar atenta	3	3	4	.....
	Cuando realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria	4	4	4	
Procesos	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, los controles prenatales de la paciente son programados al menos cada 15 días	3	3	3	
	Programa ecografía a la paciente en el primero, segundo y tercer trimestre	3	4	4	
	En el primer control o trimestre se le suministra a la paciente vitamina D	4	4	3	
Prevención	Orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación	4	4	4	
	A partir de la semana 34 de gestación, la paciente se remite para valoración anestésica para el parto	4	3	4	
	En fase latente de trabajo de parto monitorea permanentemente el bienestar fetal	4	4	4	
	Se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto	4	3	4	
Protocolos de atención	La paciente adolescente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto)	4	4	4	
	Durante el primer periodo del parto, se lleva el registro de partograma de la paciente	4	4	4	
	Durante el segundo periodo del parto, evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido	3	3	4	
	La paciente permanece hospitalizada al menos 48 horas posterior al parto normal. En caso de haberse practicado cesárea, la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Muertes obstétricas indirectas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas indirectas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Infecciones	Programa a la paciente exámenes para conocer enfermedades preexistentes producidas por gérmenes (hepatitis, tuberculosis pulmonar, meningitis, etc.)	4	4	4	.....
	Evalúa las condiciones preexistentes que pueden afectar física y psicológicamente a la paciente	4	3	3	.....
Patologías	Explica a la paciente los daños o riesgos que puede causar fumar, consumir alcohol u otras sustancias peligrosas durante y después del embarazo	4	3	3	.....
	Explica a la paciente la importancia de una buena alimentación y el consumo de vitaminas y minerales durante y después del embarazo	4	3	4	.....

Ingrid Zambraño R.

Firma del evaluador
CEDULA: 1206367714

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Questionario de factores de muertes maternas". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	ANGELICA MARIA VERGARA BURGOS	
Grado profesional:	Maestría (<input checked="" type="checkbox"/>)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clinica (<input checked="" type="checkbox"/>) Educativa ()	Social () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Salud	
Institución donde labora:	Centro de Salud La Industria	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (<input checked="" type="checkbox"/>) Más de 5 años ()	
Experiencia en Investigación Psicométrica:		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Questionario de factores de muertes maternas
Autora:	Quito Esteves Arlette Camila
Procedencia:	Ecuador
Administración:	Individual/colectiva
Tiempo de aplicación:	10 minutos
Ámbito de aplicación:	En un Hospital de Provincia de Guayas
Significación:	El cuestionario tiene 21 ítems divididos en dos dimensiones: Muertes obstétricas directas e indirectas. Las respuestas son en escala de Likert.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Muertes maternas en adolescentes	Muertes obstétricas directas	Muertes obstétricas directas son las muertes que ocurren directamente como resultado de dificultades obstétricas durante cualquier etapa del embarazo (embarazo, trabajo de parto o puerperio), como resultado directo de una intervención o no intervención, como resultado de un tratamiento inadecuado o como resultado directo de una cadena de eventos que conducen a cualquiera de los anteriores (MSP, 2020).
	Muertes obstétricas indirectas	Las muertes obstétricas indirectas son aquellas causadas por condiciones preexistentes o condiciones que se desarrollaron durante el embarazo pero que no estaban directamente relacionadas con causas obstétricas, sino que empeoraron por los cambios fisiológicos del embarazo.

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el "**Cuestionario de factores de muertes maternas.....**". De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Cuestionario de factores de muertes maternas

- Primera dimensión: Muertes obstétricas directas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas directas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Tratamiento	Durante el control prenatal se le informa a la paciente los procedimientos o tratamientos a los cuales va a ser sometida	4	4	4	.....
	Se le informa a la paciente sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar	4	3	4	.....
	La paciente es atendida realizando los protocolos para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	4	4	4	.....
	Se les explica a las pacientes los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de peligro a los que debe estar atenta	3	4	4	.....
	Cuando realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria	4	4	4	
Procesos	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, los controles prenatales de la paciente son programados al menos cada 15 días	3	3	3	
	Programa ecografía a la paciente en el primero, segundo y tercer trimestre	3	4	4	
	En el primer control o trimestre se le suministra a la paciente vitamina D	4	4	3	
	Orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación	4	4	4	
Prevención	A partir de la semana 34 de gestación, la paciente se remite para valoración anestésica para el parto	4	3	4	
	En fase latente de trabajo de parto monitorea permanentemente el bienestar fetal	4	4	4	
	Se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto	4	4	4	
	La paciente adolescente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto)	4	4	4	
	Protocolos de atención	Durante el primer periodo del parto, se lleva el registro de partograma de la paciente	4	4	4
	Durante el segundo periodo del parto, evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido	4	4	4	
	La paciente permanece hospitalizada al menos 48 horas posterior al parto normal	4	4	4	
	En caso de haberse practicado cesárea, la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Muertes obstétricas indirectas
- Objetivos de la Dimensión: conocer los factores de muertes obstétricas indirectas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Infecciones	Programa a la paciente exámenes para conocer enfermedades preexistentes producidas por gérmenes (hepatitis, tuberculosis pulmonar, meningitis, etc.)	4	4	3	.....
	Evalúa las condiciones preexistentes que pueden afectar física y psicológicamente a la paciente	3	4	4	.....
Patologías	Explica a la paciente los daños o riesgos que puede causar fumar, consumir alcohol u otras sustancias peligrosas durante y después del embarazo	4	3	4	.....
	Explica a la paciente la importancia de una buena alimentación y el consumo de vitaminas y minerales durante y después del embarazo	4	3	3	.....



Firma del evaluador
CEDULA: 1207502723

V de Aiken

Reporte del cálculo de validez con la V de Aiken - Cuestionario de factores de muertes maternas

Dim	N°	Claridad					Prom	V Aiken	Coherencia					Prom	V Aiken	Relevancia					Prom	V Aiken	Prom. Global	V Aiken		
		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5			Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5			Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5						
D1	1	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	4	3	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.93	0.98	
	2	4	4	4	4	4	4	1.0	3	3	3	3	3	3.0	0.7	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.67	0.89	
	3	4	3	4	4	4	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.93	0.98	
	4	4	4	4	3	3	3	3.6	0.9	3	3	4	3	4	3.4	0.8	4	3	4	4	4	4	3.8	0.9	3.60	0.87
	5	4	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	3	4	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.93	0.98
	6	4	3	4	3	3	3	3.4	0.8	4	4	4	3	3	3.6	0.9	4	4	4	3	3	3	3.6	0.9	3.53	0.84
	7	3	3	4	3	3	3	3.2	0.7	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.73	0.91
	8	4	4	3	4	4	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3	3	4	3	3	3	3.2	0.7	3.67	0.89
	9	4	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4.00	1.00
	10	4	4	4	4	4	4	4	1.0	3	3	3	3	3	3.0	0.7	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.67	0.89
	11	4	3	4	4	4	4	3.8	0.9	4	3	4	4	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.87	0.96
	12	4	4	4	4	4	4	4	1.0	3	3	3	3	3	3.2	0.7	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.73	0.91
	13	4	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4.00	1.00
	14	4	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	3	4	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.93	0.98
	15	3	3	4	3	4	4	3.4	0.8	4	4	4	3	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.73	0.91
	16	4	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4.00	1.00
	17	4	4	3	4	4	4	3.8	0.9	4	4	4	4	4	4.0	1.0	4	4	4	4	4	4	4.0	1.0	3.93	0.98
D2	18	4	4	3	4	4	3.8	0.9	4	3	3	4	4	3.6	0.9	4	4	3	4	3	3	3.6	0.9	3.67	0.89	
	19	4	4	4	4	3	3.8	0.9	4	4	4	3	4	3.8	0.9	4	4	4	3	4	4	3.8	0.9	3.80	0.93	
	20	4	3	4	4	4	3.8	0.9	4	4	4	3	3	3.6	0.9	4	3	3	3	4	3	3.4	0.8	3.60	0.87	
	21	4	4	4	4	4	4	1.0	4	4	4	3	3	3.6	0.9	4	4	4	4	3	3	3.8	0.9	3.80	0.93	
							3.82	0.94						3.70	0.90							3.87	0.96	3.80	0.93	

Fórmula V Aiken

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

Tomado de:
Penfiel, R.D. y Giacobbi, P.R. (2004). Applying a score confidence interval to Aiken's item content-relevance index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8 (4), 213-225.

Leyenda

–
X : Promedio de las calificaciones de los jueces
l : Valor mínimo en la escala de calificación del instrumento
K : Rango (diferencia entre el valor máximo y mínimo de la escala de calificación)

Escala de calificación

1 : No cumple con criterio
2 : Bajo nivel
3 : Moderado nivel
4 : Alto nivel

Otros datos

Número de jueces	5
Rango (K) = (4 - 1)	3

El instrumento tiene **muy buena** validez (V = 0,93), dado que existe concordancia favorable en la validación realizada por los jueces.

Conclusión

Confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alpha de Cronbach	N de elementos
,760	21

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
P1	1,933	,7037	21
P2	2,133	,6399	21
P3	1,800	,7746	21
P4	2,067	,2582	21
P5	2,400	,6325	21
P6	2,133	,5164	21
P7	2,667	,4880	21
P8	2,067	,7988	21
P9	2,200	,7746	21
P10	2,733	,4577	21
P11	2,267	,4577	21
P12	2,400	,7368	21
P13	2,200	,4140	21
P14	2,667	,4880	21
P15	2,200	,4140	21
P16	2,133	,8338	21
P17	1,733	,4577	21
P18	2,667	,4880	21
P19	2,200	,4140	21
P20	2,133	,8338	21
P21	1,733	,4577	21

Anexo 4: Modelo de consentimiento informado UCV

Consentimiento Informado

Título de la investigación: **Programa de capacitación en protocolos para prevenir la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023**

Investigadora: **Quito Esteves, Arlette Camila**

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada "Programa de capacitación en protocolos para prevenir la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023", cuyo objetivo es **determinar el programa de capacitación en protocolos previene la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023**. Esta investigación es desarrollada por estudiantes de posgrado del programa de maestría de gestión de los servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del campus Piura, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la autoridad del hospital especializado Matilde Hidalgo de Procel.

Impacto del problema de la investigación:

En un Hospital de Guayas se viene observando que mucho personal de que atiende adolescentes en estado de gestación no ejecuta correctamente los procedimientos de atención.

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se aplicará un cuestionario y se levantará la información que será el pretest, seguido de la ejecución del programa educativo, para luego aplicar el postest y conocer mediante los procesos estadísticos que se aplique el resultado de la investigación titulada: **"Programa de capacitación en protocolos para prevenir la muerte materna en adolescentes de un Hospital en la Provincia de Guayas, 2023"**
2. El cuestionario en el pretest y postes tendrá una duración de 05 minutos y el programa capacitación se realizará mediante talleres con una duración de 50 minutos. La información obtenida a través del instrumento será codificada usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador (a) **Quito Esteves, Arlette Camila** email: aquitoes@ucvvirtual.edu.ec y Docente asesor Mg. Vélez Sancarranco, Miguel Alberto email: mvelezs@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Hospital Especializado Matilde Hidalgo de Procel.

Fecha y hora: 16-06-2023

Anexo 5: Resultados de reporte de similitud de Turnitin

**Programa de capacitación en protocolos para
prevenir la muerte materna en adolescentes**



Preparación Para Una Maternidad Saludable en la Adolescente.



1. Nombre de la usuaria _____

2. Número de Ficha Familiar _____

3. Número de Historia Clínica _____

4. Número de Seguridad Social _____

5. Servicio Regional de Salud _____

6. Área de Salud _____

7. Zona de salud _____

8. Establecimiento _____

9. UNAP _____

Plan de Parto

Cuando el parto se aproxima es normal que la paciente y sus familiares experimenten una sensación de alegría y ansiedad. El médico o la médica y todo el equipo de salud, están en la obligación de contribuir a disminuir las preocupaciones explicándole los detalles relacionados con el parto y ofreciéndole la confianza de los proveedores de salud.

Los preparativos para el parto deben iniciarse desde la consulta prenatal. Las orientaciones del equipo médico incluirán el plan de parto, para que la paciente y sus familiares tengan todo organizado para el momento en que se inicien las contracciones de parto. La paciente y sus familiares deben ser orientados sobre el momento en que deben acudir al centro de salud, los signos de alarma durante el embarazo, quién o quiénes acompañarán a la parturienta; qué vía de transporte se utilizará y tener una segunda opción por si falla la primera; qué cosas llevará consigo (batas, ropas para la/el recién nacida/o cuando esté de alta). Además quién estará atento durante el internamiento y servirá de contacto con el centro de salud. La paciente debe llevar su cédula de identidad personal o acta de nacimiento cuando vaya al centro de salud.

Centro de atención: _____

Fecha probable de parto: _____

Centro probable de referencia: _____

Centro de Referencia	Dirección y teléfono	✓
	Cómo llegar	
	A quién contactar	
	Alimentación	
Auto-cuidado	Higiene	
	Actividad física	
	Evitar hábitos tóxicos	
	Entregar hoja informativa	
Signos de Alarma y Qué hacer	Educación a la señora y sus familiares	
	Revisión con pareja, familiares y vecinos	
	Ropa para el bebé	
Preparar para el Bebé	Aprender sobre lactancia materna	
	Aprender sobre el cuidado del bebé	
	Ropa, preparar bulto	
Para el parto	Acompañantes	
	Transporte	
	Ahorro de dinero	
	Apoyo de la comunidad (fondo de solidaridad)	
	Ayuda para cuidar a los otros niños y para los quehaceres domésticos	
Para el postparto	Identificar quién la va a ayudar	



Control de Citas

CONSULTAS	PRÓXIMA CITA (día, mes y año)	HORA
1- consulta		
2- consulta		
3- consulta		
4- consulta		
5- consulta		
6- consulta		
7- consulta		
8- consulta		
9- consulta		
10- consulta		
11- consulta		
12- consulta		
Consulta post-parto		
Consulta post-parto		
Consulta post-parto		

Importancia del control del embarazo

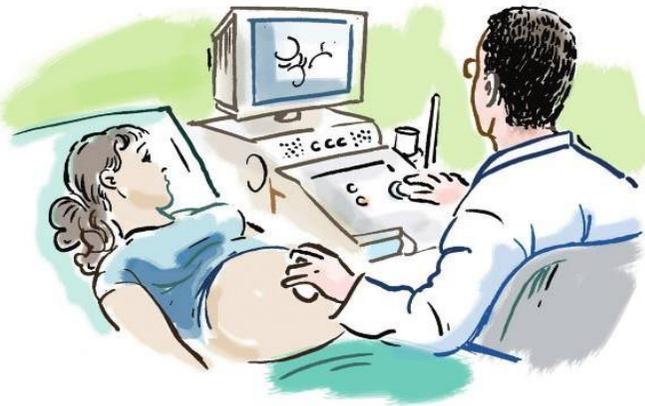
Mediante el control prenatal, pueden vigilar el crecimiento y la vitalidad de mi bebé, la evolución de mi embarazo, facilitarme contenido educativo para mi salud, la del bebé, la familia y la comunidad, con el objetivo de asegurar un embarazo sin complicaciones y el desarrollo y nacimiento saludable del bebé.

Aunque el embarazo es un proceso natural está lejos de ser perfecto, y en ocasiones se pueden presentar complicaciones en algunos de ellos. Entonces, otra finalidad del control prenatal es la de prevenir estas complicaciones, detectar embarazos que puedan presentarlas e identificarlas tempranamente y tratarlas de forma oportuna.

Si no existiese el control prenatal es posible que algunos embarazos presenten complicaciones, que pueden ser evitadas.

¿Cuándo debo empezar a chequear el embarazo?

Desde que sospeche que estoy embarazada, debo acudir al centro de salud más cercano, para iniciar mis chequeos en el programa de atención prenatal. Estos controles me pueden ayudar mucho en la detección de complicaciones y establecer las medidas preventivas para corregirlas en su momento oportuno.



¿Cuántas veces debo chequearme el embarazo?

Durante todo el embarazo debo ser chequeada al menos 6 veces si el embarazo es normal, y cuantas veces sea necesario.

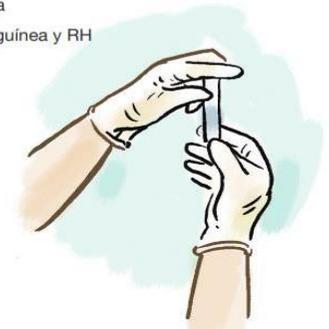
Debe asistir mi esposo/pareja a los controles prenatales

En la medida de lo posible se sugiere que tu pareja asista a los controles, para que se involucre en tu embarazo, conozca mi médico y siga mi evolución de nuestro bebé. En este sentido se espera que él asista al menos a 2 consultas y esté presente por lo menos en un estudio ecográfico. El hecho de que tu compañero no pueda asistir a todas tus evaluaciones, no debe ser motivo de conflicto en la pareja; hay que recordar que las presiones laborales y económicas a veces no lo permiten.

¿Cuáles exámenes de laboratorio y otros estudios debo realizarme durante el embarazo?

La realización de exámenes de laboratorio y otros estudios son fundamentales para prevenir y tratar enfermedades que pueden poner en peligro mi salud y la del bebé, por lo que durante el embarazo debo realizarme los siguientes exámenes y estudios:

- Hemograma
- Glicemia (para el azúcar)
- VDRL (prueba de sífilis)
- HIV
- HbsAg (prueba para hepatitis B)
- Falcemia
- Examen de Orina
- Tipificación Sanguínea y RH
- Papanicolaou
- Toxoplasmosis
- Sonografía



¿Cuáles vacunas se administran en el embarazo?

La vacuna indicada durante el embarazo es el Toxoide Tetánico (TT) que la protege a usted y a su bebé de contraer tétanos.

Aproveche el primer contacto con el servicio de salud para solicitar su aplicación.

Cuidando la belleza en el embarazo

El embarazo es un periodo en el que la mujer debe mantener su belleza interna y externa al máximo, y así hacer sentir al futuro bebé deseado y amado.

Cuidado del cabello

Las hormonas en el embarazo y las vitaminas que tomamos para el bebé, ayudan a que nuestro pelo se vea brillante, abundante y saludable. Estos mismo factores y el estrés que caracteriza el postparto pueden producir pérdida temporal del cabello, y por lo tanto no hay que alarmarse.



Durante el embarazo se debe continuar el cuidado normal del cabello. Lavarse el pelo con un champú suave y usar un acondicionador al final. Si el pelo se siente seco puede usar un tratamiento una vez por semana. Si tu pareja insiste en mimarte puedes pedirle que te dé un masaje en el cuero cabelludo con aceite tibio que puede ser de canola, oliva, coco o, mejor aún de aguacate.

Tintes y productos químicos. Una de las controversias durante el embarazo son los tintes de pelo. La mayoría de los médicos sugieren a sus pacientes no poner color en el pelo durante el primer trimestre, a menos que sean sólo rayitos, o tinte a base de agua. No se puede usar color que cubra la cabeza completa o que toque el cuero cabelludo. Lo mismo se aplica a tratamientos como alisados y permanentes. No hay nada comprobado en esto, pero los médicos prefieren prevenir. Después del primer trimestre generalmente se puede usar color pero hay que consultar con tu médico antes.

El cuidado del cutis durante el embarazo

Es probable que si tu piel es grasosa, con el embarazo desaparezcan las espinillas. Pero si tu cutis es seco o normal, probablemente se reseque.

- Deja que tu piel respire, reduce lo más posible el uso de maquillaje.
- Lávate la cara antes de acostarte con jabón suave o leche limpiadora; de esta forma eliminarás las impurezas acumuladas durante el día.
- Al terminar, aplica una crema hidratante.



Sexo y embarazo

Una buena sexualidad durante el embarazo prepara el cuerpo para un parto vaginal. Los músculos de la vagina se ejercitan durante una relación sexual y mejoran su tono muscular para el momento del nacimiento. Además, con el ejercicio, el bebé recibe más oxígeno, lo cual le ayuda a estar más sano.

Tu hijo no notará nada, excepto tu palpitación más rápida y tu respiración acelerada. A menos que tu embarazo sea complicado, no debes preocuparte por el bebé. Las membranas ovulares y el líquido amniótico le protegen y además, el cuello del útero está cerrado.

Las relaciones sexuales durante el embarazo probablemente no puedan ser acrobáticas y tal vez habremos de evitar algunas posturas que antes practicábamos con normalidad. Y es que en ningún momento la embarazada debe sufrir presión, dolor o incomodidad durante la

práctica del sexo y además al final de la gestación puede perder flexibilidad debido a los cambios en el cuerpo.

En estos momentos, el diálogo y la comprensión con la pareja es fundamental. Comunicándose abiertamente se llegará a un acuerdo para coincidir en la mejor forma de mantener relaciones sexuales placenteras, además habrán de tener en cuenta los cambios en el modo de vivir la sexualidad durante cada etapa del embarazo.

Si tu embarazo está considerado como complicado o surgen situaciones especiales, tu médico te sugerirá espaciar o suspender hasta nuevo aviso las relaciones sexuales.



Orientación en salud bucal

Durante el embarazo se producen grandes cambios en la mujer a todos los niveles: en el aspecto físico, en el químico y en el psicológico. Esto hace que la cavidad bucal de la embarazada sea más susceptible a padecer problemas en las encías y caries dentales.

Esto es más evidente a partir del tercer mes de embarazo. Si la mujer padecía previamente problemas en las encías y caries, éstas empeoran durante el embarazo. Es necesario en esta etapa del embarazo extremar los cuidados dentales. Las alteraciones bucales propias del embarazo, son inevitables y pueden prevenirse realizando una adecuada higiene dental con un cepillado después de las comidas y al acostarse usando el hilo dental. Una limpieza cuidadosa eliminará la placa bacteriana que es la causante de la caries dental y de problemas en las encías. Ante cualquier alteración en la salud bucal se recomienda visitar al odontólogo.

Alimentación durante el embarazo

La alimentación durante el embarazo constituye un factor de vital importancia para la correcta formación y crecimiento del bebé. Una dieta balanceada y nutritiva, es primordial a lo largo de todo el embarazo. Es que en este período, se impone satisfacer también los requerimientos nutricionales del bebé.

Una de las condiciones fundamentales para mantener una dieta bien balanceada es no comer demasiado de cada uno de los grupos de alimentos, ya que se necesita variedad para obtener adecuados suplementos de proteínas esenciales, minerales y vitaminas. La correcta alimentación también contribuye a evitar un trabajo de parto prematuro, al equilibrio emocional y a la recuperación corporal después de dar a luz.

En aquellos casos en que la futura mamá tenga sobrepeso, deberá limitar el consumo de alimentos calóricos tales como: dulces, azúcares y grasas.



Es fundamental que en toda alimentación estén presentes estos cinco grupos de nutrientes:

La dieta diaria de una embarazada debe ser equilibrada, variada, adecuada y con calidad e higiene. En las comidas deben estar presentes los diferentes grupos de alimentos.

Utilizando el Pílon de la Alimentación y Nutrición, en el cual encontramos los diferentes grupos de alimentos tales como: cereales, víveres y tubérculos, frutas, verduras, y/o vegetales, pescado, carnes, vísceras, leguminosas, huevos y leche, yogur, quesos y alimentos fortificados.

Se recomienda consumir diariamente tres comidas principales y dos meriendas.

Fruta (2-4 raciones): recuerda que una ración equivale a media taza de fruta cortada, una fruta mediana (como una naranja, mandarina, guineo pequeño, una manzana) o a tres ciruelas.

Cereales/viveres/tubérculos (6-11 raciones): una ración equivale a una rebanada de pan, media taza de arroz, pasta o viveres, maicena, avena, trigo.

Lácteos (3-4 raciones): una ración es un vaso de leche, dos yogures, una lonja de queso.

Proteínas (2-3 raciones): una ración es un filete de carne roja, vísceras de pollo, de pescado, o bien, dos huevos. Las leguminosas, habichuelas, lentejas, guandules, garbanzos, maní, almendra.

Vegetales y/o Verduras (3-5 raciones): una taza de verduras crudas o media taza de verdura cocida.

Azúcar, grasas y sal yodada: la sal es necesaria para el embarazo y no debe suprimirse de la dieta. Todos deben consumirse con moderación.

Se debe evitar fumar y beber alcohol.



Signos y síntomas de alarma durante el embarazo

- Poco crecimiento abdominal
- Aumento o disminución de peso
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Sangrado o “manchado” por vía vaginal, con o sin dolor
- Salida de líquido con o sin dolor
- Aumento de secreción vaginal
- Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad
- Dolor de cabeza fuerte y continuo
- Mareos
- Zumbido de oídos
- Visión borrosa
- Dificultad para respirar
- Edema (hinchazón) exagerado de manos y cara y edema localizado por encima de la rodilla
- Fiebre
- Aumento en el número de micciones (orinar) y molestia al orinar
- Convulsiones

Revise esta lista y manténgala junto a su carnet perinatal. Ante cualquier manifestación y persistencia de las molestias, acuda a su centro de atención para que el personal médico la evalúe y la refiera si es necesario.

Signos y síntomas de alarma después del parto

- Sangrado vaginal abundante en las primeras 4 horas después del parto
- Dolor de cabeza, decaimiento, falta de apetito, mareo fácil
- Presencia de secreción vaginal fétida o purulenta
- Fiebre
- Útero que se queda grande
- Presión alta
- Presión baja
- Corazón acelerado
- Pulso débil y rápido
- Piel pálida y fría
- Dificultad respiratoria
- Convulsiones
- Tristeza durante la mayor parte del día que puede prolongarse por semanas
- Desinterés o rechazo para atender a su recién nacida/o

Signos y síntomas de alarma durante la labor de parto

- Sangrado
- Inicio del trabajo de parto antes de las 37 semanas
- Labor de parto prolongada
- Parto detenido
- Alteración de los signos vitales maternos
- Fiebre
- Convulsiones
- Salida de líquido por vagina
- Salida del cordón umbilical antes del parto
- Presentación anormal
- Piel fría, palidez, sudoración, sangrado abundante, desorientación y aceleramiento del corazón
- Período expulsivo prolongado
- Síntomas como ver estrellas, zumbido de oído y dolor de estómago
- Retención placentaria



Preparándome para el parto

Preparándome para el parto

1. Elija una de las opciones y póngalo en práctica al momento del parto.

a. Al momento de salir al hospital al parto, con quién dejarías sus otros hijos

Su madre/padre Suegra Vecina Hermana Otro, especificar: _____

b. Quién la llevaría al hospital al momento del parto?

Su pareja Hermano Vecino Compadre Otro, especificar: _____

c. En qué centro te gustaría tener tu parto?

2. Al momento del parto, los siguientes elementos serían muy importantes para mí:

- Luces tenues
- Música suave
- Usar mi propia ropa durante el trabajo de parto

3. Me gustaría que las siguientes personas estuvieran presentes durante el parto:

- Mi pareja
- Mi madre
- Mis amigos
- Algunos parientes
- Otro: _____

4. Al prepararme para el parto, preferiría:

- Utilizar/no utilizar un enema.
- Que el parto sea inducido si el mismo sobrepasara la fecha estimada.
- Que el parto sea/no sea inducido si el mismo sobrepasara la fecha estimada.

5. Durante la primera etapa del trabajo de parto:

- Me gustaría estar acompañada de mi pareja/esposo u otro familiar.
- Me gustaría comer y beber algo durante el trabajo de parto.
- Preferiría que me suministraran calmantes sólo si lo solicitara/o si no pudiera soportar los dolores.
- Preferiría que no se me realizaran exámenes internos a menos que fuera médicamente necesario para controlar la salud de mi bebé.

6. Formas en las que me gustaría controlar el dolor:

- Masajes
- Técnicas de respiración
- Hipnosis
- Relajación
- Medicación
- Distracciones
- Acupuntura

7. Segunda etapa del trabajo de parto:

- Preferiría que no me practicaran una episiotomía, sin importar que ésta sólo implicara rasgar el tejido vaginal.
- Preferiría que me practicaran una episiotomía si hubiera riesgo de rotura de tejidos.
- A menos que fuera médicamente necesario, preferiría que no me ofrecieran como opción una episiotomía.

8. Prefiero dar a luz en la siguiente posición:

- En la posición acostada semi-reclinada.
- Permanecer en posición vertical (parada).
- Recostada sobre uno de mis lados.
- En cuclillas.
- Con las manos y las rodillas apoyadas sobre una camilla.
- Deseo ser informada si voy a ser atendida por profesionales en periodo de formación.
- Deseo que se favorezca la intimidad en el proceso y que no aparezcan más personas de las necesarias.

Prefiero que:

- El número de tactos vaginales sean los mínimos necesarios para valorar la evolución del parto.
- No me administren un enema y no se me rasure el periné.
- Me permitan adoptar la posición que desee (acostada, sentada, libre deambulación...)
- Me atienda el mismo personal de salud.
- Me permitan ingerir agua o líquidos claros si el parto progresa adecuadamente.
- No deseo que se me canalice una vena.
- Se me favorezca la micción espontánea (el sondaje vesical, sólo si fuera estrictamente necesario).
- Que no me dirijan los pujos, prefiero pujar de forma espontánea.
- Que no se me haga una episiotomía si no es absolutamente necesario.
- Tener a mi bebé contacto piel con piel inmediatamente.
- Que no se le corte el cordón umbilical hasta que deje de latir.
- No se estimule el parto con oxitocina si éste progresa adecuadamente.
- No me gustaría que me rompieran la bolsa de aguas (amniotomía) salvo en caso estrictamente necesario.
- En caso de que necesite algún medicamento, quiero que se me informe y se me consulte previamente.
- Poder vestir mis propias ropas y no las del hospital.

- Poder utilizar una pelota tipo birth-ball (podría aportarla).
- Escuchar música (puedo aportarla).
- No se me coloque una Vía Externa preventivamente.
- Se realicen monitoreos electrónicos continuos. Usar únicamente el estetoscopio fetal o Corneta de Pinnard para monitorear la frecuencia cardíaca fetal de manera intermitente.
- No se rompan las membranas artificialmente para acelerar el trabajo de parto.
- No se limiten mis movimientos.
- No se realice dilatación manual del cuello del útero.
- No se realice masaje ni estiramiento del periné.
- No se me extraiga manualmente la placenta, esperar el tiempo necesario para que sea expulsada naturalmente.

9. A continuación paso a enumerar las condiciones en que deseo transcurra mi trabajo de parto, nacimiento y postparto:

1. Deseo ante todo que se respete mi integridad física y que se contemple mi necesidad de intimidad y mi pudor.
2. Deseo no ser considerada una enferma. Un parto y un nacimiento son procesos fisiológicos para los que los seres humanos estamos capacitados innatamente.
3. Deseo estar acompañada por una persona de mis afectos, en este caso mi esposo o mi madre o una amiga (si ya sabemos quien es lo aclaramos), en todo momento y que ésta no sea demorada y separada de mí para realizar trámites de ingreso u otros requerimientos. Por lo que solicito que los mismos se realicen con anterioridad.
4. Desde el momento de mi ingreso hasta el alta, solicito ser atendida y/o examinada únicamente por un mismo personal de salud mientras dure su servicio. No quiero ser objeto de estudio de practicante alguno sin mi consentimiento (para Hospital Público o Clínica Privada con Sistema Cerrado).

10. En todo momento deseo que:

- Se facilite mi participación activa como protagonista de mi parto y de mi acompañante.
- Elegir libremente cómo transitar el trabajo de parto: caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, etc.
- Se respete la posición que elija durante el trabajo de parto y el parto sin que se me imponga una postura determinada en la dilatación o en el expulsivo.
- Poder expresar libremente mis emociones: jadeando, llorando, gritando, riendo, cantando, etc.
- Utilizar métodos no farmacológicos de alivio del dolor como: masajes, relajación, respiración, acupuntura, etc.
- Que se respete el tiempo que necesito para parir y de mi hijo para nacer, incluido si preciso una pausa entre dilatación y expulsivo (o si éste dura más de 1 hora).
- El ambiente en sala de partos de intimidad, silencio y respeto, por lo que sólo deseamos que ingresen los profesionales estrictamente necesarios, que la luz sea tenue, que la temperatura sea la adecuada para recibir a mi hijo (mayor a 26 grados), poner música si lo deseo, utilizar aromaterapia si lo deseo, etc.; y que se eviten todo tipo de interferencias visuales, auditivas o burocráticas respetando mi estado de conciencia.

11. Respecto a la llegada de nuestro/a hijo /a a este mundo deseamos que:

- Se respete su tiempo para nacer y su capacidad de rotar y salir por sí mismo.
- Una vez nacido se lo coloque inmediatamente encima de mí, se le seque y se nos cubra a ambos con una toalla limpia y seca o manta para que no pierda calor.
- El cordón umbilical sea cortado por el acompañante o el prestador del parto cuando éste haya cesado de latir.
- Que el niño/niña no sea apartado de nosotros en ningún momento. Los controles se podrán realizar con el bebé encima de mi pecho.
- No se le realice aspiración de la vía aérea ni exploraciones esofágicas ni rectales mediante la introducción de sondas.
- Que se realice profilaxis de los ojos con un ungüento oftálmico de oxitetraciclina al 1%.
- Que al niño/niña le sea suministrada la vitamina K intramuscular.
- No se le administre vacuna alguna sin previa autorización y sin nuestro consentimiento.
- Sea pesado y medido horas después del nacimiento siempre con nosotros presentes.

- No reciba suministro alguno de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetetas o chupetes.
- Que se respete su tiempo para iniciar la lactancia naturalmente
- En caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial por alguna complicación o enfermedad, nuestro hijo/a estará las 24 horas con alguno de nosotros dos. Sea cual fuere el procedimiento que deban realizarle, se lo alimentará únicamente con leche materna.
- Si por algún motivo mi hijo/a debiera necesitar tiempo en incubadora deseamos utilizar el método "mamá canguro" y no la incubadora.
- Sea identificado únicamente con las pulseras, pues en ningún momento se separará de su familia.

12. Durante mi estadía en la institución deseo que se respete nuestra intimidad y necesidad de descanso.

13. Atención al recién nacido

En la primera atención al recién nacido deseo:

- Que no le aspiren las mucosidades si el inicio de la respiración es espontáneo, y no le introduzcan sondas rectales o lavados gástricos si no es necesario.
- Que se nos favorezca el contacto precoz piel con piel.
- Darle el pecho en la misma sala de partos.
- Que no se nos separe, salvo en caso de extrema necesidad.
- No deseamos su ingreso de rutina en una sala de recién nacidos.
- No se administre al bebé alimento ni biberón alguno (leche o suero glucosado), sin mi consentimiento.

14. Luego del parto deseo que se realice lo siguiente:

- Me gustaría cortar el cordón umbilical.
- Me gustaría preservar células sanguíneas del cordón umbilical.
- Me gustaría tener privacidad.
- Si mi bebé recién nacido no quisiera o no pudiera estar conmigo, desearía que mi pareja se encargara de él/ de ella.

Importancia de la lactancia materna

Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, mejoraría sus condiciones actuales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria.



El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo. La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

Ventajas para la mujer

- Disminuye la hemorragia postparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.
- Pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente.
- Tienen menor riesgo de presión alta.
- Tienen menos probabilidades de sufrir de depresión.
- Disminuye el riesgo de tener osteoporosis en un futuro.

Ventajas para la familia

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros, biberón, agua y gas de cocinar.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

Ventajas para el país

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.

Importancia de la planificación familiar

La planificación familiar es una necesidad personal y social. Uno de los elementos fundamentales para mantener una sociedad emocional y sexualmente sana, es evitar los embarazos no deseados y todas sus consecuencias: el aborto clandestino, la mortalidad materna, infantil, el abandono, la paternidad irresponsable o la crianza de esos niños desde el resentimiento y la impotencia.

Toda mujer tiene derecho a usar un método de planificación familiar, con información necesaria, que puedes obtener gratuitamente en los establecimientos de salud.

Panel fotográfico





Declaratoria de Autenticidad de los Asesores

Nosotros, MERINO FLORES IRENE, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesores de Tesis titulada: "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PROTOCOLOS PARA PREVENIR LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL GUAYAS, 2023", cuyo autor es QUITO ESTEVES ARLETTE CAMILA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

Hemos revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 02 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MERINO FLORES IRENE DNI: 40918909 ORCID: 0000-0003-3026-5766	Firmado electrónicamente por: IMERINOF el 07-08-2023 17:33:50
VELEZ SANCARRANCO MIGUEL ALBERTO DNI: 09862773 ORCID: 0000-0001-9564-6936	Firmado electrónicamente por: MVELEZS el 07-08-2023 17:05:47

Código documento Trilce: TRI - 0637312