



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TEMA:

**LAS TRES DEMORAS EN SALUD QUE LLEVAN A COMPLICACIONES
OBSTETRICAS EN EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD MAYOR
FLORES DE OCTUBRE 2019 A MARZO DEL 2020**

AUTOR: INGRID ANDREINA TORRES CHÁVEZ

DIRECTORA TFM:

MSc. LORENA RAMIREZ MORÁN

MILAGRO, NOVIEMBRE, 2021

ECUADOR

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la Srta. **INGRID ANDREINA TORRES CHÁVEZ** para optar por el título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA** y acepto tuturar la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación,

Milagro, a los 22 días del mes de noviembre del 2021.

- 

MSc. Lorena Ramírez Moran
CI.: 0916467962

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Comité Académico del programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 22 días del mes de noviembre del 2021.



Ingrid Andreina Torres Chávez

CI: 1206604512

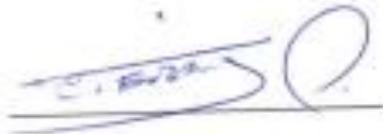
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR, previo a la obtención del título de **MAGISTER EN SALUD PÚBLICA** otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	(57,66)
DEFENSA ORAL	(38)
TOTAL	(95,66)
EQUIVALENTE	(MUY BUENO)


MSc. Katuska Mederos Mollineda
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL


MCs. Lorena Ramírez Morán
DIRECTORA TFM


MCs. Carlos Terán Puente
SECRETARIO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis Padres, que son un pilar fundamental en mi vida, quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con ideales.

A mi persona especial que, siendo la mayor motivación en mi vida encaminada al éxito, fue el ingrediente perfecto para poder lograr alcanzar esta dichosa y muy merecida victoria en la vida, el poder haber culminado esta tesis con éxito, y poder disfrutar del privilegio de ser agradecido, ser grato con esa persona que se preocupó por mí en cada momento y que siempre quiso lo mejor para mi porvenir.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen la Universidad Estatal de Milagro, por confiar en mí, abrimme las puertas y permitirme realizar este estudio de cuarto nivel.

De igual manera mis agradecimientos al Departamento de Investigación y Posgrado quienes con sus docentes calificados me guiaron por un camino lleno de experiencias y excelencias para culminar la Maestría en Salud Pública.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejo, PhD.

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer la entrega de la Cesión de Derecho de Autora del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue **LAS TRES DEMORAS EN SALUD QUE LLEVAN A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD MAYOR FLORES DE OCTUBRE 2019 A MARZO DEL 2020** y que corresponde a La **DIRECCION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**.

Milagro, a los 22 días del mes de noviembre del 2021.



Ingrid Andreina Torres Chávez

CI: 1206604512

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vii
ÍNDICE DE CUADROS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO 1	4
EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1 Problematización.....	4
1.1.2 Delimitación del problema	6
1.1.3 Formulación del problema	6
1.2. OBJETIVOS.....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II	10
MARCO REFERENCIAL.....	10
2.1 MARCO TEÓRICO	10
2.2 MARCO LEGAL	25
2.4. Declaración de Variables.....	29
2.4.1. Operacionalización de las Variables.....	30
CAPÍTULO III	35

MARCO METODOLÓGICO	35
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA.....	35
3.2.1 Características de la población	35
3.2.2 Delimitación de la población.....	35
3.2.3 Tipo de muestra	35
3.2.4 Tamaño de la muestra.....	36
3.2.5 Proceso de selección	36
3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	36
3.3.1 Métodos teóricos	36
3.3.2 Métodos empíricos	36
3.3.3 Técnicas e instrumentos.....	36
3.4 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.	37
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
CAPITULO IV.....	38
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	38
4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	58
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES	61
CAPÍTULO V	62
TALLER PREVENTIVO	65
CONSIDERACIONES DE EMBARAZO RIESGOSO.....	65
Riesgo bajo.....	65
Controles generales en gestaciones de alto riesgo	67
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	76

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.- Estado civil.....	38
Cuadro 2.- Personas habitan en el domicilio.	39
Cuadro 3.- Personas que trabajan en el hogar.....	40
Cuadro 4.- Centro de salud cercano.....	41
Cuadro 5.- Transporte público para búsqueda de atención médica.	42
Cuadro 6.- Cobertura de salud.	43
Cuadro 7.- Talento humano capacitado en el establecimiento de salud.....	44
Cuadro 8.- Atención de salud no inmediata.....	45
Cuadro 9.- Atención inmediata en el centro médico.	46
Cuadro 10.- Dificultad a la hora de conseguir cita médica.....	47
Cuadro 11.- Percepción del centro médico.....	48
Cuadro 12.- Consideraciones sobre el número de visitas médicas en el embarazo.	49
Cuadro 13.- Horas de atención del Centro de Salud.	50
Cuadro 14.- Tiempo de embarazo para buscar atención médica.	51
Cuadro 15.- Presencia de enfermedades relacionadas con el embarazo.	52
Cuadro 16.- Necesidad de hospitalización por complicaciones.	53
Cuadro 17.- Controles prenatales.....	54
Cuadro 18.- Conocimiento de los signos de alarma en el embarazo.....	55
Cuadro 19.- Importancia de los controles prenatales.	56
Cuadro 20.- Enfermedades durante la gestación.	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Estado civil.....	38
Gráfico 2.- Personas habitan en el domicilio.	39
Gráfico 3.- Personas que trabajan en el hogar.	40
Gráfico 4.- Centro de salud cercano.....	41
Gráfico 5.- Transporte público para búsqueda de atención médica.	42
Gráfico 6.- Cobertura de salud.	43
Gráfico 7.- Talento humano capacitado en el establecimiento de salud.....	44
Gráfico 8.- Atención de salud no inmediata.....	45
Gráfico 9.- Atención inmediata en el centro médico.	46
Gráfico 10.- Dificultad a la hora de conseguir cita médica.....	47
Gráfico 11.- Percepción del centro médico.....	48
Gráfico 12.- Consideraciones sobre el número de visitas médicas en el embarazo. 49	
Gráfico 13.- Horas de atención del Centro de Salud.	50
Gráfico 14.- Tiempo de embarazo para buscar atención médica.	51
Gráfico 15.- Presencia de enfermedades relacionadas con el embarazo.	52
Gráfico 16.- Necesidad de hospitalización por complicaciones.....	53
Gráfico 17.- Controles prenatales.....	54
Gráfico 18.- Conocimiento de los signos de alarma en el embarazo.....	55
Gráfico 19.- Importancia de los controles prenatales.	56
Gráfico 20.- Enfermedades durante la gestación.	57

RESUMEN

Las tres demoras en salud, en el Ecuador se constituyen por ser uno de los principales problemas en cuanto a la atención en gestantes, el índice de muertes maternas, entre el año 2020 al 2021 está en aumento, situación por la que se motivó a realizar el presente estudio. Con el propósito de determinar las tres demoras en salud que llevan a complicaciones Obstétricas en Embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores de octubre 2019 a marzo del 2020, se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal, para analizar el problema de las gestantes. Quedando validado el instrumento de investigación por expertos, obteniendo una calificación de "Muy Confiable". Se encontró que dentro de las demoras principalmente se refieren a que la atención médica no se la proporciona de forma inmediata, también indicaron las gestantes, que no la percepción en cuanto al talento humano capacitado, en su mayoría indica que no es el adecuado, también indicaron que los médicos no se encuentran disponibles cuando requieren ayuda. Finalmente aportaron que una de sus limitaciones para la búsqueda de ayuda en los centros de salud, es la movilización, no cuentan con centros cercanos, también acotaron que la entidad sanitaria no tiene los insumos y la maquinaria adecuada para la ayuda necesaria en caso de una emergencia.

Palabras claves: demoras en salud, gestantes, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

The three delays in health, in Ecuador are constituted by being one of the main problems in terms of care for pregnant women, the rate of maternal deaths, between 2020 and 2021 is on the rise, a situation for which it was motivated to carry out the present study. In order to determine the three health delays that lead to obstetric complications in pregnant women at the Centro de Salud Mayor Flores from October 2019 to March 2020, a study with a quantitative, descriptive, observational cross-sectional approach was carried out to analyze the problem of pregnant women. The research instrument being validated by experts, obtaining a rating of "Very Reliable". It was found that within the delays they mainly refer to the fact that medical attention is not provided immediately, the pregnant women also indicated that not the perception of trained human talent, mostly indicates that it is not adequate, also indicated that doctors are not available when they need help. Finally, they contributed that one of their limitations for seeking help in health centers is mobilization, they do not have nearby centers, they also noted that the health entity does not have the supplies and adequate machinery for the necessary help in the event of a disease. emergency.

Key words: delays in health, pregnant women, obstetric complications.

INTRODUCCION

El embarazo es una época llena de emoción y ansiedad. La verdad sobre una mujer embarazada es que su comportamiento puede afectar su embarazo y su feto, por lo que necesita saber qué hacer y qué no hacer para minimizar los riesgos y maximizar los resultados. La mayoría de los embarazos son seguros y naturales. Sin embargo, en algunos casos, pueden ocurrir problemas que son tan leves o tan graves que pueden acabar con la vida de la madre o el niño. Es por ello que este paso requiere una especial responsabilidad y un estricto control, para buscar lo antes posible cualquier anomalía que aparezca durante esta etapa, e intervenir para corregir las anomalías y lograr un feliz nacimiento.

El Ministerio de Salud y Reglamentación Sanitaria del Ministerio de Salud implementó el "Certificado de la Organización de Salud Materno-infantil" (ESAMyN) para reducir la mortalidad y morbilidad en gestantes y lactantes mediante los siguientes métodos: Protección y promoción de la lactancia materna. La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobados por la comunidad internacional en 2000. Con respecto al quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, los países se han comprometido a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la tasa de mortalidad materna ha disminuido el 47%.

En Ecuador, se ha propuesto un modelo para diseñar y evaluar programas para reducir la muerte y discapacidad maternas basado en cadenas causales que vinculan la mortalidad materna con las actividades del programa. El formulario de "tres plazos" deja en claro que la decisión de buscar ayuda es el primer paso a tomar si una mujer con complicaciones desea atención obstétrica urgente. Después de decidir buscar ayuda, la embarazada debe acudir al centro médico donde se encuentra la emergencia obstétrica.

La atención de la salud materno - infantil es una de las principales prioridades del Ministerio de Salud. Su principal objetivo es prevenir las complicaciones del embarazo a partir de un diagnóstico y manejo oportunos, que incluyen: seguimiento efectivo del proceso, visitas domiciliarias, pruebas y evidencia científica sobre el procedimiento, participación plena de las usuarias y atención en todos los niveles. Para la detección de complicaciones de gestantes en la

oficina del Alcalde del Centro Médico, Flores, ubicado en la Diócesis de Tenguel en Guayaquil, durante el período 2019-2020.

El aporte real de esta investigación ayudará a brindar la información recopilada y ayudará a promover la realidad de las muertes maternas y las causas de tres retrasos en la salud pública. La mortalidad materna se considera un importante problema de salud pública y un indicador de la salud de la población, y los esfuerzos locales y globales apuntan a reducirla como medida prioritaria.

Este estudio es original porque destaca la importancia de considerar los tres retrasos que conducen a la muerte materna. Es un tema de importancia mundial. La mortalidad materna por complicaciones de los procesos fisiológicos solo refleja la desigualdad y la falta de consideración hacia las mujeres, existe un sistema de información que ayuda en la toma de decisiones oportuna, pero no se utiliza en su totalidad. Si bien Ecuador ha realizado muchos esfuerzos en este sentido, la tasa de mortalidad materna no ha disminuido.

El país cuenta con muy poca investigación sobre los temas de la encuesta. Por lo tanto, el propósito de la investigación es brindar información y conocimientos destinados a mejorar el monitoreo de la mortalidad materna, incluida la información necesaria para la epidemiología clave, a fin de diseñar una estrategia integral para reducir este incidente.

Este estudio tiene como objetivo identificar algunas de las razones del retraso que enfrentan las mujeres con complicaciones obstétricas y construir un método cuantitativo para describir y analizar los resultados de la encuesta a aplicar en el tiempo. Dado que los datos se refieren al período de tiempo determinado por la autora, según salud La oficina central revisó los expedientes de las embarazadas de manera actualizada a través de la lista proporcionada en la base de datos. Utilice métodos descriptivos para guiar la investigación.

En el primer capítulo se incluye la problemática, con las preguntas que responden la sistematización, los objetivos que serán encaminados a establecer un análisis de las tres demoras en salud pública que conllevan a complicaciones

maternas y también la justificación que resalta los beneficiarios del estudio que en este caso serían las mujeres en proceso de gestación.

establece el marco teórico, establece las bases teóricas de la investigación y establece la literatura que sustenta la interpretación del contenido de la investigación de manera convincente y científica. Es importante explicar primero los antecedentes históricos, los antecedentes de referencia y el marco legal que respalda la investigación.

En el tercer capítulo el método, el diseño y el tipo de investigación se presentan en detalle. Se utiliza para obtener la información necesaria para caracterizar completamente el proceso de muerte materna utilizando parámetros establecidos. En esta sección, también es importante describir las técnicas y herramientas utilizadas para la recopilación de datos y el proceso de análisis.

El cuarto capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio, en base a los objetivos propuestos.

En el quinto capítulo se elabora una propuesta de solución, se elaboran las conclusiones extraídas de la investigación y se hacen ciertas recomendaciones que ayuden en la búsqueda de alternativas para resolver el problema del tema que se analiza.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematicación

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, se estima que 342,900 mujeres murieron por complicaciones del embarazo y el parto en 2018; más del 50% ocurrió en países asiáticos y africanos. Las complicaciones más comunes del embarazo, el parto y el puerperio son la preeclampsia-eclampsia, el sangrado y la sepsis; su frecuencia varía de un país a otro. (OMS, 2019)

A nivel de América Latina, en México, según el último informe emitido por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, hay 1.268 muertes maternas. Evidencia reciente indica que, aunque reducido, todavía ocurre en poblaciones marginadas sin un control prenatal adecuado; Al igual que en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, la tasa de mortalidad materna se considera muy baja, con 30 muertes maternas en 10 años. (Carchi, 2015)

Las muertes por complicaciones obstétricas están relacionadas con la forma en que las mujeres responden a las señales de advertencia de un accidente cerebrovascular y cómo los servicios de salud responden a la atención y el tratamiento oportunos para las complicaciones. En otras palabras, la muerte materna no se debe al azar sino a varios factores. Cuando estos factores se combinan, forman retrasos fatales o cadenas de retrasos, evitando riesgos de embarazo y limitando el acceso a servicios de salud de calidad. Son las probabilidades y, por lo tanto, la falta de atención oportuna, lo que conduce a complicaciones que conducen a la muerte (INEC, 2018).

Desde que Tahdeus y Mayne describieron la primera evidencia de retraso en 1993, se han realizado investigaciones para analizarlo a través de modelos basados en cómo la mujer, su familia y los servicios médicos responden a las complicaciones. El reconocimiento de la enfermedad puede verse influido por factores como la propagación de la enfermedad. En un estudio de mujeres embarazadas en Senegal, el 13% dijo que la fiebre, la palidez y los mareos eran

signos normales de embarazo, ya que estas afecciones eran comunes entre las mujeres embarazadas de la región. En Argentina, el 79% de las muertes maternas estudiadas tardaron en reconocer las señales de alerta de complicaciones (Durán, 2017)

En Ecuador, el principal factor de muerte materna es la falta de atención del parto y el parto en el hogar por parte de no profesionales que puedan dar vida al feto y cuidar la salud de la madre. Las mujeres continúan muriendo por las mismas razones, lo que muestra que no se ha avanzado en la erradicación de este problema de salud pública (Ministerio de Salud Pública, 2019).

En nuestro país, existen diferencias innecesarias entre mujeres y hombres, lo que se traduce en un acceso desigual a las condiciones de vida y los servicios, lo que les permite mantenerse saludables sin enfermarse, incapacitarse ni morir. Esta desigualdad de género en la salud es más pronunciada en áreas marginadas, donde hay falta de acceso a bienes y servicios, falta de actividades bien remuneradas y falta de decisiones de autocuidado de las mujeres. Conducir al atraso social (Rodríguez, 2020)

Estos tres modelos diferidos nos permiten analizar las condiciones que conducen a retrasos en la atención y complicaciones y predominio de muertes maternas; estas pueden depender del individuo, la capacidad y oportunidad de la mujer y su entorno para identificar complicaciones potencialmente mortales, y se relaciona con movilizar a pacientes de lugares alejados de los centros de salud y la atención que reciben en el sistema público de salud. Si bien los esfuerzos del país y las medidas globales apuntan a reducir la mortalidad materna, esto no resuelve el problema (Ramírez, 2017).

Es por esto que el estudio nos permitirá determinar cuál de estos tres retrasos interferirá con la aparición de complicaciones en la gestante, lo que ocurrió en aproximadamente el 36% de las 79 mujeres del Centro de Salud de la Mayor Flores. Entre ellas, las complicaciones más evidentes son, por ejemplo, diabetes gestacional, placenta previa, anemia, hipertensión arterial, preeclampsia, embarazo ectópico, aborto espontáneo, etc., que afectarán las muertes

maternas de grupos vulnerables, proporcionando así futuras investigaciones proporcionar datos.

1.1.2 Delimitación del problema

Línea de investigación: Salud pública y bienestar humano Integral

Sub-línea de investigación: Salud reproductiva

Objeto de estudio: Las tres demoras en salud

Unidad de observación: Las mujeres gestantes

Tiempo: octubre 2019 – Marzo del 2020

Espacio: Centro de Salud Mayor Flores

1.1.3 Formulación del problema

“¿Cuáles de las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores de octubre 2019 a marzo del 2020?”

1.1.4. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el contexto en el que viven las mujeres embarazadas?

¿Cuál es la capacidad de acceder al sistema de salud?

¿Cuáles son las complicaciones que sufren durante el embarazo?

¿Qué estrategia se implementaría para la prevención de complicaciones en futuras embarazadas?

1.1.5. DETERMINACIÓN DEL TEMA

Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas del Centro De Salud Mayor Flores de octubre 2019 a marzo del 2020.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos General

“Determinar las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores de octubre 2019 a marzo del 2020”.

1.2.2. Objetivos específicos

Identificar el contexto en el que se desenvuelven las mujeres embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores.

Verificar la capacidad de acceder al sistema de salud de las mujeres embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores.

Identificar las complicaciones que sufren las mujeres embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores.

Proponer un taller preventivo dirigido al personal médico – enfermero como estrategia para la prevención de complicaciones en futuras embarazadas.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico, el cuidado de una mujer embarazada debe basarse en asumir la responsabilidad del normal desarrollo del feto, utilizando técnicas adecuadas y reconociendo el importante papel de la propia mujer en la toma de las medidas necesarias que pueden influir en su decisión.

Debido al impacto e importancia que tiene el presente tema, se pensó en investigar las complicaciones en embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores en el año 2019-2020, para así poder reducir los riesgos en las embarazadas. El respeto a la historia natural del embarazo debe orientar toda la atención médica y cualquier intervención solo debe realizarse cuando muestre efectos beneficiosos y satisfaga las necesidades y deseos de cada mujer.

La relevancia del tema radica en la importancia que se debe tomar en cuenta, relacionado a las directrices La Organización Mundial de la Salud recomienda

una atención precoz, rutinaria e integral del embarazo, que reduce significativamente el riesgo de complicaciones y muerte durante el embarazo y el período perinatal; También fomenta el cuidado adecuado durante el parto. Por otro lado, garantiza a las madres y a sus bebés buenas condiciones de salud en el posparto inmediato y reduce la tasa de malformaciones congénitas. Según la Organización Mundial de la Salud, la mejor atención prenatal para embarazos de bajo riesgo incluye al menos cinco visitas de profesionales médicos calificados. El principal objetivo determinar las complicaciones en embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores en el año 2019-2020 y tomar correctivos en disminuir riesgos y complicaciones.

Un embarazo saludable comienza antes de que quede embarazada. En realidad, comienza mucho antes de que incluso piense en la maternidad. Tomarse un tiempo para averiguar lo que puede hacer para que los futuros embarazos sean planeados y saludables. Todas las mujeres pueden beneficiarse de un poco de planificación básica antes del embarazo.

Las complicaciones del embarazo son problemas de salud que aparecen durante el embarazo. Puede afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo, lo que puede provocar complicaciones. Pueden surgir otros problemas durante el embarazo. Ya sea que las complicaciones sean frecuentes o raras, existen formas de tratar los problemas que surgen durante el embarazo.

Las contribuciones reales se centran en recomendar y destacar la importancia de exámenes médicos y pruebas de diagnóstico adecuados para ayudar a mantener la salud de las mujeres y los niños durante el embarazo. Esto se llama atención prenatal e incluye capacitación y asesoramiento sobre cómo manejar los diferentes aspectos del embarazo. Durante su visita, su médico puede discutir una variedad de temas, como alimentación saludable y actividad física, pruebas que pueda necesitar y qué esperar durante el período de transición.

Un embarazo que es más susceptible a alteraciones se denomina "de alto riesgo". Pero esto no significa necesariamente que haya un problema. Los siguientes factores aumentan su riesgo de tener problemas durante el embarazo:

ser muy joven o mayor de 35 años, tener sobrepeso o bajo peso, problemas en un embarazo anterior o ciertos problemas de salud antes del embarazo, como presión arterial alta, diabetes y enfermedades autoinmunes, cáncer, Gemelos con VIH u otras afecciones de nacimiento múltiple.

Existen algunos problemas de salud que pueden manifestarse durante el embarazo y convertirlo en un riesgo elevado, como la diabetes gestacional o la preeclampsia. Por las razones anteriores, las mujeres embarazadas necesitan atención prenatal, que generalmente es formulada por los médicos y obstetras del Centro de Salud de Flores, y en algunos casos necesitan recibir médicos especialmente capacitados de unidades más complejas.

Las beneficiarias directas de la presente investigación serán las mujeres en estado de gestación que acuden al Centro de Salud Mayor Flores, se pretende conocer algunos parámetros que contribuyen a las complicaciones; se desea involucrar a los actores principales, esto es a las embarazadas, la Dirección del Centro de Salud Mayor Flores junto al equipo de Obstetras con la finalidad de disminuir las complicaciones y riesgos que ponen en peligro la vida de la madre y el feto.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes Históricos

Desde la antigüedad, la tasa de mortalidad materna ha ido en aumento. Alrededor de 830 mujeres en todo el mundo mueren todos los días debido a complicaciones del embarazo o el parto. En 2015, aproximadamente 303.000 mujeres registraron sus muertes durante o después del embarazo, el parto y estas muertes ocurrieron. En los países de bajos ingresos, la mayoría de estos se pueden prevenir (OMS, 2019)

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud considera que estas muertes se pueden prevenir. Entre los objetivos adoptados por los países para reducir la mortalidad materna, el programa se conoce como los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Global para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. El objetivo es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, asegurando que no haya una tasa de mortalidad materna en ningún país (OMS, 2019).

El elevado número de muertes maternas en muchas partes del mundo refleja las preocupaciones de la gente sobre el acceso a los servicios de salud y la gran brecha entre ricos y pobres. Aproximadamente el 99% de las muertes maternas corresponden a países en desarrollo. Más de la mitad de ellos están en África y alrededor de un tercio en el sur de Asia, por lo que más de la mitad de las muertes ocurren en países con entornos frágiles y crisis humanitarias (Mera-Mamián, 2019).

Los adolescentes menores de 15 años tienen el mayor riesgo de muerte, que es la principal causa las complicaciones del embarazo y el parto entre los adolescentes de los países en desarrollo. Las mujeres en los países en desarrollo tienen más embarazos que los países desarrollados, por lo que el riesgo de mortalidad materna es mayor.

2.1.2 Antecedentes Referenciales

De acuerdo a la OMS, explica que, a nivel mundial, Aunque el embarazo y el parto no son satisfactorios, todavía hay mujeres que pierden la vida por estos motivos, con mayor frecuencia que en los países industrializados y más educados. El 85% de las muertes son evitables, pero la falta de saneamiento, la pobreza, la desnutrición y el desconocimiento siguen siendo factores que aumentan la mortalidad materna. Por esta razón, la mortalidad materna se considera directa o indirecta desde el punto de vista obstétrico desde el punto de vista médico (Atencia, 2021)

En las zonas rurales de América Latina, la mortalidad materna es un problema de salud pública particularmente grave. La hemorragia posparto, la preeclampsia y los problemas del parto fetal se encuentran entre las principales causas de muerte materna. Para determinar la causa de esta enfermedad generalizada en esta familia, se consideraron varios procedimientos efectivos y seguros.

En Colombia, la causa de la mortalidad materna es que las mujeres de las zonas rurales no tienen acceso a este servicio por diversas razones (razones económicas, ubicación geográfica, entorno sociocultural), entre las que se encuentra la mala conexión de salud (López, 2018).

En Perú, el autor (Ramírez, 2017) en el marco conceptual del análisis de los determinantes de la mortalidad materna, primero se asume que las muertes son causadas por un conjunto específico de eventos: embarazo, ciertas complicaciones relacionadas con el embarazo y muerte por accidente. En respuesta a estos tres eventos, se han propuesto cuatro categorías de determinantes de la mortalidad materna: comportamiento sexual y reproductivo, estado de salud de la mujer, acceso a los servicios de salud y otros factores desconocidos. Las primeras tres partes se pueden dividir en diferentes componentes.

El autor Juan Granda realizó una investigación donde determino la muerte materna en el cantón Ibarra, el objetivo del investigador era indagar sobre el problema de la mortalidad materna, la inquietud es la falta de atención a la que deben estar sometidas las mujeres embarazadas para evitar la muerte de la

mujer. En el Ecuador la falta de decisiones en los procesos de salud pública contribuye a la muerte materna, las herramientas del MSP para reducir la mortalidad es evaluar la eficacia y efectividad del sistema de salud, el cual mostro irregularidades en la asistencia sanitaria, la cobertura de salud, y el acceso a la asistencia médica (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Es probable que el examen de los tres dominios de la decisión social en la mortalidad materna explique los resultados del desempeño de este evento para trabajar de manera más efectiva en la sociedad con las estrategias de la industria para intervenir y prevenir este evento. Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por mortalidad materna la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o 6 semanas después del parto (posparto). Aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto (Sachun, 2019).

Por otro lado, los autores Karina Olmos y Juan Sánchez realizaron una encuesta sobre la frecuencia de muertes maternas con base en tres retrasos de enfermería en los 6 distritos de Ecuador entre 2012 y 2015. La conclusión es que la principal causa de muerte materna es la falta de atención. durante el parto y mencionó que el 9% de las estadísticas no revela la realidad en todas las provincias del Ecuador.

De 2015 a 2020, el distrito 6 registró 49 muertes maternas, la edad promedio fue de 27 años, la más baja fue de 15 años y la más alta fue de 46 años. El subgrupo de edad de 20 a 34 años es el más afectado. El 53,1% de las madres tenía educación primaria y el 36,7% tenía educación secundaria. El 79,6% de las madres están casadas. El 79,6% están registrados como mestizos. 85,7% vive en zonas rurales (Sulca, 2017)

El autor Juan Durán, en el año 2017 realizó una investigación sobre las causas de mortalidad materna en el estado de gestación, parto y post-parto en el Ecuador del año 2010 al 2018, la investigación le permitió profundizar las causas de mortalidad materna en el Ecuador, el tiempo en el que se efectuaron, el lugar donde fallecieron, la edad que tenía la madre y diferentes tipos de indicadores sociodemográficos.

Dentro de las causas que encuentro el autor son las enfermedades obstétricas, como las hemorragias después del parto, la eclampsia, el poco acceso que tienen las mujeres para asistir a un establecimiento de salud pública por lo general en las áreas rurales del Ecuador, por medio de la investigación los grupos indígenas son los más afectados ya que al vivir en el sector rural, estas toman la decisión de dar a luz en sus hogares. (Durán, 2017)

Teoría Social y las muertes maternas

Una buena reputación puede hacer que los motivos y las necesidades de los movimientos sociales sean aceptables para la sociedad y el público. El eje central del movimiento internacional, la mortalidad materna, responde a una estrategia de expresión conflictiva que viola dos normas y valores ampliamente aceptados en la sociedad peruana: la protección a la vida y el respeto a la maternidad y la muerte. Utilizando estos dos valores sociales, las feministas han logrado llevar las perspectivas de las mujeres sobre temas de salud a la esfera pública, demostrando que las desigualdades de género que afectan la mortalidad materna son insignificantes en consonancia con los planes y políticas nacionales de desarrollo (Arcos & Añamisa, 2020).

Para atraer la atención del público y movilizarlo en los movimientos sociales, según Snow y Benford (1992), se deben formular tres tipos de marcos explicativos para construir sus argumentos y acompañar el proceso de movilización: Marco diagnóstico (señalar a El problema debe ser resuelto), el marco predictivo (para averiguar la causa del problema) y el marco de motivación (para proponer una solución y determinar el responsable) (Pérez & Delgado, 2019).

En primer lugar, las estadísticas citadas por las feministas peruanas muestran que este tema es generalmente ignorado por la sociedad: en el continente americano, año tras año, cerca de 40.000 mujeres murieron por embarazo o parto, incluso en la década de los 90 mediante una operación simple y de bajo costo que se puede evitar. 95% de las muertes. Con este y otros datos empíricos, hicieron un llamado a la ciudadanía a ser consciente de la gravedad del problema. Por otro lado, enfatiza que las mujeres deben poner en riesgo su vida

cuando realizan sus funciones reproductivas, su rol de madres y los roles que la sociedad espera que desempeñen (Cabrera, 2020).

El tema de la mortalidad materna, en base al respeto a la vida y a la madre, resalta la contradicción entre dos valores respetados (la vida y la maternidad), que se reflejan en la realidad social y evalúan la conciencia social consciente y la responsabilidad del Estado. antes de. problemas que encuentre. Las mujeres realizan su función reproductiva.

2.1.3 Fundamentación

La maternidad

Definición

“La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas”. (OMS, 2019)

Aunque el embarazo y el parto no son patológicos, todavía hay mujeres que pierden la vida por estos motivos, con mucha más frecuencia que en los países más educados e industrializados. El 85% de las muertes son evitables, pero el saneamiento deficiente, la pobreza, la desnutrición y el desconocimiento siguen siendo factores que aumentan la alta tasa de mortalidad materna, por lo que, desde el punto de vista médico, las muertes maternas son el resultado de complicaciones obstétricas directas o indirectas (Jave, 2019).

No fue hasta mediados de la década de 1980 que la mortalidad materna (MM) comenzó a desempeñar un papel de liderazgo en la investigación, las causas y los efectos secundarios en el entorno del hogar, sino que más bien jugó un papel más importante en las políticas, para mantener a su familia a salvo. (OMS, 2019)

A nivel mundial, uno de los objetivos de los estados miembros de la ONU es reducir la mortalidad materna, que es parte del Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que recomienda mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna. Recuerde el papel de la sociedad patriarcal. La mayoría de

las mujeres de los países en desarrollo viven en esta sociedad. Las mujeres juegan un papel estricto en la sociedad, dejándolas sin más remedio que convertirse en madres y amas de casa. Y cuida la felicidad familiar y otras obligaciones, todo al mismo tiempo, día tras día. Factores que exacerban la pobreza de las mujeres en la sociedad y aumentan el riesgo de muerte por causas reproductivas (Jave, 2019).

En algunos casos, debido a la falta de educación o por razones religiosas y culturales, las mujeres no pueden evaluar los riesgos y no buscan la atención adecuada. En otros casos, las mujeres conocen los riesgos que enfrentan, pero no pueden ingresar al centro médico debido a la distancia, el transporte o los gastos. Incluso si existen servicios de salud, determinadas cuestiones que son sensibles en determinados contextos culturales, especialmente aquellas directamente relacionadas con la reproducción, no serán consideradas como objeto de ningún tipo de atención médica. Sin embargo, además, las mujeres que atraviesan el ciclo reproductivo en condiciones inadecuadas tienden a debilitarse y reiniciar el ciclo reproductivo en circunstancias cada vez más desfavorables. Por estas razones, vale la pena prestar atención a algunos factores sociales importantes que ponen a las mujeres en desventaja y perjudican su salud (Largo, 2017).

La Iniciativa de Maternidad Segura surgió de una reunión del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en febrero de 1987, cuyos principios rectores son "establecer una estrategia para buscar las mejores condiciones para las mujeres embarazadas". Las mujeres y cómo prevenir los riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Las pérdidas sociales obtenidas por MM reflejan la desigualdad entre países, pero la peor referencia obtenida es que la mayoría de las pérdidas son evitables. Como referencia, incluso si vivimos en una era de prosperidad tecnológica, la velocidad de obtención de información es mil veces mayor que la de hace un siglo, pero hoy los países industrializados siguen sufriendo pérdidas similares causadas por las mismas razones que en el siglo XX. Las principales causas de las pérdidas son la falta de conocimiento, el saneamiento deficiente, la pobreza

o incluso la pobreza extrema y la desnutrición. La tasa de mortalidad materna sigue en alza. Por lo tanto, debemos continuar realizando esfuerzos integrales para mantener el número de casos bajo, reconociendo que este es el problema principal (Meza, 2018).

Es por esto que cuando hablamos de mortalidad materna no usamos el término "índice" o "tasa", sino que usamos "causa" porque es el resultado de una serie de factores negativos que se suman uno tras otro, conduciendo a la muerte. La madre, e incluso en algunos casos la madre del recién nacido, se ve afectada por múltiples factores y presenta múltiples y considerables diferencias en un país o incluso en la misma región, las cuales deben ser utilizadas en la planificación de metas e identificación de intervenciones en el problema (Bueno, 2018).

Mortalidad materna

Definición

“Se define mortalidad materna, como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, la razón de mortalidad materna en el Ecuador es de 69,7 por 100.000 nacidos vivos”. (OMS, 2019)

Obviamente, para la ocurrencia de muertes maternas, hay una serie de detonantes en el trágico desenlace, por lo que se ha convertido directamente en un indicador ultrasensible para evaluar la calidad de los servicios de salud en un área específica. La tasa de mortalidad materna en América Latina es un problema de salud pública particularmente grave en las zonas rurales. La hemorragia posparto, la preeclampsia y los problemas relacionados con la aparición fetal se enumeran como las principales causas del MM. Se han considerado varias medidas efectivas y seguras para determinar la causa de esta enfermedad que afecta a la familia (Yumiguano, 2021).

Mientras las mujeres embarazadas puedan ingresar al centro de salud, estas medidas son efectivas, pero la desventaja es que las mujeres de las zonas

rurales no pueden acceder a este servicio por diversas razones (razones económicas, ubicación geográfica, entorno social y cultural), incluso por descubrimientos. en el sistema de salud. insuficiente (Sierra, 2017).

Podemos hablar de tres tipos de definiciones que se incluyen en MM:

- Muerte materna: “defunción de la mujer durante la gestación, parto o durante los 42 días siguientes de la terminación del embarazo” (CIE-10, O00-O94)
- Muerte materna tardía: “defunción de la mujer entre los 42 días y los 365 días después de terminado el embarazo” (CIE-10, O96)
- Muerte materna relacionada con la gestación: “ocurre durante o hasta los 42 días de terminada la gestación por causa no especificada” (CIE-10, O95)

Problemas identificados que se presentan actualmente en Ecuador

Los cambios en las estimaciones de la mortalidad materna durante los últimos 20 años dificultan el análisis de las tendencias. La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de embarazo es una tragedia familiar y social con profundas consecuencias sociales y económicas. Si se toman las medidas necesarias para prevenir embarazos no deseados, la atención prenatal adecuada para detectar y tratar las complicaciones a tiempo y la atención adecuada durante y después del parto, la mayoría de estas muertes se pueden prevenir. Como signatario de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Ecuador ha logrado importantes avances en el área de la salud sexual y reproductiva mediante la implementación de políticas que protegen el derecho a la atención de la salud. Esto ayuda a avanzar hacia el objetivo de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para 2018 (Castañeda, 2019).

- “A pesar del incremento en el acceso para la atención del parto por personal de salud, la razón de mortalidad materna tiende a ser estacionaria.
- 7 de cada 10 muertes maternas se produjeron en un establecimiento de salud.

- 1 de cada 5 muertes maternas ocurrió en el domicilio.
- Muchas de las madres que fallecieron en la última década, lo hicieron en provincias diferentes a las provincias donde residían.
- Existen diferencias importantes en la causa de muerte materna de acuerdo al lugar de residencia.
- Las muertes por hemorragia postparto son más frecuentes en áreas rurales y periféricas.
- Las demoras en el reconocimiento de las complicaciones (primera demora) y el acceso oportuno a un centro de atención de emergencias obstétricas (segunda demora), representan casi la cuarta parte de todos los casos de muerte materna” (OMS, 2019).

Clasificación de las muertes maternas

Indiferentemente de la causa de mortalidad materna, éstas se clasifican en:

Directas: “Cuando la muerte de la madre se produce como consecuencia de complicaciones que se han presentado durante el período de gestación, parto y el puerperio. Originadas por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones, al conjunto de más de una de ellas o como efecto de una enfermedad” (CairaTicona, 2019).

Indirectas: “cuando la muerte materna se produce por enfermedades preexistentes o que pueden presentarse en el embarazo sin estar relacionadas con éste, a pesar de que pueden ser agravadas por el estado de gestación” (Durán, 2017)

Causas de mortalidad materna según las tres demoras

“Mejorar la salud materna” es el progreso más lento entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Está claro que las mujeres en los países en desarrollo continúan muriendo por causas evitables relacionadas con los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Así, en estos países, el análisis de la causa materna sigue utilizándose como herramienta para planificar, evaluar y mejorar los servicios de salud, a pesar de su introducción hace más de diez años, como componente esencial de la salud pública. El análisis de varios casos (no aleatorios) asociados con la mortalidad materna identificó que cuando están asociados, constituyen una serie de 'retrasos' que conducen a resultados de mortalidad.

Desde el inicio de las complicaciones hasta que empeoran, todos estos retrasos toman días, horas o minutos, dejando a la madre vulnerable a la muerte, por lo que el paso del tiempo es importante para la madre. Aunque son muchos los factores que conducen a la mortalidad materna, este estudio se centró en los factores descritos por Thaddeus et al. (Carchi, 2015)

Como fenómeno demográfico, la mortalidad tiene sus propias características, por lo que es inevitable, no recurrente e irreversible. Con respecto a la mortalidad materna, se puede decir que esta es una muerte que se puede evitar, porque todas las condiciones que causan el MM pueden convertirse en un factor positivo a través de una acción integral, por lo que la sociedad, autoridades y profesionales deben ser conscientes de la necesidad. Para maximizar reducir el tiempo desde la aparición de la señal de alerta hasta su gravedad, por lo que el término “evitable” incluye la posibilidad de una acción o intervención. En 1994, Thaddeus et al. realizaron un estudio multicéntrico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio en 500.000 mujeres en todo el mundo, identificando así las diversas dificultades que enfrentan para brindar una atención obstétrica rápida y de alta calidad (Moreno, 2018).

El método de análisis descrito por la Dra. Deborah Maine de la Universidad de Columbia adoptado por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna, la efectividad de los servicios de salud se debe a que las mujeres enfrentan una serie de obstáculos. a ellos. A partir de las tres preguntas, puede identificar los obstáculos que causan retrasos, que pueden costarle la vida (OMS, 2019)

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas confirma las instrucciones de la Organización Mundial de la Salud de que estas muertes no son accidentales, sino el resultado de una serie de "demoras" fatales que impiden la prevención de riesgos durante el embarazo, y las mujeres obtienen servicios de salud. Cada "retraso" afectará las horas, días o incluso semanas desde el primer síntoma hasta el momento de la atención, resultando en una reducción significativa en el hecho de que las mujeres embarazadas salvan vidas (García, 2021).

La investigación de Thaddeus y Maine se centró en los factores que influyen en el intervalo entre la aparición de las complicaciones y su resultado. Tales como: 1) la demora en decidir buscar ayuda, 2) la demora en llegar al centro médico y 3) la demora en brindar la atención adecuada (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Primera demora

Se refiere a la demora en buscar ayuda, es decir, se demora el tiempo que le toma a una mujer y su familia darse cuenta de que tiene complicaciones y buscar ayuda, o se demora el tiempo que toma comenzar y decidir buscar atención. La decisión de buscar ayuda es el primer paso para recibir atención obstétrica de emergencia y depende de la capacidad y la oportunidad de la mujer y su entorno para reconocer las complicaciones potencialmente mortales. (Carchi, 2015)

Las mujeres que viven en zonas alejadas de los servicios de salud, como las que viven en zonas rurales, tienen dificultades para tomar decisiones y obtener servicios de salud. La mayoría de los maridos de estas mujeres trabajan fuera del hogar durante todo el proceso. Una semana o varias semanas o meses, lo que reduce la posibilidad de recibir ayuda (Balcazar, 2019).

Es poco probable que las mujeres pobres que viven en áreas remotas reciban atención médica oportuna y adecuada porque no hay personal de salud calificado en estas áreas, lo que significa que las personas generalmente no comprenden los riesgos que pueden surgir durante el embarazo y / o el parto.

El primer retraso en la evaluación de los conocimientos, las prácticas y las creencias de la comunidad puede afectar la identificación de los signos y síntomas de las complicaciones y la decisión de buscar ayuda. Por eso podemos evaluarlo a través de dos preguntas: 1) ¿Descubrió el paciente el problema a tiempo? 2) Una vez que se descubre un problema, ¿decide buscar atención médica?

Hablamos de desconocimiento en el reconocimiento de signos de alarma, como: sangrado vaginal durante el embarazo, dolor severo, eliminación del líquido amniótico mucho antes de la posible fecha del parto, cefalea persistente, acúfenos, mareos, visión borrosa, convulsiones, ejercicio fetal insuficiente, micción A veces, la sensación de ardor, el fuerte olor a orina, el retraso en el parto, la fiebre, la mala posición del feto, etc., pueden prevenir la muerte materna. En muchos casos, la ubicación de su domicilio hace que no cuenten con información suficiente u oportuna para orientarlas sobre los síntomas o signos que puedan tener por complicaciones obstétricas, así como información sobre la necesidad urgente de atención calificada, lo que lleva a la exacerbación de estas complicaciones.

Se considera que la falta de información es el principal obstáculo para la incapacidad de las mujeres para solicitar la atención adecuada a tiempo, pero además de esto, también podemos enumerar otros obstáculos, como la falta de reconocimiento a tiempo de las señales o síntomas de alerta, el desconocimiento de los derechos de salud reproductiva. y atención prenatal gratuita. Los servicios y la cultura impiden que las mujeres expresen libremente sus opiniones, por lo que sufren de silencio, falta de ingresos económicos para buscar tratamiento médico, experiencia negativa de los servicios de salud, etc. (Durán, 2017)

Segunda demora

Esto está relacionado con la demora en obtener ayuda después de que la mujer y sus familiares descubrieron complicaciones. Según los informes, los principales motivos de este retraso son: transporte insuficiente al hospital, falta de recursos económicos para pagar y miedo a acudir a los servicios médicos por malas experiencias. La demora en determinar y obtener los servicios médicos

depende de la distancia a los servicios médicos, la disponibilidad, la eficiencia del transporte y los costos de transferencia, así como de la información que tenga sobre a dónde puede ir y los factores que influyen en la decisión de buscar ayuda (OMS, 2019)

La accesibilidad de los servicios médicos incide directamente en este retraso, tales como: inaccesibilidad por geografía, clima u orden público, falta de estructura vial que conecte varios puntos aislados con las principales vías del país, y factores económicos incapaces de obtener los recursos económicos necesarios Ven a movilizar urgentemente pacientes en peligro, etc. (Montes, 2019).

En general, todos los aspectos anteriores provocarán un retraso importante en la población, especialmente en la población rural; además, carecen de los medios de comunicación, por lo que la pareja de una embarazada debe salir a buscar ayuda, y dejar a la mujer que padece complicaciones obstétricas y tratamiento tardío solo, que en muchos casos alcanzó su punto máximo en el momento de su muerte. Se ha encontrado que entre el 35% y el 74% de las mujeres estudiadas tienen la frecuencia del segundo retraso. En algunos casos, se informa que las ambulancias hospitalarias carecen de seguimiento, y la llegada al origen se retrasa 2 horas y el hospital de referencia se retrasa 3 horas.

Santos et al.encontraron que, en comparación con el 93,6% de las mujeres supervivientes, el 4,7% de las fallecidas tomó la decisión de buscar ayuda en menos de 1 hora desde el inicio de la incomodidad ($P < 0,001$); el 26,3% de las mujeres fallecidas lo estaban haciendo. más de 10 horas para llegar a la institución médica después de la decisión de buscar ayuda, mientras que el 93% de las mujeres que no murieron tardaron menos de 1 hora ($P < 0,001$) (Alderete, 2019)

Tercera demora

Una vez que llegaron al servicio de salud, estas mujeres demoraron la atención, lo que equivalía a la tercera demora en el proceso. La incidencia del tercer retraso varía del 18% de las mujeres en Burkina Faso al 63% en los países asiáticos y africanos. Cuando una mujer llega a un centro de salud, el tiempo de

espera para recibir atención se puede extender a más de una hora (Ministerio de Salud Pública, 2019).

De 2004 a 2009, la proporción de partos ambulatorios se redujo del 25% al 10%. En las zonas urbanas, el promedio de mujeres que reciben partos por profesionales (médicos u obstetras) es superior al 95%, a pesar de lo cual no se ha observado una disminución significativa de la mortalidad materna. Por lo tanto, además de la persistencia del primer retraso (decidir buscar atención e identificar el riesgo de complicaciones) y el segundo retraso (acceso a los servicios médicos), el retraso en brindar un tratamiento adecuado y oportuno (tercer retraso) parece ser importante (Icochea, 2018).

En muchos casos, al decidir recibir atención profesional por complicaciones obstétricas o parto, no habrá demora en el traslado de la paciente al departamento de salud, especialmente cuando se usa una ambulancia, pero sí demoras en llegar al centro de salud. Esto parece depender principalmente de aspectos de gestión, como la persistencia y disponibilidad de personal bien capacitado, así como medicamentos e insumos (oxitocina, sulfato de magnesio, antibióticos, cristales, sangre, etc.) e infraestructura adecuada para los servicios de salud (por ejemplo, quirófanos) Disponibilidad). En la evaluación del sistema de monitoreo continuo de la calidad de la atención materna y neonatal, también son evidentes las deficiencias en el cumplimiento de los estándares de atención, lo que puede afectar el acceso de las mujeres a una atención calificada y de alta calidad (Sevillano, 2019).

Guartazaca et al. realizaron un estudio descriptivo en el Hospital Estatal Sígsig de la provincia de Azuay y encontraron que las principales causas de morbilidad y mortalidad materna están relacionadas con un control prenatal insuficiente, falta de aplicación de prácticas de atención materna y neonatal, como defectos en las pruebas (orina) , en el que la proporción de mujeres que no se han sometido a estas pruebas supera el 40%; las mujeres en edad fértil tienen una tasa de inmunización baja (vacuna contra la rubéola), el 48,5% no han sido vacunadas; el 52,2% de las mujeres no están preparadas para el parto y el 54,5% de mujeres no comprenden la técnica y el cuidado de la lactancia materna (OMS, 2019)

El problema de esta demora es si ha recibido atención de alta calidad luego de su llegada a una institución de salud; por lo tanto, las medidas de respuesta están relacionadas con la atención efectiva o insuficiente del personal de salud, existen dificultades administrativas que dificultan la atención rápida y atención efectiva, y atención médica inapropiada e inoportuna., Falta de reconocimiento de síntomas y signos, y al mismo, personal inadecuado o no capacitado para atender emergencias, falta de protocolos de atención o incumplimiento de estos protocolos, Falta de recursos como medicamentos y hemoderivados, actividades de publicidad y prevención inexistentes o ineficientes, falta de oportunidades de atención a la gestante en las instituciones de servicios de salud y atención desproporcionada de las pacientes con gravedad clínica. Imágenes, mala calidad del apoyo diagnóstico servicios, mala calidad del historial médico, El nivel de atención no garantiza permanentemente los servicios activados o aprobados (Capani, 2019)

Desafortunadamente, esta demora se subestima porque en la mayoría de los casos es un intento defensivo de dialogar y capacitar a los trabajadores de la salud que no han tomado las medidas necesarias para prepararse para una pandemia. Pueden ocurrir emergencias obstétricas. No entiende que la crítica es constructiva e identificará errores, eliminará los efectos negativos que afectan a los pacientes y asegurará su supervivencia.

Repercusión de la mortalidad materna

Cuando hablamos de mortalidad materna, nos referimos no solo a la estadística que afecta la calidad del sistema de salud, sino también al impacto familiar que tiene la ausencia de una madre. Tener huérfanos a una edad temprana aumenta hasta 6 veces la probabilidad de muerte en los primeros cinco años de vida, la probabilidad de falta de educación o fracaso escolar y la consecuente pobreza de la comunidad a la que pertenecen (Ramírez, 2019)

Por otro lado, la disminución del número de mujeres en edad fértil puede afectar la existencia de la comunidad a la que pertenecen, pues el descenso actual y futuro del número de residentes y la calidad de vida de los que quedan pueden estar relacionados a la “no necesidad” de buscar atención profesional en

complicaciones obstétricas. O no reconocer las mismas creencias como señales de advertencia que pueden salvar vidas.

Debido a que no existe una identificación oportuna del estado de emergencia ni un plan de acción para el momento del parto, nadie puede sobrevivir según su propia experiencia, lo que dificulta el desarrollo de un plan de acción. Eliminar creencias infundadas que representan una amenaza de muerte para las madres. Cuando obtenemos la enseñanza de la vida de la experiencia de la vida, la eficacia de la información será mucho mayor (González & Jerez, 2021).

Por cada muerte materna, unas 30 personas tendrán secuelas secundarias a complicaciones obstétricas extremas, que afectarán su supervivencia en el futuro. Las consecuencias para muchos de ellos les impiden formar una vida, lo que puede destruir sueños, familias e incluso enfrentar discriminación y abuso psicológico y / o físico.

2.2 MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR, 2008)

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR, 2008)

Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia

Art. 1.- Toda mujer en territorio ecuatoriano tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos – nacidas y niños – niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado. (LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA, 2014)

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad. (LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA, 2014)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Mortalidad Materna: Tasa de muertes producida en la población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada, perteneciente o relativo a madre. Este término estadístico describe la muerte de una mujer en estado de gestación, en el parto o el postparto, las causas pueden llegar hacer directas o indirectas, directas son hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos y el

parto obstruido, entre las causas indirectas encontramos el paludismo, VIH, anemia o enfermedades cardiovasculares(Odar, 2020).

Complicaciones de las gestantes: Existen diversas complicaciones que presentan las embarazadas, estas pueden ser complicaciones con el líquido amniótico estas se puede presentar con demasiado o muy poco líquido, otra complicación es el sangrado durante la última etapa del embarazo estas se presentan por infecciones vaginales, placenta o en el cuello del útero, embarazo ectópico es cuando se desarrolla el feto fuera del útero, el aborto espontáneo o pérdida del feto, por lo general ocurre a las 20 semanas de gestación, complicaciones placentarias como el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, otra complicación común es la presencia de preeclampsia o eclampsia(Apolinario & Moreima, 2021).

Embarazo: Estado en el que se haya la mujer gestante. La mujer gestante presenta varios síntomas, el principal es la ausencia de la menstruación, por consiguiente la mujer pasa por fases de hinchazón y gases, las más comunes como las náuseas y mareos, cambios notables en el pecho, considerando las etapas del embarazo en el crecimiento del feto, hasta el momento del parto (Briones, 2021).

Salud Pública: Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, perteneciente o relativo al Estado u otra administración. La salud pública es una disciplina que estudia la salud y la enfermedad en las personas, el objetivo de la salud pública es promover un mejor estilo de vida con la finalidad de mejorar el estado de salud y el bienestar, a través de programas de protección y promoción de salud y prevención de enfermedades(Méndez & Calderón, 2020).

Desigualdad: Relación de falta de igualdad en una sociedad. La desigualdad hace referencia a la falta de equidad, este tipo de desigualdad se presenta de manera económica, educativa, la falta de recursos o acceso que tiene una parte de la población(Mera, 2020) .

Obstetricia: parte de la medicina que trata a la gestación, el parto y el puerperio. La obstetra tiene el objetivo de evaluar constantemente el embarazo de la mujer hasta el momento del parto, estas visitas periódicamente con la

obstetra se dan para así prevenir complicaciones en el momento del parto y después del mismo(Rodríguez, 2020).

Socioeconómico:

Pertenece o relativo a los factores sociales y económicos, en muchos aspectos los niveles socioeconómicos son medidos estadísticamente, por indicadores como son el nivel educativo, por ello se realizan estudios socioeconómicos con el objetivo de investigar los aspectos sociales y económicos (Atencia, 2021).

Tres demoras: La primera demora hace referencia a tomar la decisión de buscar ayuda, consiste en la ayuda que toma la mujer para recibir cuidados obstétricos, existe varios factores determinantes como son la distancia en la que viven las personas, caminos en mal estado, el costo aunque la atención pública es gratis, no se consideran el costo de transporte, considerando que no en todos los cantones tienen el acceso a los centros de atención, la segunda demora es el traslado hacia el establecimiento médico, como se mencionó en la primera demora esta es otra complicación muchas veces la accesibilidad del lugar se debe a las vías de acceso, los medios de transporte, la ubicación del centro de atención, la tercera demora hace referencia al tratamiento adecuado depende del personal capacitado, las condiciones del establecimiento(Lopez, 2018).

Eclampsia. “Es el estado más grave convulsivo e hipertensivo del embarazo, siendo una de las causas de muerte materna” (Sachun, 2019).

Preeclampsia. “Es una complicación grave dada en el embarazo y vinculada a una elevada presión arterial, proteína en la orina (proteinuria) y edemas en las extremidades que puede provocar una eclampsia. Es una de las mayores causas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. El tratamiento es un parto inducido o una cesárea. Incluso puede aparecer hasta seis semanas posparto” (Ramos, 2019).

Atonía uterina.- “Grave complicación que se presenta especialmente en el posparto inmediato y se manifiesta por sangrado abundante. Es una causa importante de muerte materna y debe ser tratada con prontitud incluyendo

medidas como reposición adecuada del volumen sanguíneo, uso de sustancias uterotónicas, masaje uterino, entre otros” (Espinoza, 2019).

Placenta Previa.- “Implantación de la placenta en el segmento uterino inferior por delante de la presentación fetal” (Espinoza, 2019).

Segmento uterino.- “Sitio anatómico localizado entre el cervix y el cuerpo del útero que se adelgaza bastante durante el trabajo de parto. Es importante porque allí se practica la histerotomía en la cesárea segmentaria y en esta parte del útero se producen la mayoría de las rupturas uterinas durante el trabajo de parto y el expulsivo” (Pérez & Delgado, 2019).

Síndrome HELLP. - Significa hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas por sus siglas en inglés. Significa preeclampsia grave y se debe considerar la terminación de la gestación(Jave, 2019).

2.4. Declaración de Variables

.Variable independiente: Tres demoras.

Variable dependiente: Complicaciones en el embarazo.

2.4.1. Operacionalización de las Variables.

Variable Independiente	Descripción	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala	Técnica
Las demoras en salud	Se basa en identificar las causas que haya retrasado la atención, pues cualquier situación que signifique dicho retraso, puede costar la vida de una persona. Las demoras estarían relacionadas con el reconocimiento de los signos de peligro o en la no decisión (demora 1), en las dificultades de acceso al sitio de atención (demora 2), y/o por deficiencias en la calidad de la atención en el sistema de salud (demora 3)	Conductuales Costumbres	Creencias	<p>1.- ¿Estado civil?</p> <p>2.- ¿Cuántas personas habitan en su domicilio?</p> <p>3.- ¿Cuántas personas de su hogar trabajan?</p>	<p>1. Soltera</p> <p>2. Casada</p> <p>3. Divorciada</p> <p>4. Viuda</p> <p>5. Unión Libre</p> <p>1. 1 – 3</p> <p>2. 4 – 6</p> <p>3. Más de 6</p> <p>1. Madre</p> <p>2. Padre</p> <p>3. Ambos</p> <p>4. Ninguno</p>	Encuesta

		Accesibilidad	Ubicación del centro de salud	<p>4.- ¿Hay un hospital o centro de salud cercano a su domicilio?</p> <p>5.- ¿Existe transporte público para transporte público para movilizarse a la atención medico?</p> <p>6.- ¿Cuenta con alguna cobertura de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No <p>1. Siempre</p> <p>2. A veces</p> <p>3. Nunca</p> <p>4. No responde</p> <p>less</p> <p>Seguro campesino</p> <p>Seguro privado</p> <p>Ninguno</p>	
		Establecimiento de salud	Atención Oportuna	<p>7.- ¿El Establecimiento de Salud cuenta con todo el talento humano capacitado?</p> <p>8.- ¿Le ha tocado regresar otro día para recibir la atención?</p> <p>9.- ¿Recibe atención inmediata cada vez</p>	<p>1. Siempre</p> <p>2. A veces</p> <p>3. Nunca</p> <p>4. No responde.</p> <p>1. Siempre</p> <p>2. A veces</p> <p>3. Nunca</p> <p>4. No responde</p> <p>1. Siempre</p>	Encuesta

				que acude al centro médico?	2. A veces 3. Nunca 4. No responde	
Complicaciones en el embarazo..	Complicaciones directas o indirectas que tienen las gestantes durante el embarazo, el parto o el post-parto, estas pueden llegar hacer enfermedades, infecciones, mala atención y cuidados, entre otros.			10.- ¿Le resultó difícil conseguir cita con el médico que realizó el control de su embarazo para que le atendiesen por primera vez?	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No responde	Encuesta
				11.- ¿Le parecía un lugar agradable el centro o consulta donde se realizó el seguimiento de su embarazo?	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No responde	
				12.- ¿El número de visitas que ha realizado a su médico/matrona durante el embarazo ¿le pareció adecuado?	Si No	Encuesta
				13.- ¿Cuántas horas labora el establecimiento de salud?	8 horas 12 horas 24 horas	
				14.- ¿ Pasó mucho tiempo desde que supo que estaba embarazada hasta que fue vista por	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca	Encuesta

				primera vez por el profesional que realizó el seguimiento de su embarazo?	No responde	
				15.- ¿Ha presentado alguna enfermedad relacionada con su embarazo?	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No responde	
				16.- ¿Ha sido hospitalizada por alguna complicación?	Si No	
				17.- ¿Acude a los controles prenatales mes a mes?	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No responde	
				18.- ¿Reconoce usted cuales son los signos de alarma en el embarazo?		
				19.- ¿Sabe usted cual es la importancia de los controles prenatales?	1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 4. No responde	
				20.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido durante el embarazo? Preclampsia	Preclampsia Anemia Amenaza de parto prematuro	

					Diabetes gestacional Otras	
--	--	--	--	--	----------------------------------	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo, estuvo enmarcado en un enfoque cuantitativo de tal manera que permitió describir y analizar los resultados de la encuesta aplicada, con un tiempo de corte transversal ya que los datos se obtuvieron en un periodo de tiempo determinado por la autora, se revisaron los expedientes de las embarazadas de manera actualizada con una lista que fue proporcionada por la Dirección del Centro de Salud, mediante un banco de datos lo que llevó a dirigir la investigación mediante el método descriptivo.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población a investigar se basó en las mujeres que fueron sido atendidas durante el periodo de tiempo establecido para ello se tomaron a las mujeres gestantes que fueron a consulta en el Centro de Salud Mayor Flores.

3.2.2 Delimitación de la población

La población a investigar estuvo constituida por gestantes que acudieron al Centro de Salud Mayor Flores, entre el periodo de octubre 2019 a marzo 2020. Las gestantes que se incluyeron en el estudio, fueron mujeres mayores de edad y aceptaron participar en esta investigación, desde los primeros meses hasta llegar al término del mismo o parto.

3.2.3 Tipo de muestra

Muestreo no probabilístico

El muestreo no probabilístico es un método que permite analizar a un grupo específico de personas, en los procesos estadísticos ayudó a seleccionar un grupo pequeño de tal forma que la investigadora eligió la cantidad de muestra a trabajar.

3.2.4 Tamaño de la muestra

La muestra que se utilizó es la que corresponde a la muestra finita, debido a que se conoce el número exacto de las mujeres gestantes, en el periodo establecido, se detectaron 79 mujeres gestantes, las cuales fueron encuestadas para así determinar cómo fue la atención que las mismas recibieron en el Centro de Salud Mayor Flores.

3.2.5 Proceso de selección

El proceso de selección se relacionó a las pacientes que en este caso fueron las mujeres gestantes del Centro de Salud Mayor Flores, el objetivo de esta selección fue indagar si las tres demoras formaron parte del problema de la mortalidad materna de las mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

Método analítico

El método analítico permitió ordenar la información recopilada sobre la encuesta, lo cual facilitó el proceso de desarrollo de la investigación dando la posibilidad de mostrar información más certera y relevante al investigador, siendo esta la característica principal del método orientando la investigación a una realidad subjetiva.

3.3.2 Métodos empíricos

La **observación** es un método y una técnica que permite recolectar de forma sistemática, es válida, confiable e intencionada la información recabada, este método empírico puede utilizarse en enfoques cualitativos y cuantitativos lo cual se enmarca en la investigación que se está realizando.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

Encuesta: Esta técnica de recolección de datos permitió obtener información por parte de las mujeres gestantes que fueron atendidas en Centro de Salud

Mayor Flores, con el objetivo de que la información recolectada determinó y aportó al desarrollo de la investigación.

La encuesta constó de 20 preguntas semiestructuradas y se elaboraron en función a los objetivos; desde la pregunta uno hasta la pregunta tres, correspondió al objetivo 1, desde la pregunta cuatro hasta la pregunta seis correspondió al objetivo 2, desde la pregunta siete hasta la pregunta trece correspondió al objetivo 3 y finalmente desde la pregunta catorce hasta la pregunta veinte correspondió al objetivo 4. Para su validación se contó con un experto que revisó y aprobó el cuestionario, se obtuvo una calificación de 100 puntos.

Observación: Esta técnica permite recolectar de forma sistemática la información, es válida, confiable e intencionada que favorece de manera directa al investigador.

La observación se realizó al momento de aplicar las encuestas, se pudo constatar parte de la problemática que presentan las gestantes. Este proceso duró aproximadamente 15 días y sirvió para corroborar lo expuesto en el instrumento de recolección de datos que llenaron las gestantes.

3.4 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.

La información se clasificará en una malla de Excel, a su vez se analizó cada pregunta con su respectivo cuadro y diagrama de barras mostrando el número de personas encuestadas y el porcentaje de cada pregunta, para el desarrollo de la misma, tomando en cuenta que la muestra fue de 79 mujeres gestantes a las que se encuestaron, estas proporcionaron información relevante para lo que fue el desarrollo del presente trabajo.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios éticos en lo que se basó la investigación, fue el respeto a la privacidad de cada una de las madres gestantes que fueron entrevistadas y formaron parte de los resultados de la investigación, como responsable de la investigación, el rendimiento del mismo busca beneficiar a futuras investigaciones sobre el tema que se está tratando.

CAPITULO IV

4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Cuadro 1.- Estado civil.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	37	47%
Casada	12	15%
Divorciada	5	6%
Viuda	1	1%
Unión Libre	24	30%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

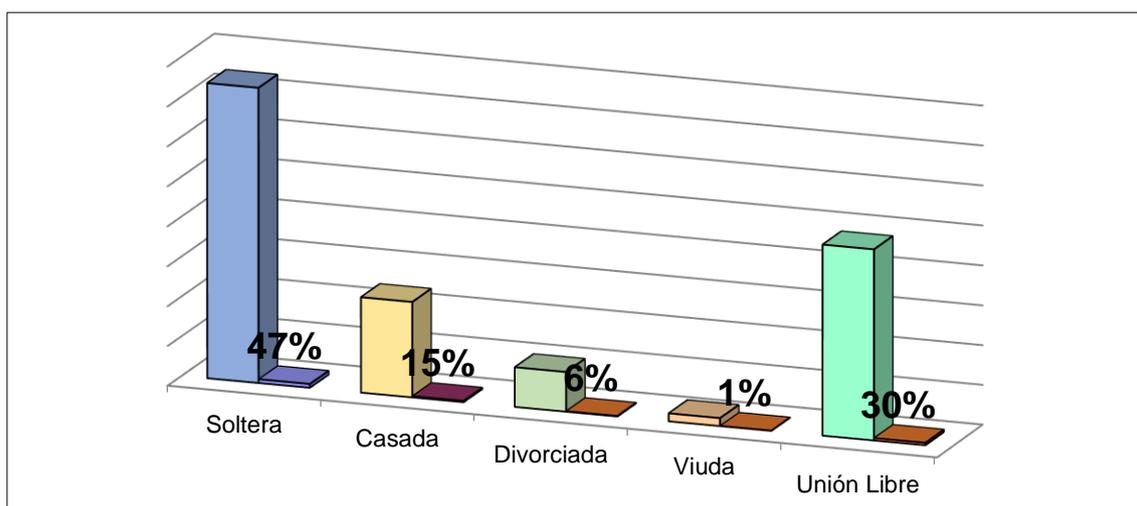


Gráfico 1.- Estado civil.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población participante, indicó que el 47% se encuentra soltera, el 30% pertenece al tipo de relación de Unión libre, el 15% se encuentra casada, el 6% su estado civil pertenece a divorciadas y el 1% a la población que ha fallecido su pareja sentimental. Se denota que la mayor población se encuentra en estado soltera, lo que significa que en durante el estado de gestación, no tiene apoyo de la pareja sentimental.

Cuadro 2.- Personas habitan en el domicilio.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3 personas	33	42%
4 a 6 personas	19	24%
Más de 6 personas	27	34%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

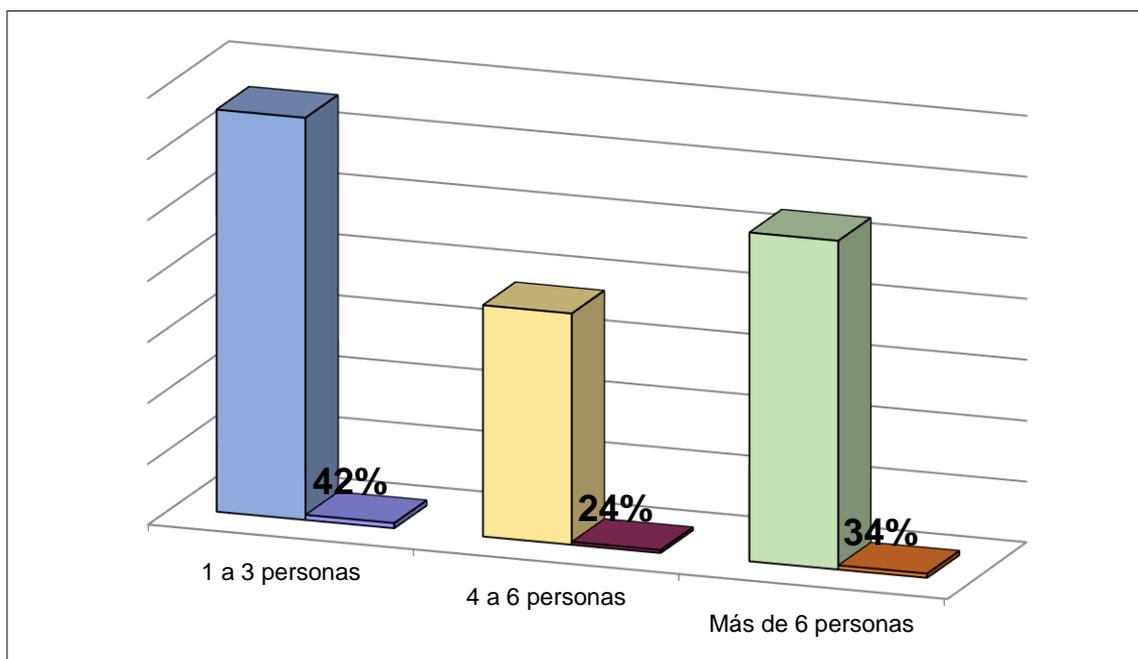


Gráfico 2.- Personas habitan en el domicilio.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió que las personas que habitan en el domicilio, el 42% indica que son de 1 a 3 personas, el 24% indica que, de 4 a 6 personas, el 34% indica que viven más de 6 personas.

Cuadro 3.- Personas que trabajan en el hogar.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	23	29%
Padre	39	49%
Ambos	17	22%
Ninguno	0	0%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

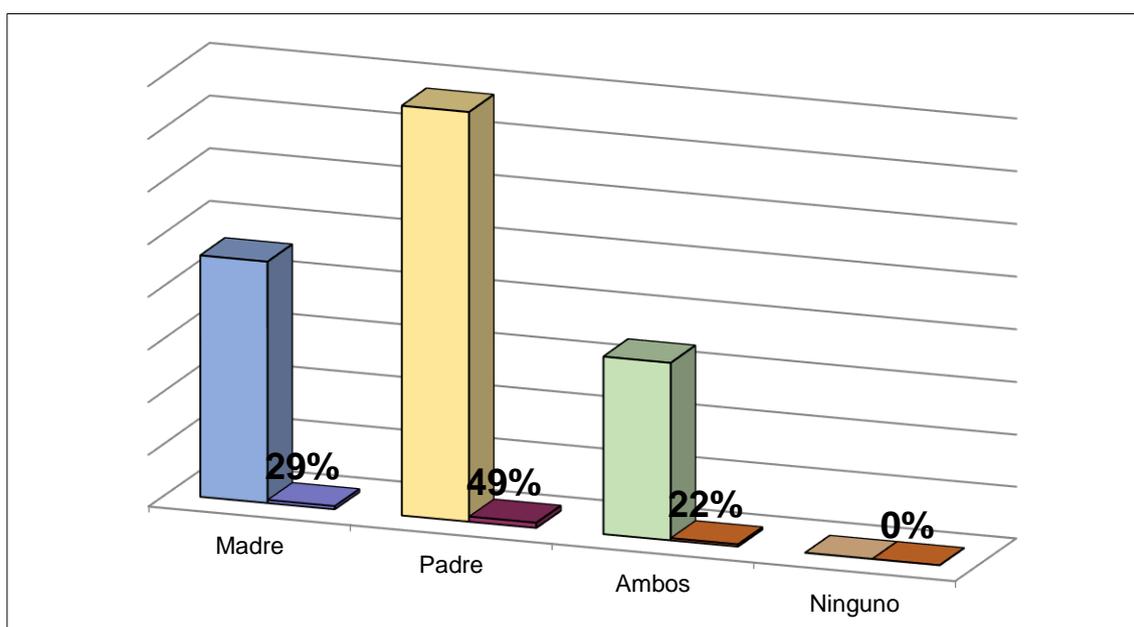


Gráfico 3.- Personas que trabajan en el hogar.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a las personas que trabajan en el hogar, el 49% indica que labora el padre, el 29% indica que labora la madre, el 22% indica que ambos. En esta interrogante, se refiere al padre o madre de la gestante, que en su mayoría viven juntos en la misma casa y es la persona que aporta con los gastos del embarazo.

Cuadro 4.- Centro de salud cercano.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	20%
No	63	80%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

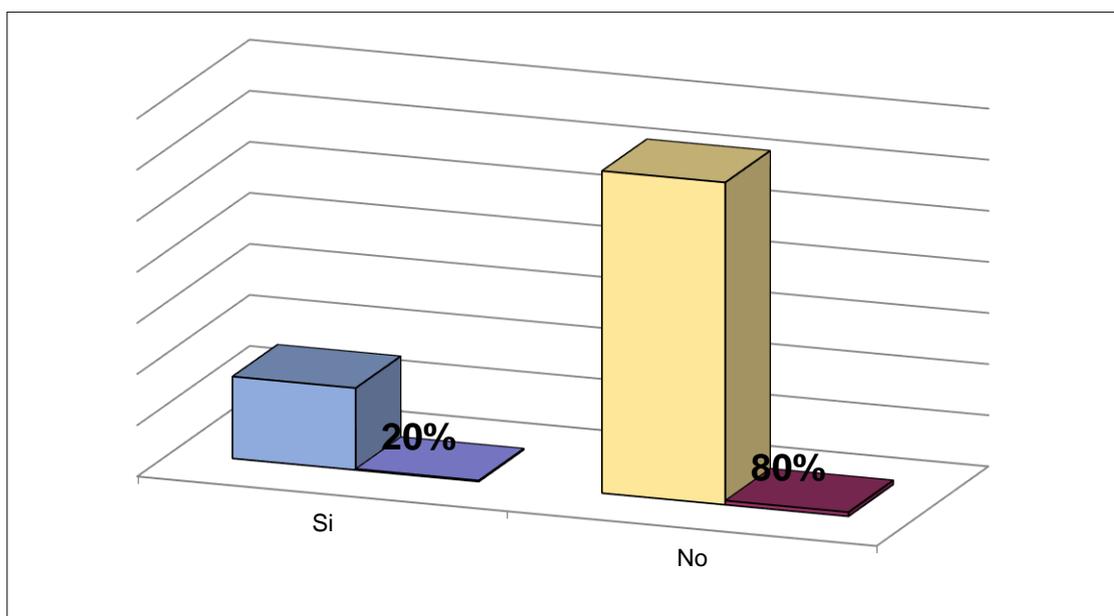


Gráfico 4.- Centro de salud cercano.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente al Centro de salud cercano, el 80% indica que no, y el 20% indica que si existe cerca una institución hospitalaria. Con respecto a esta interrogante, la mayoría de las gestantes indican que viven en un sitio rural, alejado del centro de salud, por lo que se les dificulta el acceso a los chequeos médicos.

Cuadro 5.- Transporte público para búsqueda de atención médica.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	17	22%
A veces	33	42%
Nunca	29	37%
No responde	0	0%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

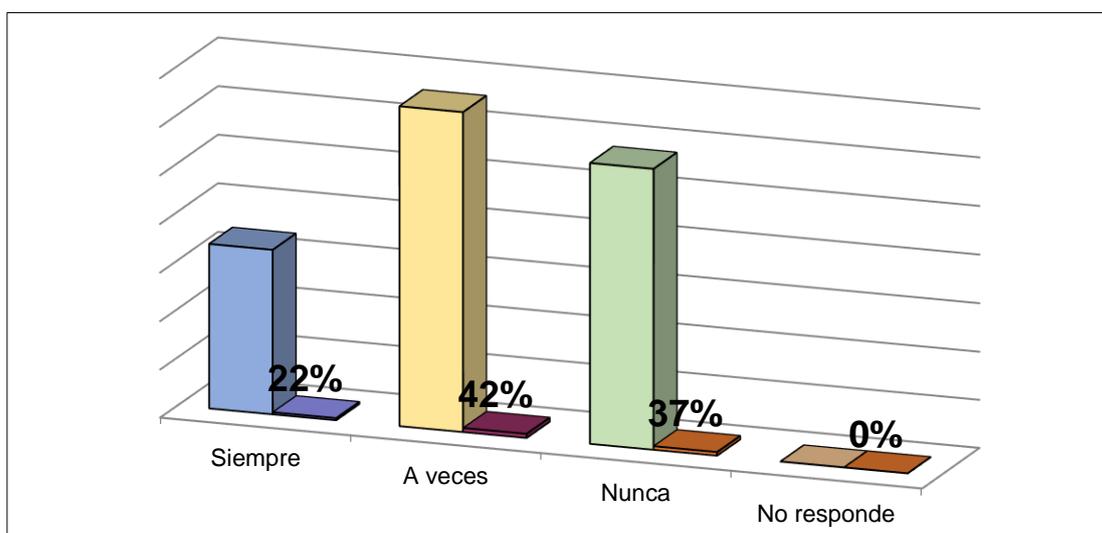


Gráfico 5.- Transporte público para búsqueda de atención médica.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente al transporte público para búsqueda de atención médica, el 42% indica que a veces, el 37% indica que nunca, el 22% indica que siempre. Las participantes refieren que como viven en un lugar alejado de los centros de salud, no tienen un transporte seguro y que sea recurrente, sino que se movilizan en motos, carros u otro tipo de transporte.

Cuadro 6.- Cobertura de salud.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IESS	3	4%
Seguro Campesino	2	3%
Seguro privado	0	0%
Ninguno	74	94%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

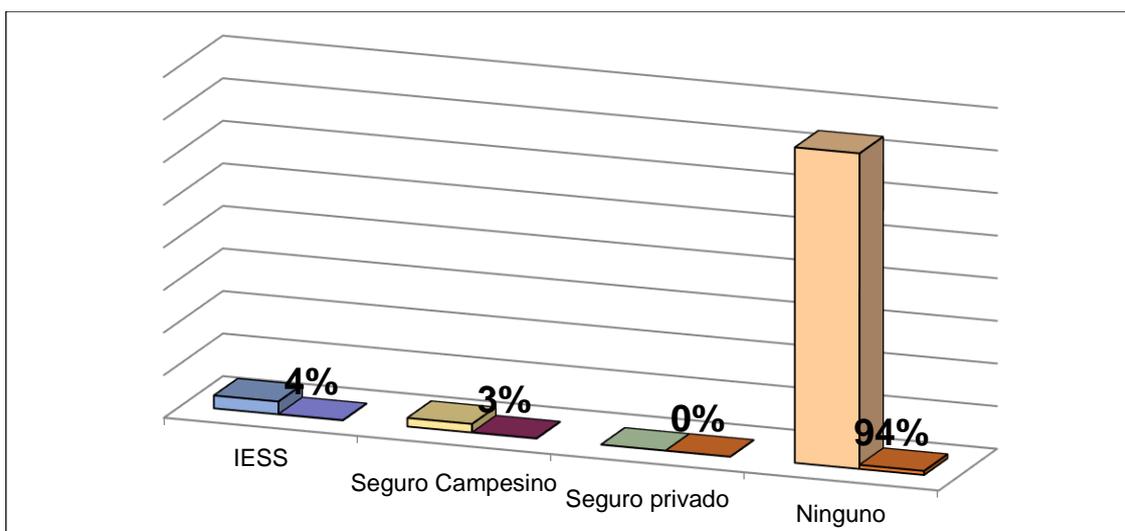


Gráfico 6.- Cobertura de salud.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a cobertura de salud con algún seguro, el 94% indica que no posee ninguno, el 4% indica que pertenece al IESS, el 3% posee seguro campesino.

Cuadro 7.- Talento humano capacitado en el establecimiento de salud.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	2	3%
A veces	15	19%
Nunca	38	48%
No responde	24	30%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

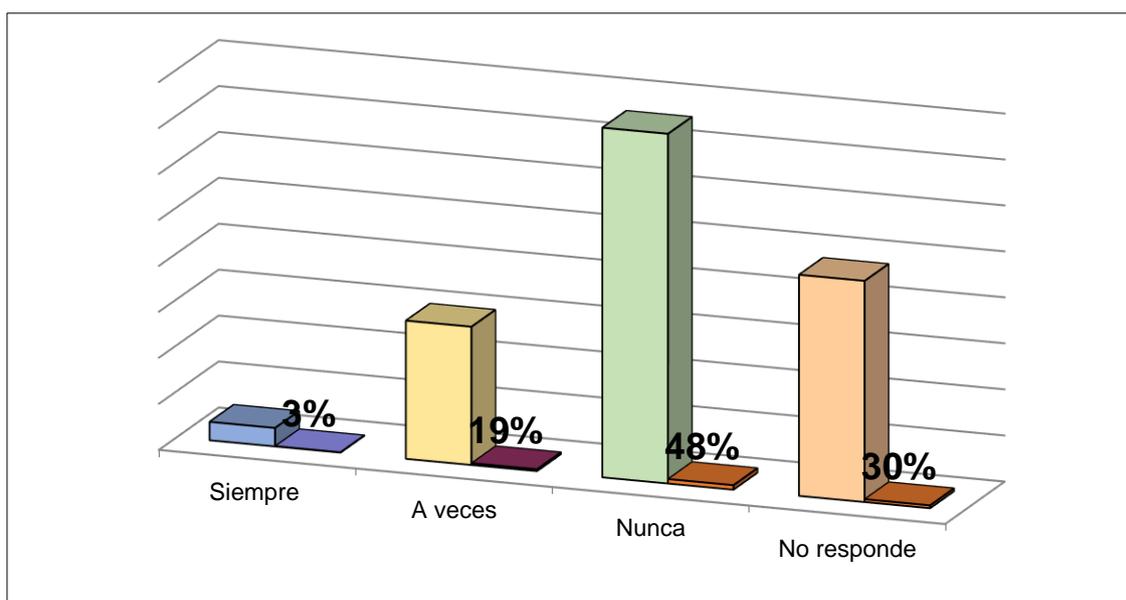


Gráfico 7.- Talento humano capacitado en el establecimiento de salud.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la percepción de la existencia de talento humano capacitado en el establecimiento de salud, el 48% indica que nunca, el 30% no respondió a la pregunta, el 19% indica que a veces, el 3% indica que siempre. Con relación a esta interrogante, la percepción de las gestantes con respecto al talento humano capacitado es negativo, indican en su mayoría, no existe talento humano que les hayan proporcionado una buena atención.

Cuadro 8.- Atención de salud no inmediata.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	33	42%
A veces	40	51%
Nunca	6	8%
No responde	0	0%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

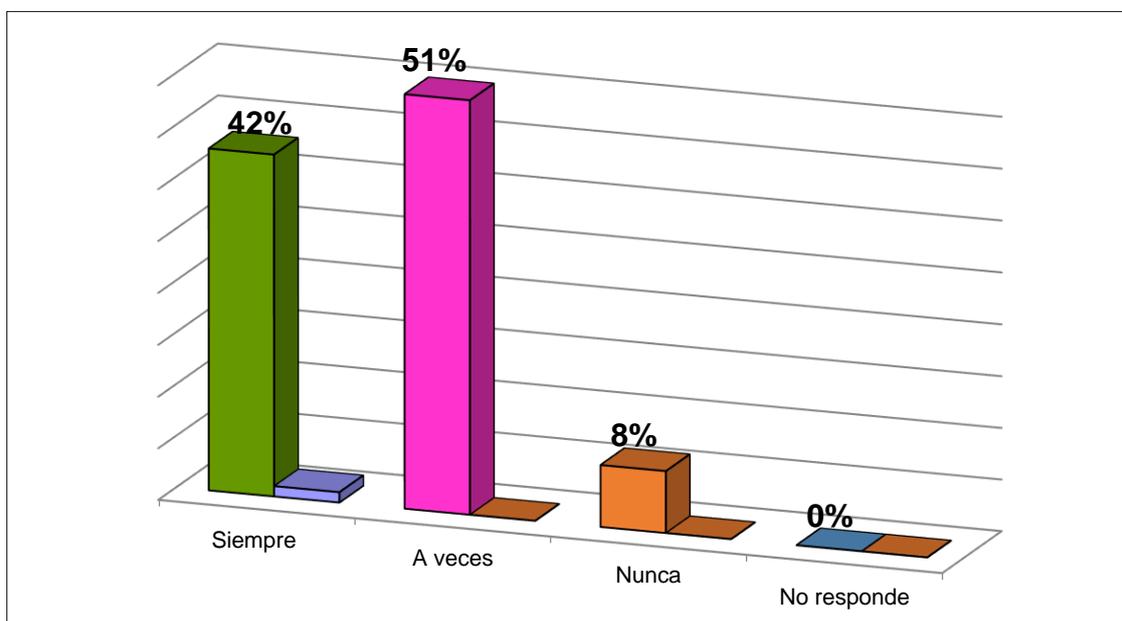


Gráfico 8.- Atención de salud no inmediata.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la atención médica no inmediata, el 51% indica que a veces y el 42% indica que siempre. Lo que se puede deducir que las gestantes han tenido que regresar en otros días para recibir atención médica, por lo que la ginecóloga no se encontraba en el lugar los días que ellas habían acudido, es decir, que su presencia, no se encuentra de forma permanente.

Cuadro 9.- Atención inmediata en el centro médico.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	0	0%
A veces	29	37%
Nunca	46	58%
No responde	4	5%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

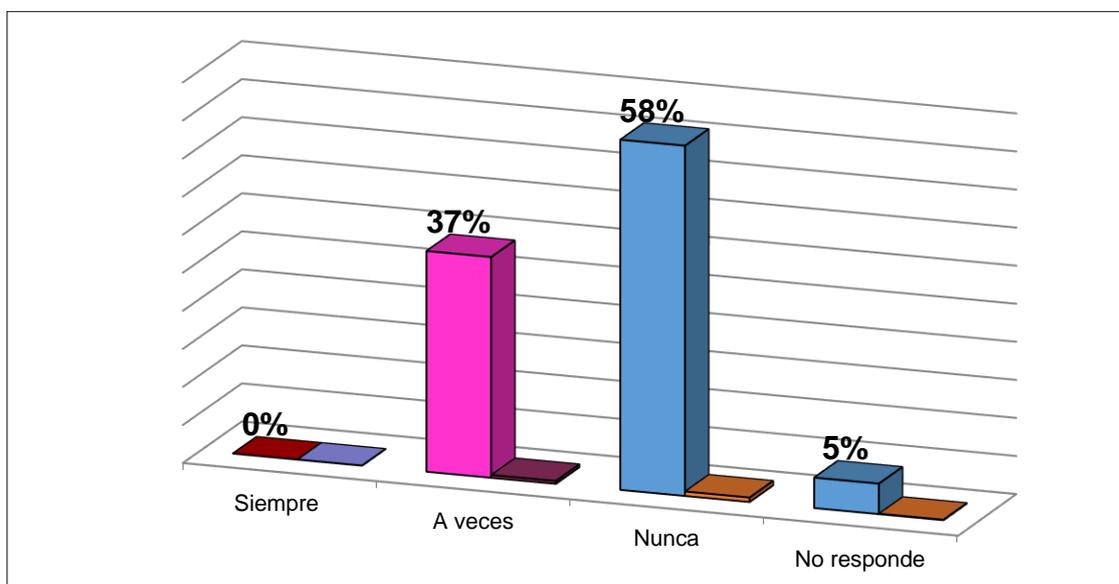


Gráfico 9.- Atención inmediata en el centro médico.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la atención inmediata en el centro médico, el 58% indica que nunca, y el 37% indica que a veces. Con relación a esta interrogante, las gestantes indicaron que cuando asisten a consulta, la atención no se realiza de forma inmediata, sino que deben esperar entre una a 4 horas para lograr que las atiendan, situación por la que a veces prefieren no asistir, porque no tienen disponible tanto tiempo.

Cuadro 10.- Dificultad a la hora de conseguir cita médica.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	23	29%
A veces	39	49%
Nunca	12	15%
No responde	5	6%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

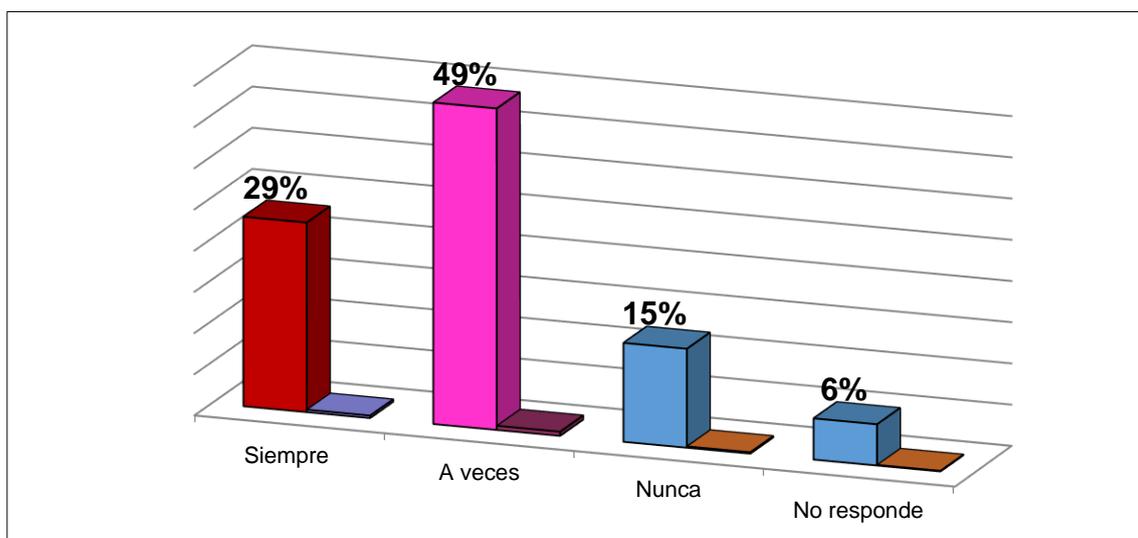


Gráfico 10.- Dificultad a la hora de conseguir cita médica.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la dificultad al momento de conseguir cita médica con el médico que le atendió por primera vez, indican que a veces con el 49% y el 29% siempre. Lo que se puede deducir, que la gestante se le dificultó conseguir cita médica, porque les dieron preferencia a otras pacientes que incluso no se encuentran en gestación.

Cuadro 11.- Percepción del centro médico.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	14	18%
A veces	33	42%
Nunca	25	32%
No responde	7	9%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

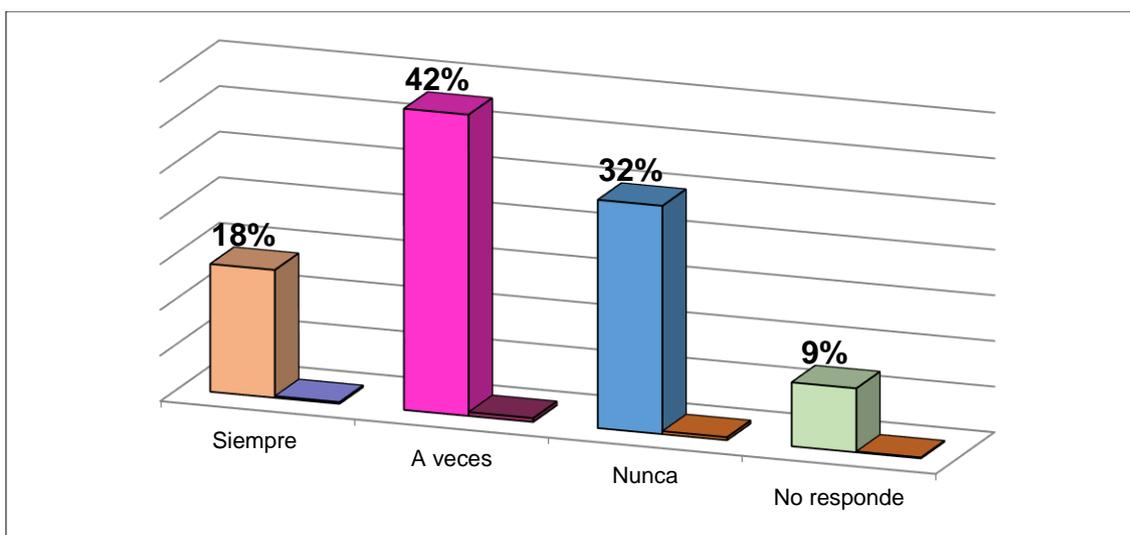


Gráfico 11.- Percepción del centro médico.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la percepción de lo agradable del centro médico, el 42% indica que a veces, el 32% indica que nunca, el 18% indica que siempre y el 9% no respondió. Con relación a esta interrogante, se denota que las gestantes no tienen una percepción agradable en cuanto al centro de salud, muchas comentaron que no existen insumos médicos, no existen máquinas para dar el seguimiento al embarazo y tienen que recurrir a realizarse controles externos.

Cuadro 12.- Consideraciones sobre el número de visitas médicas en el embarazo.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	14	18%
No	65	82%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

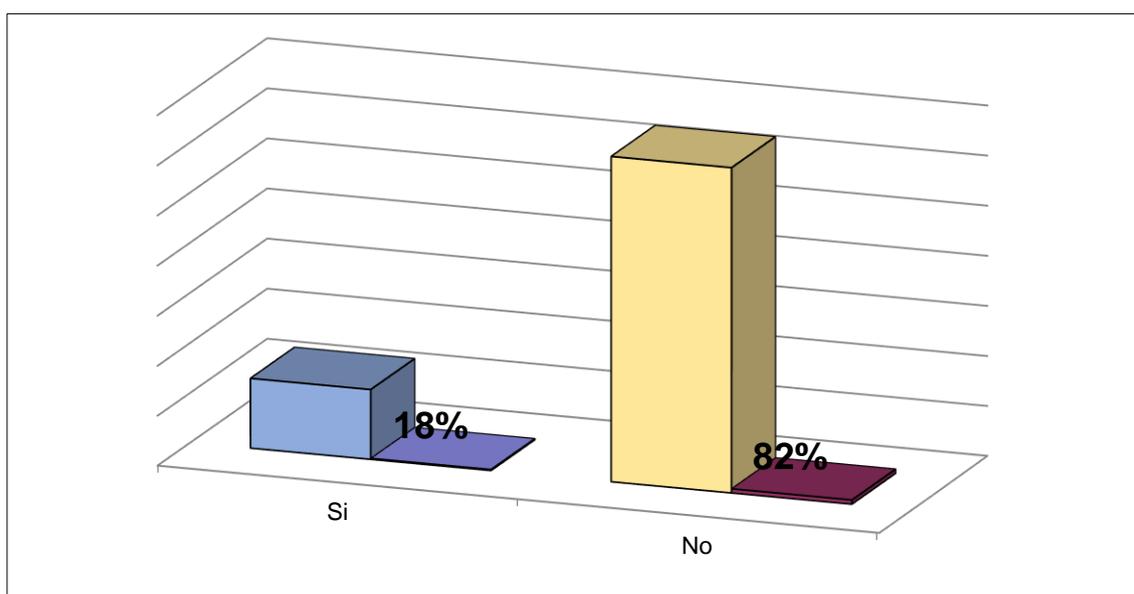


Gráfico 12.- Consideraciones sobre el número de visitas médicas en el embarazo.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la percepción sobre el número de visitas médicas en el embarazo, el 82% respondió de forma negativa y el 18% respondió de forma positiva. Con relación a esta interrogante, las gestantes estas conscientes que no han asistido de forma correcta a los controles médicos, por diversas razones que ya han sido expuestas con anterioridad en otras interrogantes.

Cuadro 13.- Horas de atención del Centro de Salud.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 horas	23	29%
12 horas	56	71%
24 horas	0	0%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

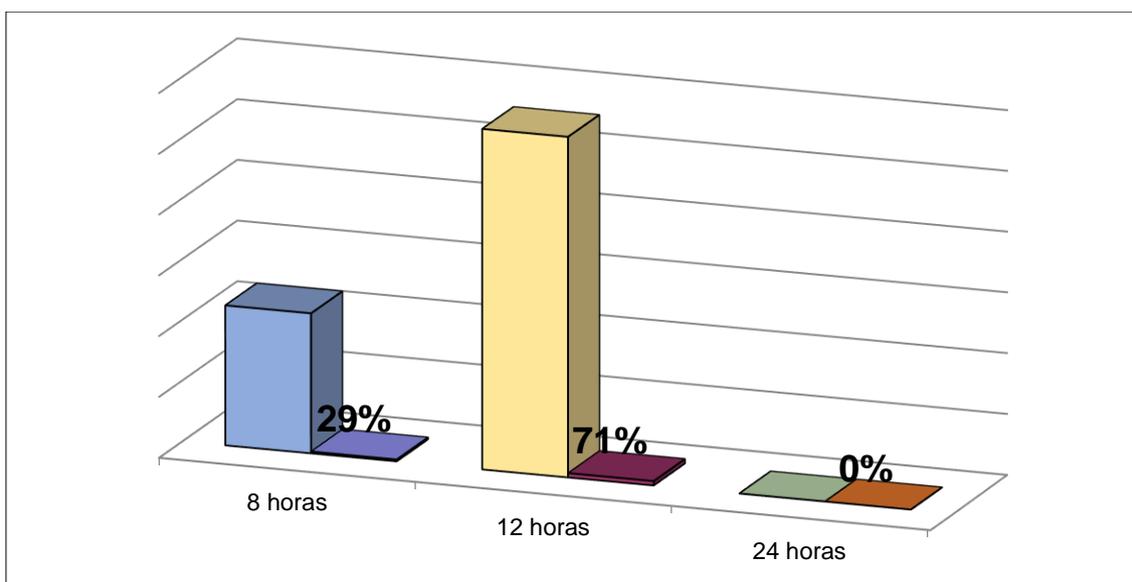


Gráfico 13.- Horas de atención del Centro de Salud.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a las horas que labora el centro de salud, el 71% indica que 12 horas y el 29% indica que son 8 horas. Con relación a esta interrogante, las gestantes indican que el centro de salud no labora las 24 horas, y que las horas que pudieran necesitar ayuda el centro de salud se encuentra cerrado.

Cuadro 14.- Tiempo de embarazo para buscar atención médica.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1m a 3m	19	24%
4m a 6m	35	44%
7m a 9m	25	32%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

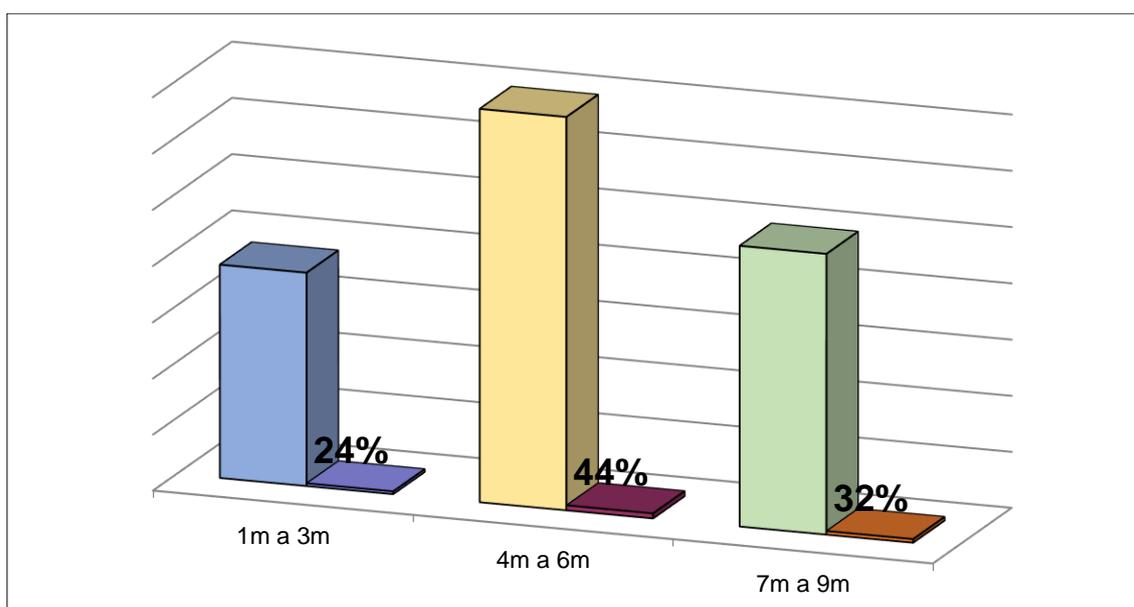


Gráfico 14.- Tiempo de embarazo para buscar atención médica.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente al tiempo de embarazo que transcurrió para buscar atención médica, el 44% indica que, entre 4 meses a 6 meses, el 32% de 7 meses a 9 meses, el 24% de 1 mes a 3 meses. Con relación a esta interrogante, las gestantes indican que han buscado atención médica entre los 4 meses a 6 meses, lo que significa que han recibido atención de forma tardía, lo que puede afectar el desarrollo normal del feto.

Cuadro 15.- Presencia de enfermedades relacionadas con el embarazo.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	55	70%
A veces	24	30%
Nunca	0	0%
No responde	0	0%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

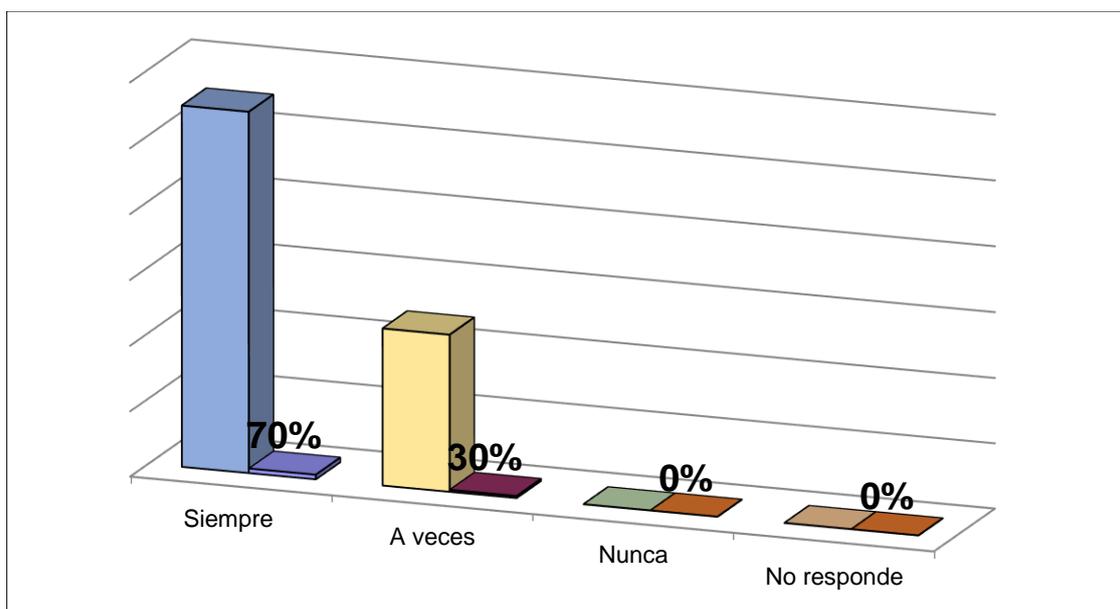


Gráfico 15.- Presencia de enfermedades relacionadas con el embarazo.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la presencia de enfermedades relacionadas con el embarazo, el 70% indica que siempre, 30% indica que a veces. Con relación a esta interrogante, las gestantes indican que han tenido en su mayoría enfermedades relacionadas con el embarazo.

Cuadro 16.- Necesidad de hospitalización por complicaciones.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	23	29%
No	56	71%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

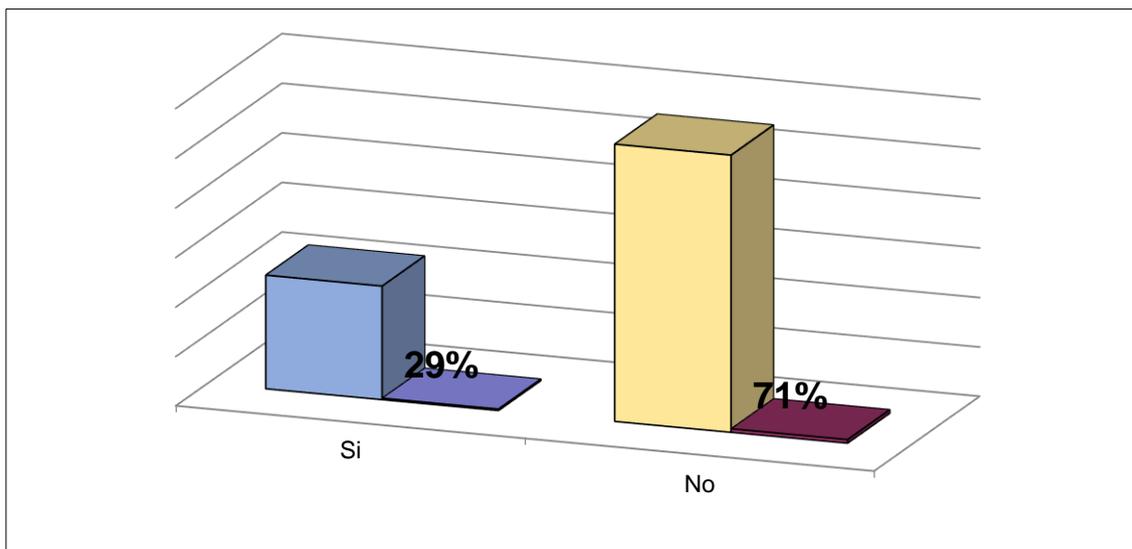


Gráfico 16.- Necesidad de hospitalización por complicaciones.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la necesidad de hospitalización por complicaciones, el 71% indica que no ha necesitado, el 29% indica que si ha necesitado estar internada.

Cuadro 17.- Controles prenatales.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	16	20%
A veces	48	61%
Nunca	0	0%
No responde	15	19%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

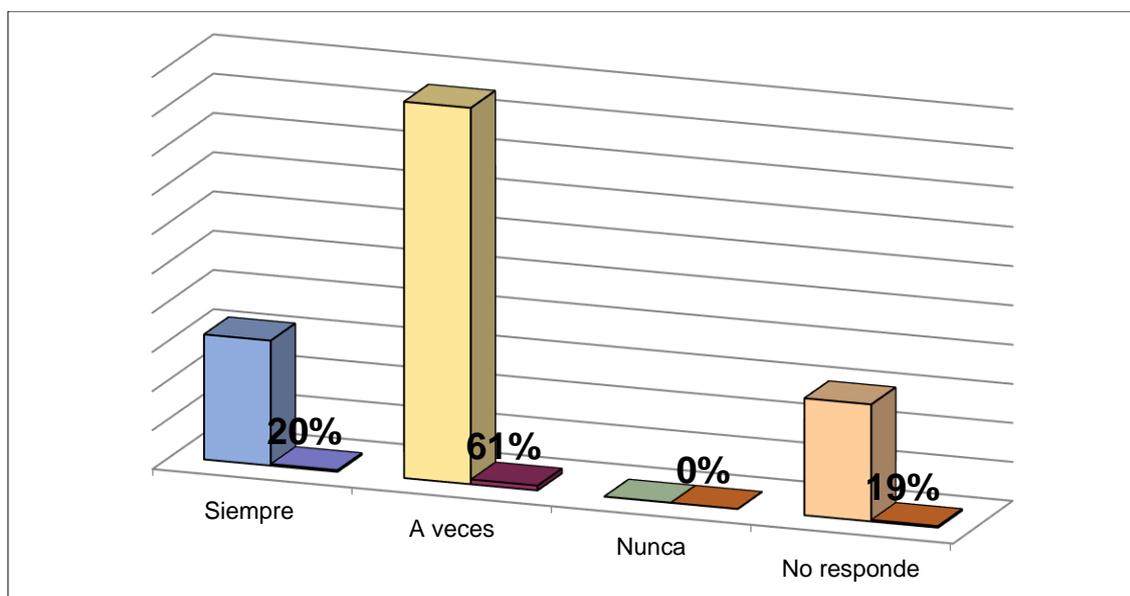


Gráfico 17.- Controles prenatales.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a la asistencia mes a mes de los controles prenatales, el 61% indica que a veces, el 20% indica que siempre y el 19% no respondió la interrogante. Con relación a esta interrogante, las gestantes en su mayoría indican que no han recibido los controles prenatales mes a mes, por lo que han presentado problemas de salud en el embarazo.

Cuadro 18.- Conocimiento de los signos de alarma en el embarazo.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	14	18%
A veces	30	38%
Nunca	25	32%
No responde	10	13%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

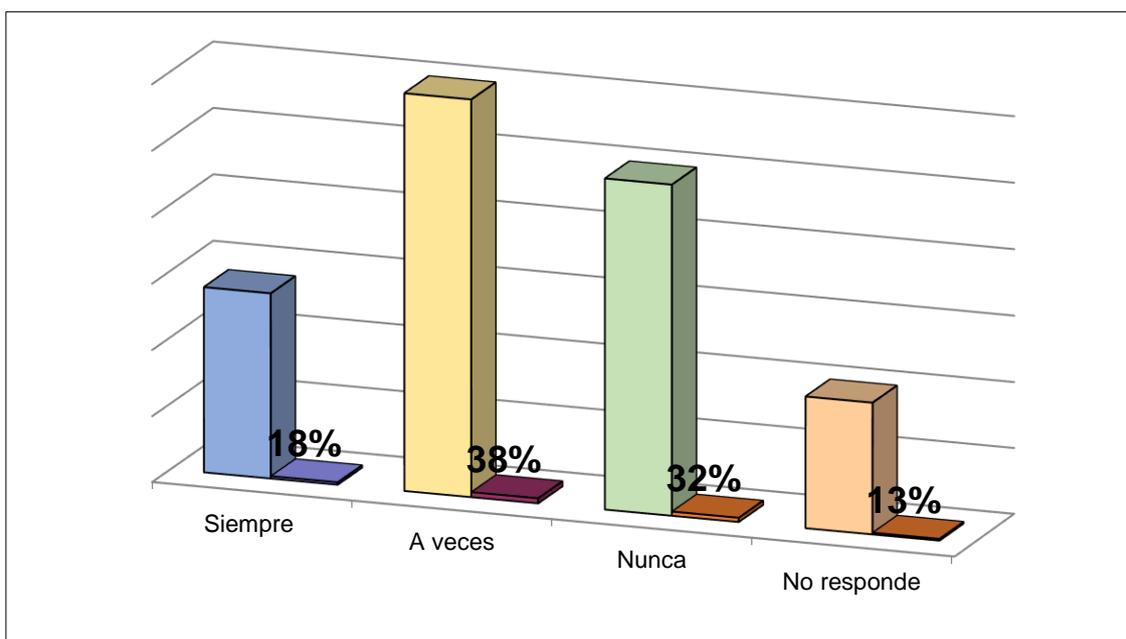


Gráfico 18.- Conocimiento de los signos de alarma en el embarazo.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a los conocimientos de los signos de alarma en el embarazo, el 38% indica que a veces, el 32% indica que nunca, el 18% indica que siempre, el 13% no responde.

Cuadro 19.- Importancia de los controles prenatales.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	23	29%
A veces	49	62%
Nunca	7	9%
No responde	0	0%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

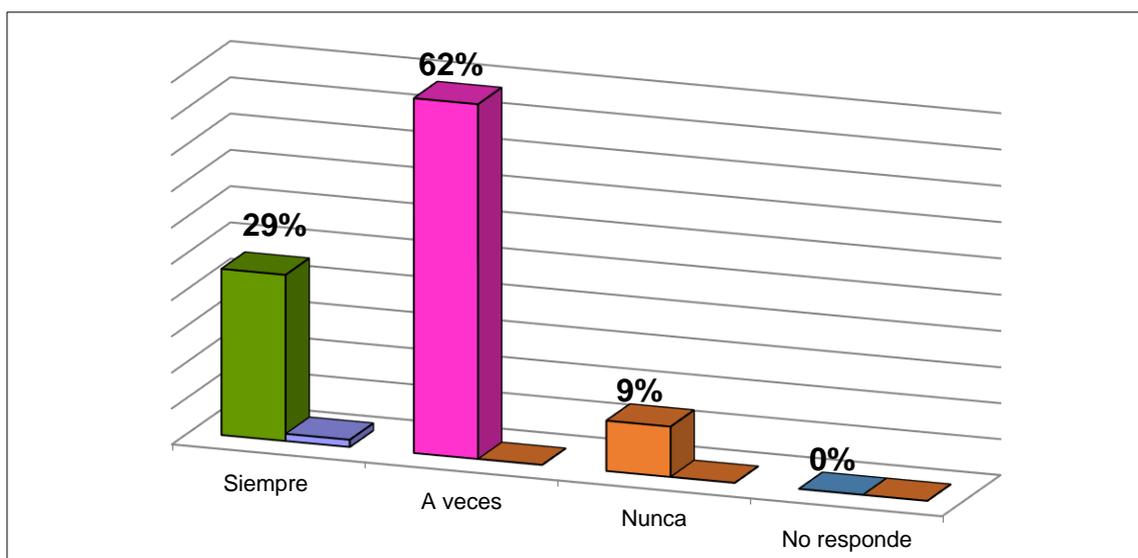


Gráfico 19.- Importancia de los controles prenatales.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a los conocimientos sobre los controles prenatales, el 62% indica que a veces, el 29% indica que siempre y el 9% indica que nunca. Con relación a esta interrogante, se establece que las gestantes están conscientes de la importancia de los controles prenatales, sin embargo, en una pregunta relacionada se indica que no han asistido a los controles.

Cuadro 20.- Enfermedades durante la gestación.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preeclampsia	11	14%
Anemia	35	44%
Amenaza de parto prematuro	23	29%
Diabetes Gestacional	6	8%
Otras	4	5%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta a gestantes del Centro de Salud Mayor Flores.

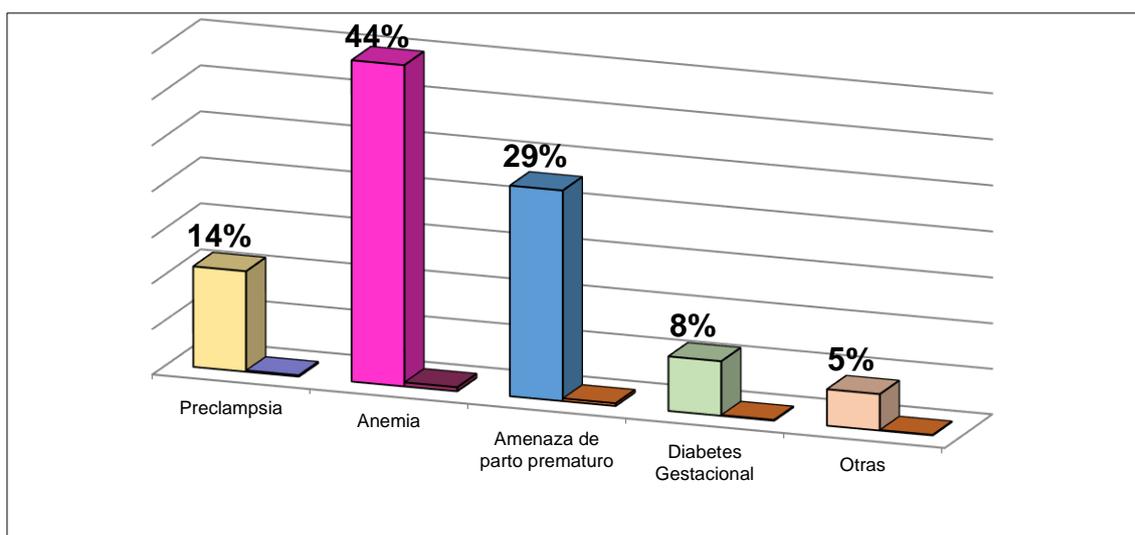


Gráfico 20.- Enfermedades durante la gestación.

Análisis e interpretación. – De acuerdo a las encuestas, la población refirió en el ítem perteneciente a las enfermedades durante la gestación, el 44% indica que ha presentado anemia, el 29% indica que ha tenido amenaza de parto prematuro, el 14% indica que ha presentado preeclampsia, el 8% que ha presentado diabetes gestacional, el 5% presentó otro tipo de enfermedades.

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

De acuerdo a los resultados, sobre la mortalidad materna, en la bibliografía consultada, en Ecuador, es una señal acerca de la disparidad e inequidad en la distribución de la riqueza entre países y dentro de ellos mismos, entre hombres y mujeres, así como también brinda una señal del sitio que ocupa la mujer en una sociedad.

De acuerdo a la OMS, cada minuto muere una mujer por complicaciones del embarazo o el parto en el mundo. Por cada mujer que muere, hay 30 más que presentan secuelas de las complicaciones de este periodo, sin mencionar el serio impacto que se genera sobre la salud de los recién nacidos. Los hijos de madres que fallecen por problemas relacionados con el embarazo, parto o puerperio tienen 10 veces más riesgo de morir que los recién nacidos de madres que sobreviven. Uno de esos problemas está relacionado con las demoras de atención que se han evidenciado en el estudio, se observó que las gestantes en su mayoría no asieron a los controles médicos mes a mes, muchas de las gestantes indican que han asistido en busca de atención cuando ya han tenido entre 4 a 6 meses, lo que se puede deducir que los niños, podrían tener complicaciones durante y después del parto.

Cada año muere en el mundo 585 mil mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años por complicaciones derivadas del embarazo y del parto. Lo trágico del caso es que esas mujeres no mueren de enfermedad sino durante el proceso de procreación normal. La mayor parte de estas muertes ocurren debido a complicaciones obstétricas hemorragia el 25%, Sepsis 15%, hipertensión durante el embarazo 12%. De acuerdo a estas comparativas, en el estudio realizado, las gestantes han tenido problemas de enfermedades como por ejemplo preeclampsia, anemia e infecciones en las vías urinarias.

Ante este grave problema y como respuesta para reducir los daños causadas por la morbimortalidad materna, en el año 1987 diferentes organismos internacionales y diversos gobiernos de más de 45 países pusieron en marcha el programa para una Maternidad segura, cuyo objetivo principal fue reducir

Enfermedades y defunciones maternas en un 50% para el año 2015. Sin embargo, a pesar de los múltiples pedidos de la OMS, los centros de salud de Ecuador, tienen problemas en cuanto a los recursos e insumos, las gestantes en el presente estudio indicaron que el centro de salud al que asisten, no posee insumos y la maquinaria necesaria para sus chequeos, por lo que se convierte en un lugar no apropiado y lejos de ser un centro con talento humano capacitado.

La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública existen muchos factores causales, pobreza, analfabetismo, bajo estatus de la mujer, higiene y nutrición deficiente, medios de transporte precarios y servicios médicos inadecuados. Esto concuerda con lo expuesto con las gestantes, en donde indica que el principal problema está relacionada con la movilización, porque los centros de salud, se encuentran alejados de la zona rural y en el peor de los casos solo atienden en un número limitado de horas.

La modelo de las “tres demoras” específica que la decisión de buscar ayuda es el primer paso a dar si una mujer con una complicación quiere recibir cuidados obstétricos de emergencia. Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar al centro de salud donde se brinden cuidados obstétricos de emergencia.

CONCLUSIONES

El presente estudio hizo referencia a las tres demoras en salud, que llevan a las gestantes a presentar complicaciones obstétricas en Embarazadas del Centro de Salud Mayor Flores de octubre 2019 a marzo del 2020 con las siguientes conclusiones:

El contexto en el que viven las gestantes que acuden al centro de salud, se encuentran en una zona rural, en donde existen deficiencias en cuanto a la movilización, por encontrarse en sitios de difícil acceso, la forma de salir en búsqueda de atención, se realiza mediante motos, carros, camionetas, camiones entre otro tipo de vehículos, que, por razones médicas, las gestantes no deberían de utilizar, porque se podrían presentar complicaciones en sus embarazos.

La capacidad de acceso al sistema de salud, las gestantes detallaron que al inicio, durante y después, se les hizo difícil, debido a las múltiples limitaciones del centro de salud, en cuanto al tiempo de espera que no es inmediato, al acceso de citas médicas con el profesional a cargo de su historial médico, dificultades en cuanto a la falta de insumos y maquinarias, la falta de capacitación del talento humano en cuanto al servicio que proporciona, esto causa que su percepción en cuanto al centro de salud, no sea positiva.

Las complicaciones que sufren las gestantes, se constituyen por las enfermedades que se presentaron durante el periodo de gestación, como la preeclampsia, eclampsia, anemia y problemas en las vías urinarias, también indicaron que en alguna ocasión estuvieron hospitalizadas por alguna situación de salud. Todos estos factores pueden estar relacionados con la falta de preocupación de las gestantes en poder establecer un control médico mes a mes, también por la búsqueda de ayuda tardía, lo que ocasiono problemas en el periodo de gestación.

Se hizo pertinente realizar una propuesta encaminada a la resolución de problemas en cuanto a las demoras de atención en gestantes, debido a que educando al personal es la única vía que se pueden suavizar los efectos tanto para la madre como para el niño.

RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos encontrados de la investigación:

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública realizar estudios poblacionales en los sectores rurales, para poder crear o implementar centros de salud que proporcionen atención en salud en casos de emergencia para las gestantes, con la finalidad de disminuir los problemas asociados a las tres demoras establecidas en las normativas nacionales.

Se recomienda a las autoridades tomar en consideración los pedidos de las gestantes en cuanto a la movilización, proporcionar el acceso a transporte que puedan ayudar a movilizar a las gestantes, aunque también se puede incluir proporcionar ayuda mediante los servicios de emergencia, como ambulancias o realización de campañas de salud cerca de las localidades rurales, donde la gestante pueda acercarse y realizarse los chequeos.

Se debe concienciar al personal de salud, sobre la atención prioritaria que deben tener las gestantes, al momento de solicitar ayuda, se debe disminuir el tiempo de espera en los centros de salud, priorizando que las gestantes viven en localidades alejadas y no deberían permanecer más de 1 hora en el tiempo de espera.

También se debe preparar al personal de enfermería para que capacite a las gestantes, tratando se resaltar la importancia de llevar un control prenatal mes a mes, priorizando la atención médica, informando sobre los peligros de no asistir a las consultas y de los posibles efectos en el feto.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1. TEMA

Taller preventivo dirigido al personal médico - enfermero para contrarrestar la mortalidad en gestantes.

5.2. Fundamentación

La mortalidad materna en nuestro país sigue afectando a una de las poblaciones más vulnerables, la mujer durante el estado de gravidez, pues este problema sanitario mayormente se produce en las últimas semanas del embarazo, durante y después del parto.

No obstante, las repercusiones sociales, económicas y políticas de este hecho, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico, considerando las causas clínicas y sin tener en cuenta otras determinantes asociadas de tipo social, económico y cultural.

El fallecimiento o muerte de una madre es mucho más que una tragedia personal, Puede tener graves consecuencias no sólo para su familia, sino también para la comunidad y la economía local. La mujer en los hogares de bajos ingresos desempeña no solamente un papel reproductivo, sino también productivo, participa en el trabajo agrícola, en la obtención de ingresos adicionales y provee a la comunidad de servicios básicos. Cuando mueren las madres, sus hijos de corta edad también tienen mayores probabilidades de morir, de padecer malnutrición, y tienen menos probabilidades de ser escolarizados.

Esta tragedia puede ser entendida de diversas maneras, sin duda, se trata de un evento biológico y médico. Es una deficiencia en la capacidad de respuesta del sistema de salud, algunas veces es una responsabilidad familiar y/o comunitaria. Pero multiplicada muchas veces es también resultado de una injusticia social de enormes proporciones.

A nivel nacional e Internacional se han identificado tres demoras o retraso en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte y un resultado materno – fetal malo.

Existen muchas causas que pueden ocasionar estas demoras, pueden agruparse utilizando un modelo llamado Las tres demoras. El modelo especifica que los tres tipos de demora posiblemente contribuyen a la muerte materna:

Demora en tomar la decisión de buscar ayuda; Demora en llegar a la instalación de tratamiento; y

Demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación.

5.3. Justificación

Esta propuesta se plantea luego de haber considerado los resultados y de verificar en la literatura que el embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Este taller se considera importante porque va ayudar al personal médico – enfermero a alertar e informar a las gestantes sobre los peligros que conlleva la falta de asistir y de cuidar su embarazo, antes durante y después del parto.

Por su parte se debe capacitar a los profesionales sobre la atención oportuna y eficaz que deben tener con relación a las gestantes, debido a que se ha comprobado que las tres demoras, pueden conducir a cuadros clínicos peligrosos e incluso pueden producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Todos los años millones de mujeres, recién nacidos y niños mueren de causas evitables; si bien existen intervenciones de sobra conocidas que pueden salvarles las vidas, generalmente no están a disposición de quienes más las necesitan.

El presente taller tiene como propósito establecer líneas de información a través de un conjunto de acciones del personal de salud para ser difundida mediante las mujeres de dicho sector, recalcando que cualquier mujer puede tener factores de riesgo, y que al embarazarse estos pueden llegar a la muerte materna, pero

que con la debida información médico-paciente el embarazo se lo lleva de la mejor manera posible.

5.4. OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo General

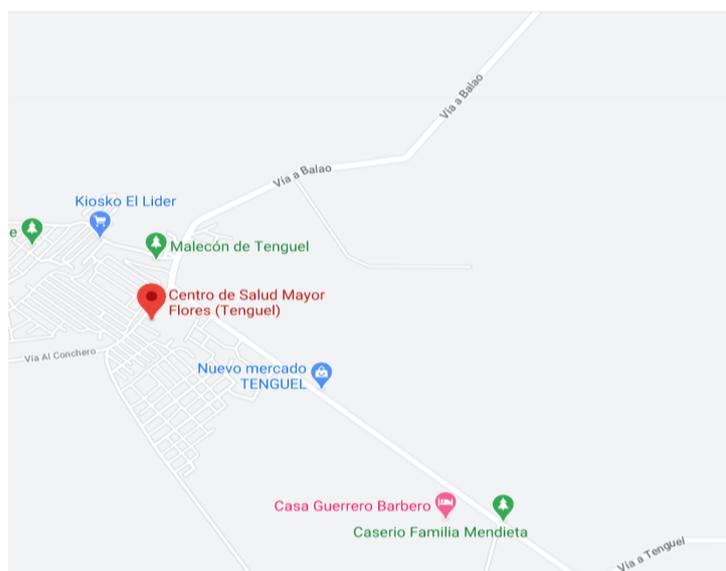
Establecer cuidados estandarizados y de control a las mujeres en estado de gestación y que presenten algún factor de riesgo eminente para que durante su periodo gestante no lleguen a ninguna complicación

5.4.2. Objetivos Específicos

- Detectar factores genéticos familiares como predictivos de riesgo.
- Evitar la muerte materna y ayudar a la salud fetal con la detección oportuna de posibles incompatibilidades sanguíneas
- Ayudar al médico de cabecera en el manejo de pacientes en estado de gestación, en su control y buena evolución.

5.5. Ubicación

La presente propuesta se llevará a cabo con el personal que labora en el Centro de Salud Mayor Flores ubicado en Tenguel.



Fuente: Google Maps.

5.6. Factibilidad

La propuesta es factible, cuenta con la aprobación de todas las autoridades pertinentes, personal de salud y con la colaboración de los usuarios para que se aplique la presente propuesta de capacitación.

5.7. Descripción de la propuesta

5.7.1. Actividades

TALLER PREVENTIVO

CONSIDERACIONES DE EMBARAZO RIESGOSO

Niveles de detección de riesgo

Riesgo bajo

Gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio (I)

- Anomalías pélvicas
- Cardiopatía I grado

Condiciones socioeconómicas desfavorables

- Embarazo no deseado
- Estatura baja

Control insuficiente de la gestación

- Esterilidad previa
- Fumadora habitual
- Edad inferior a 17 años o superior a 38 años
- Gestante Rh-
- Gran multiparidad

- Incremento excesivo o insuficiente de peso
- Obesidad no mórbida
- Riesgo de ETS
- ITU o bacteriuria asintomática
- Riesgo laboral
- Metrorragia 1º trimestre
- Periodo intergenésico inferior a 12 meses

Riesgo alto (II)

- Anemia grave
- Cardiopatía grado II
- Cirugía uterina previa
- Diabetes gestacional
- Embarazo gemelar
- Endocrinopatía
- Obesidad mórbida
- Preeclampsia leve
- Infección materna:
- VHB-VHC
- Lues
- Toxoplasmosis
- VIH

- Pielonefritis
- CMV
- Estreptococoβ
- hemolítico
- Sospecha de malformación fetal

Riesgo muy alto (III)

- Amenaza de parto prematuro
- Cardiopatías III y IV
- Diabetes pregestacional
- Drogadicción y alcoholismo
- Malformación fetal confirmada
- Gestación múltiple
- Muerte fetal confirmada
- Muerte perinatal recurrente
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Patología asociada grave
- Placenta previa
- Preeclampsia grave
- Rotura prematura de membranas en el pre término

Controles generales en gestaciones de alto riesgo

Primera visita Anamnesis:

- Filiación

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Antecedentes obstétricos y ginecológicos
- Gestación actual

En cuanto a las analíticas y demás exploraciones complementarias iniciales serán básicamente las mismas que el control de un embarazo normal, de bajo riesgo. Fuera de esta línea, pediremos aquellas pruebas que nos ayuden más al control de la patología propia de cada paciente (electrocardiograma, ecocardiografía en patología cardíaca, marcadores serológicos en infecciones virales...)

Visitas posteriores

La frecuencia de cada visita y las exploraciones complementarias vendrán determinadas por el tipo de enfermedad y por la severidad de la misma. Siempre habrá que controlar:

- Peso, tensión arterial
- Maniobras de Leopold (para buscar la presentación y el grado de encajamiento)
- Cuantificación de FCF (frecuencia cardíaca fetal) y detección de DU(dinámica uterina)

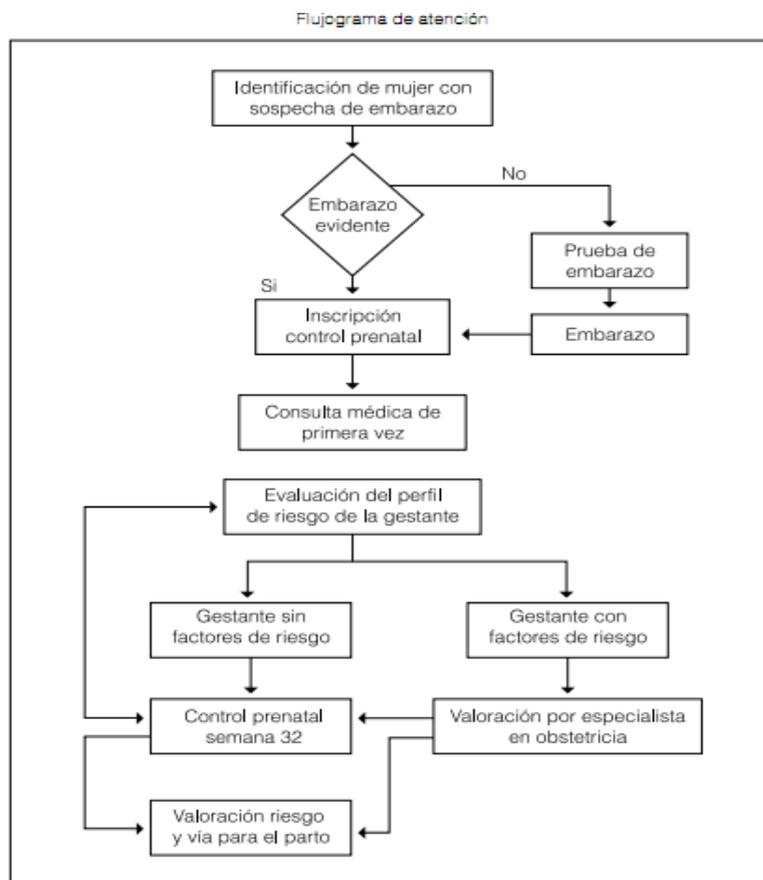
Un hecho importante en el control del embarazo de alto riesgo obstétrico es mantener a la paciente informada de:

- Pronóstico de su gestación
- Influencia de la gestación en su enfermedad de base
- Posibles complicaciones que pueden esperarse y su frecuencia aproximada Posible prevención y/o tratamiento de las complicaciones

- Frecuencia de visitas y de controles especiales que se prevé va a necesitar
- Signos de alarma previsible por los que deberá acudir al hospital antes de las visitas programadas

La vía y momento de finalización del embarazo dependerá de cada paciente en caso concreto, teniendo siempre en cuenta la existencia de dos pacientes y la interdependencia entre los dos y procurando siempre el bienestar de ambos

FLUJOGRAMA DE ATENCION



FUENTE.- Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.

5.7.2. Recursos

Recursos humano

Estudiante:

- Ingrid Andreina Torres Chávez

4.2 Recursos y medios de trabajo

Materiales	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Computadoras	2	--	--
Pendrive	2	--	
Internet	60 Horas	0,60	36,00
Refrigerio y comida	--	--	30,00
Transporte	--	--	15,00
Impresiones de Anteproyectos	127 Hojas	0,15	19,05
Material de Encuesta	220 Hojas	0,15	33,00
Manual para los estudiantes	220	0,95	209,00
Total			\$342,05

5.7.3. Impacto

El embarazo y sus cuidados durante el mismo necesitan del apoyo del personal de salud y de la familia de la gestante con una relación muy estrecha entre ellas, el estar informado de las enfermedades que mayormente afectan a las personas en estado de gravidez y saber cuáles son sus signos y síntomas, como se presentan y cuáles son los factores de riesgo de cada persona es fundamental para un buen desarrollo gestacional y por supuesto puerperal, O en su defecto debido a patología de abordaje externo como el aborto y sus consecuencias para la salud de la madre , indistintamente de la edad o de la etnia o posición económica, es fundamental para el desarrollo de los pueblos, de su gente, del país entero, ya que al disminuir la muerte materna, aumentamos

la expectativa de vida de nuestra gente y por lo tanto el desarrollo de los sectores que por salud se entienden.

5.7.4 CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	SEMANA			
	1	2	3	4
Semana 1.- Riesgo alto				
Semana 2.- Riesgo medio				
Semana 3.- Riesgo bajo				
Semana 4.- Flujograma de atención				

Fuente: Torres, 2020

5.7.5. Lineamientos para evaluar la propuesta

La mortalidad materna en nuestro país todavía tiene niveles altos en comparación con lo de los países desarrollados, pero con una buena educación a las madres principalmente en nuestros sectores rurales y a sus familiares, sería la mejor manera de disminuirla, y esto se lograría con brigadas de salud que brinden información a las mujeres en etapa fértil todos los caminos que pueden llevar a la muerte materna y como contrarrestarlos.

La presente propuesta se va a evaluar de forma trimestral en las capacitaciones proporcionadas al personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Alderete, G. A. (2019). *Capacidad resolutive en relación a la atención pre natal en el Puesto de Salud de Yanamarca Acolla–Jauja 2016*.
<http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/1509>
- Apolinario, S., & Moreima, D. (2021). *Demora obstétrica tipo I como un factor de la morbilidad materna extrema en segundigesta nulípara, Hospital III-1, Lima 2017*. <http://3.17.44.64/handle/20.500.12819/1066>
- Arcos, R. G., & Añamisa, A. O. (2020). *Impacto del entrenamiento con simuladores de alta definición para mejorar las destrezas y conocimientos al enfrentar emergencias relacionadas con la Sepsis*.
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18338>
- Atencia, O. L. (2021). *Efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Disminución de Riesgos Maternos y Perinatales*.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4883>
- Balcazar, S. V. (2019). *Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención de la mortalidad materna en la región Lambayeque. 2011-2016*. <https://repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4431>
- Briones, J. M. (2021). *Signos y síntomas de alarma reconocidos y tiempo de traslado de la gestante al establecimiento de salud. Puesto de salud Chontapaccha, 2020*. <http://190.116.36.86/handle/UNC/4257>
- Bueno, J. O. (2018). *Morbilidad materna externa y su relación con las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017*. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/1800>
- Cabrera, C., Gómez, J., Faneite, P., Caracas, O. U.-G. M., & 2021, undefined. (n.d.). *Mortalidad materna por trastornos hipertensivos del embarazo. ¿ Es inevitable? Maternidad “Concepción Palacios” 1939-2020*. *Researchgate.Net*.
<https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.3.7>
- CairaTicona, D. (2019). *“Factores relacionados a la satisfacción de la atención en gestantes de consultorio externo de obstetricia del Hospital III Goyeneche” Arequipa 2019*. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8156>
- Capani, B. A. (2019). *ACTITUD FRENTE A LOS SIGNOS DE ALARMA DE LOS FAMILIARES DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL, 2019*. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2824>

- Castañeda, G. D. (2019). *Muerte materna por Síndrome Hellp en gestante de 36 semanas en un hospital de nivel II, 2017*.
<https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/843>
- Espinoza, H. N. (2019). *Control de la atención en los servicios de salud y su relación con el número de gestantes reenocadas en el distrito de San Sebastian–Cuzco 2014*. <https://repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/4409>
- García, F. Z. (2021). *Factores asociados al tiempo de referencia en casos de mortalidad materna a nivel nacional según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de*.
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4083>
- González, K. G., & Jerez, Y. P. (2021). *Barreras de acceso en salud para la atención materno perinatal en las comunidades indígenas de Latinoamérica: revisión narrativa de la literatura*.
<http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/4892>
- Icochea, K. P. (2018). *Conocimientos y actitudes sobre las señales de alarma del embarazo en gestantes atendidas en la Micro Red de Salud Sacharaccay periodo julio agosto 2017*. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1744>
- Jave, N. C. (2019). *El desempeño profesional y la calidad de atención prenatal en gestantes del Hospital II-1-MINSA Moyobamba: enero-marzo 2016*.
<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3486>
- Largo, G. Ñ. (2017). *Evaluación de los determinantes del control prenatal mediante la libreta integral de salud en gestantes de la Magdalena Quito 2016*.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10335>
- Lopez, X. T. (2018). *Percepción de la calidad de la atención de primíparas y múltiparas atendidas en la Maternidad de María, Chimbote, diciembre 2016*.
<http://repositorio.usanpedro.pe/handle/USANPEDRO/5498>
- Méndez, M. S., & Calderón, M. R. (2020). *, sociales, educativas y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna: un análisis desde el enfoque de las tres demoras, Costa Rica, 2012*
<http://repositorio.ucr.ac.cr/handle/10669/82825>
- Mera-Mamián, A., de, R. A.-S.-R. F. N., & 2019, undefined. (n.d.). *Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado*. *Scielo.Org.Co*. Retrieved September 23, 2021, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000300064

Meza, F. B. (2018). *Factores que contribuyen a las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud de I y II nivel de atención en los distritos de Santo Domingo de los Tsáchilas en.*

<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17888>

Montes, F. R. (2019). *Características epidemiológicas y clínicas asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.*

<http://www.repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4500>

Moreno, S. C. (2018). *Calidad de atención que brinda el personal de salud a gestantes durante el control prenatal en el Centro de Salud Tipo C de San Rafael de la Ciudad Esmeraldas.* <https://181.39.85.171/handle/123456789/1723>

Odar, J. R. (2020). *Factores determinantes de la morbilidad materna extrema en las gestantes atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Año 2016-2017.* <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9003>

Pérez, M. C. L. de, & Delgado, D. S. (2019). *Características epidemiológicas, obstétricas, patológicas y del proceso de atención de las muertes maternas evitadas. Hospital Belén de Trujillo, 2017–2018.*

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5287>

Ramírez, M. M. (2019). *Atención de gestante que ingresa en trabajo de parto con antecedente de cesárea anterior 3 veces en un Hospital del tercer nivel-2017.*

<http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/808>

Ramos, J. A. (2019). *Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.*

<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3016>

Rodríguez, K., Rodríguez, J., ... J. G.-R. C., & 2020, undefined. (n.d.). Factores de riesgo asociados a diabetes por embarazo en pacientes atendidas en Centro de Salud Jipijapa. *Itsup.Edu.Ec*. Retrieved September 23, 2021, from

<https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/sinapsis/article/view/365>

Sachun, M. C. (2019). *Satisfacción según expectativas y percepciones en gestantes controladas en el hospital distrital de Jerusalen La Esperanza.*

<https://core.ac.uk/download/pdf/289257018.pdf>

- Sevillano, S. R. (2019). *Relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma con las características de las gestantes atendidas en la IPRESS San Antonio–2017*. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/895>
- Sierra, S. Á. (2017). *Demoras en la mortalidad materna en el departamento de Santander durante los años 2012 a 2015*.
<https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/623>
- Sulca-Diaz, R., ... R. P.-P.-R. médica, & 2017, undefined. (n.d.). Conocimiento y actitudes de las gestantes sobre los principales signos y síntomas de alarma en el embarazo, hospital regional de Ica, enero 2017. *Revistas.Unica.Edu.Pe*. Retrieved September 23, 2021, from <http://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/180>
- Yumiguano, A. M. (2021). *Asociación de los factores sociodemográficos y culturales al cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca*. <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/32824>

ANEXOS

Anexo 1.- Formato de encuestas.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Instituto de Posgrado y Educación Continua

Maestría en Salud Publica

Tema: LAS TRES DEMORAS EN SALUD QUE LLEVAN A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD MAYOR FLORES

Objeto de estudio. Este cuestionario está dirigido a las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud Mayor Flores.

1.- ¿Estado civil?

Soltera

Casada

Divorciada

Viuda

Unión Libre

2.- ¿Cuántas personas habitan en su domicilio?

1 – 3

4 – 6

Más de 6

3.- ¿Cuántas personas de su hogar trabajan?

Madre

Padre

Ambos

Ninguno

4.- ¿Hay un hospital o centro de salud cercano a su domicilio?

Sí

No

5.- ¿Existe transporte público para transportarse a la atención médica?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

6.- ¿Cuenta con alguna cobertura de salud?

less

Seguro campesino

Seguro privado

Ninguno

7.- ¿El Establecimiento de Salud cuenta con todo el talento humano capacitado?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

8.- ¿Le ha tocado regresar otro día para recibir la atención?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

9.- ¿Recibe atención inmediata cada vez que acude al centro médico?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

10.- ¿Le resultó difícil conseguir cita con el médico que realizó el control de su embarazo para que le atendiesen por primera vez?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

11.- ¿Le parecía un lugar agradable el centro o consulta donde se realizó el seguimiento de su embarazo?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

12.- ¿El número de visitas que ha realizado a su médico/matrona durante el embarazo ¿le pareció adecuado?

Si

No

13.- ¿Cuántas horas labora el establecimiento de salud?

8 horas

12 horas

24 horas

14.- ¿ Pasó mucho tiempo desde que supo que estaba embarazada hasta que fue vista por primera vez por el profesional que realizó el seguimiento de su embarazo?

1m – 3m

4m – 6m

7m – 9m

15.- ¿Ha presentado alguna enfermedad relacionada con su embarazo?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

16.- ¿Ha sido hospitalizada por alguna complicación?

Sí

No

17.- ¿Acude a los controles prenatales mes a mes?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

18.- ¿Reconoce usted cuales son los signos de alarma en el embarazo?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

19.- ¿Sabe usted cual es la importancia de los controles prenatales?

Siempre

A veces

Nunca

No responde

20.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido durante el embarazo?

Preclampsia

Anemia

Amenaza de parto prematuro

Diabetes gestacional

Otras



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



0013-E

Oficio No. UNEMI-DIP-MSP3-23-20

Guayaquil, 6 de Octubre del 2020

Sr. Dra.
Victoria Parra
Directora del Distrito de Salud 09D04
Presente:

De nuestra consideración.

Reciba un cordial saludo de las autoridades de la Dirección de Investigación y Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), quienes hacemos extensos los sinceros agradecimientos por la predisposición, la orientación y el apoyo.

Considerando su apreciable aporte a la formación de los maestrantes en Salud Pública, solicito a usted y por su digno intermedio, el ingreso de la Lcda. Ingrid Andreina Torres Chávez con cédula de ciudadanía 1206604512, a las instalaciones de los subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil Parroquia Tenguel, para realizar la observación de datos estadísticos y aplicación de encuestas a usuarios que regularmente acuden a dichos establecimientos, datos que van a ser utilizados en el proyecto de investigación, con el tema " LAS TRES DEMORAS EN SALUD QUE LLEVAN A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD MAYOR FLORES DE OCTUBRE DEL 2019 A MARZO DEL 2020"

Conocedores de su espíritu de colaboración quedamos agradecidos.

Cordialmente,

Msc. Lorena Ramírez Morán
COORDINADORA - MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO (UNEMI)

