



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DARÍO MACHUCA PALACIOS DE LA CIUDAD DE LA TRONCAL, 2020.

AUTORA

ANDREA FERNANDA MORA YLLESCAS

TUTOR

ERNESTO TORRES TERÁN, PHD

MILAGRO, 24 DE MARZO DEL 2022

ECUADOR

ACEPTACIÓN DE LA TUTORÍA

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la señorita Mora Yllescas Andrea Fernanda, Obstetra de profesión, para optar al título de Master en salud Pública y que acepto tutorizar la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 27 días del mes de Septiembre del 2021



Ernesto Torres Terán, PhD

CI: 0906050208

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo del Instituto de Investigación y Postgrado 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 o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 24 días del mes de Marzo del 2022



Andrea Fernanda Mora Yllescas
CI: 0940522345

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública otorga al presente trabajo de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[<u>54.66</u>]
DEFENSA ORAL	[38.67]
TOTAL	[93.33]
EQUIVALENTE	[<u>MUY BUENO</u>]



firmado electrónicamente por:
GABRIEL
JOSE SUAREZ

MSc. Gabriel Suarez Lima
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



firmado electrónicamente por:
ERNESTO IVAN
TORRES TERAN

MSc. Ernesto Torres Terán
DIRECTOR TFM



firmado electrónicamente por:
KATIUSKA
MEDEROS
MOLLINEDA

MSc. Katiuska Mederos Mollineda
SECRETARIA DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a los que conforman esta cohorte que han sido quienes me han inspirado a desarrollar esta investigación, cuyo aporte, esfuerzo y dedicación fortalecieron una excelente ejecución del mismo.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a mis padres y a mi Tutor de esta materia quien asesoró mi trabajo y compartiendo sus conocimientos para fortalecimiento del mismo.

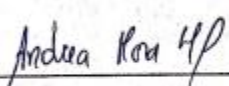
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Doctor.

Rector de la Universidad Estatal de Milagro Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi título de maestría, cuyo tema fue **Factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes. Hospital básico Darío Machuca Palacios** y que corresponde a la Unidad Académica de Ciencias de la Salud

Milagro, 24 de Marzo del 2022



Andrea Fernanda Mora Yllescas
CI: 0940522345

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DE LA TUTORÍA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 Problematización	3
1.1.2 Delimitación del problema	5
1.1.3 Formulación del problema.....	7
1.1.4 Sistematización del problema	7
1.1.5 Determinación del tema.....	7
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos Específicos.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
CAPÍTULO II	10
MARCO REFERENCIAL.....	10
2.1 MARCO TEÓRICO.....	10
2.1.1 Antecedentes históricos	10
2.1.2 Antecedentes referenciales.....	12
2.2 MARCO LEGAL.....	19
2.3 MARCO CONCEPTUAL	22
2.4 VARIABLES	23

CAPÍTULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA.....	29
3.2.1 Características de la población.....	29
3.2.2 Delimitación de la población.....	30
3.2.3 Tipo de muestra.....	30
3.2.4 Proceso de selección.....	30
3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	31
3.4 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.....	32
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
CAPÍTULO IV.....	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	33
4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	33
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
CAPÍTULO V.....	49
PROPUESTA.....	49
5.1 TEMA.....	49
5.2 FUNDAMENTACIÓN.....	49
5.3 JUSTIFICACIÓN.....	50
5.4 OBJETIVOS.....	51
5.4.1 Objetivo general.....	51
5.4.2 Objetivos específicos.....	51
5.5 UBICACIÓN.....	51
5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD.....	52
5.7 DISCUSIÓN DE LA PROPUESTA.....	52
5.7.1 Actividades.....	53
5.7.2 Recursos, análisis financiero.....	54
5.7.3 Impacto.....	54
5.7.4 Cronograma.....	55
5.7.5 Lineamientos para evaluar la propuesta.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1

Caracterización demográfica de las pacientes embarazadas.....35

Cuadro 2

Cantidad de embarazos previos en no primerizas.....37

Cuadro 3

Número de controles prenatales durante la gestación.....39

Cuadro 4

Casuísticas de atención de emergencias en gestantes.....41

Cuadro 5

Resultados de encuestas a gestantes que cursaron con internación hospitalaria.....42

Cuadro 6

Principales complicaciones presentadas durante el parto.....42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Registro de embarazos primerizos.....36

Figura 2

Cantidad de hijos de las encuestadas.....38

Figura 3

Enfermedades preexistentes en las gestantes.....40

Figura 4

Estadísticas de permanencia hospitalaria.....43

Figura 5

Tipos de infecciones asociadas a la atención de salud desarrolladas por las pacientes.....44

RESUMEN

La morbilidad materna se define como aquella situación que agrava el estado de salud de la gestante a corto, mediano y largo plazo, con un alto riesgo de muerte, por lo cual es considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con mayor gravedad en países en vías de desarrollo. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias. **Metodología:** Se realizó una investigación descriptiva, cuantitativa, prospectiva y de cohorte transversal. Se utilizaron dos instrumentos (encuestas y ficha observacional), los cuales se aplicaron a las gestantes atendidas en el área de emergencias del Hospital Darío Machuca Palacios. **Resultados:** Se obtuvieron 100 registros; la edad promedio fue de 24 años, el 36% de embarazos fueron en adolescentes, el 38% alcanzó la instrucción secundaria, y los ingresos mensuales fueron inferiores a 400 dólares en el 88%. El 34% fueron multíparas, el 19% contaba con entre 5 a 6 controles prenatales y el 8% manifestó tabaquismo, mientras que el 10% tuvo antecedentes de hipertensión arterial. La principal causa de asistencia a emergencia fue el dolor abdominal con un 38%, y el promedio de asistencia a emergencias fue de 2 ocasiones durante el embarazo. El 46% de las gestantes requirió internación hospitalaria y 74% presentaron complicaciones durante el parto. La hemorragia y atonía uterina representaron el 40% de las complicaciones. El 15% de las gestantes hospitalizadas permaneció ingresada más de 6 días y la principal complicación intrahospitalaria desarrollada fue la infección de herida quirúrgica con un 42%. **Conclusión:** Los principales factores de riesgo identificados fueron embarazo adolescente, baja escolaridad, multiparidad, y baja adherencia a los controles prenatales, sugiriendo una estrategia educativa a fin de mejorar la percepción de acerca de los factores de riesgo durante el embarazo.

Palabras clave: Morbilidad materna, mortalidad materna, salud pública, emergencias obstétricas.

ABSTRACT

Maternal morbidity is defined as a situation that aggravates the health status of the pregnant woman in the short, medium and long term, with a high risk of death, which is why it is considered one of the main public health problems worldwide, with greater severity in developing countries.

Objective: To determine the risk factors associated with maternal morbidity and mortality in pregnant women attended in the emergency department. **Methodology:** A descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional cohort study was carried out. Two instruments were used (surveys and observational record), which were applied to pregnant women attended in the emergency area of the Darío Machuca Palacios Hospital. **Results:** 100 records were obtained; the average age was 24 years, 36% of pregnancies were teenage pregnancies, 38% had secondary education, and 88% had a monthly income of less than \$400. Thirty-four per cent were multiparous, 19 per cent had 5-6 prenatal check-ups and 8 per cent reported smoking, while 10 per cent had a history of hypertension. The main cause of emergency care was abdominal pain (38%), and the average number of emergency care visits during pregnancy was 2. Forty-six per cent of the pregnant women required hospital admission and 74% had complications during delivery. Haemorrhage and uterine atony accounted for 40% of the complications. The main in-hospital complication developed was surgical wound infection (42%). **Conclusion:** The main risk factors identified were adolescent pregnancy, low schooling, multiparity, and low adherence to prenatal check-ups, suggesting an educational strategy to improve the perception of risk factors during pregnancy.

Key words: Maternal morbidity, maternal mortality, public health, obstetric emergencies.

INTRODUCCIÓN

La trayectoria del embarazo puede estratificarse de la siguiente manera: embarazo normal (saludable y sin complicaciones), embarazo mórbido (desarrollan complicaciones durante un tiempo específico del embarazo y luego cesan; generalmente no representan un riesgo para la madre), morbilidad materna severa (presentan complicaciones durante algunas etapas del embarazo, las complicaciones suponen un riesgo para la madre y para el feto) y muerte materna por causa del embarazo. Las mujeres que experimentan morbilidad materna severa (MMS) durante el embarazo, en el trabajo de parto o en la etapa de puerperio desarrollan complicaciones como hemorragia masiva, paro cardíaco, falla multiorgánica, infartos u otras complicaciones de salud que resultan en internación hospitalaria de larga estancia, transfusiones masivas, histerectomía, entre otras intervenciones médicas (Geller, et al., 2018).

Por lo tanto, la morbilidad materna describe aquellas complicaciones de la salud que pudieran suscitarse durante el embarazo o en el trabajo de parto, mientras que la mortalidad materna hace referencia a la muerte de la mujer por complicaciones durante el embarazo, parto o hasta en 42 días posterior al finalizar el embarazo, cualquiera haya sido su naturaleza. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas al embarazo y al parto. Además, el 75% de las mujeres que presentan problemas durante el embarazo o el parto son adolescentes, en comparación con mujeres que presentan embarazo entre los 25 a 30 años, teniendo este último rango etario también como un factor de riesgo (World Health Organization, 2019).

Las madres fallecen como resultado de las complicaciones presentadas durante el embarazo, parto o puerperio. La mayoría de estas complicaciones son prevenibles y tratables, a excepción de otras condiciones de salud que pudieran tener las madres y que pudieran empeorar durante el embarazo, especialmente si no se tiene los cuidados de salud adecuados. No obstante, el 75% de los decesos ocurre por una de las siguientes causas: hemorragia severa (durante la labor de parto o posterior al nacimiento), trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia), sepsis (usualmente después del parto), complicaciones durante el parto y abortos clandestinos (Chakhtoura, et al., 2019).

La morbilidad y mortalidad materna son elementos de riesgo a nivel mundial para las mujeres desde las percepciones de salud pública, pues si bien los índices de incidencia de estas han reducido en un 44% desde 1990, existen aún brechas de disparidad desproporcionadas. Para el año 2017 la incidencia de mortalidad materna a nivel mundial se situó en 211 muertes por cada 100,000 embarazos, no obstante, existen diferencias significativas al analizar por regiones. Inclusive, dentro de una misma región, se registró mayor incidencia de mortalidad entre mujeres y grupo familiares de ingresos bajos, así como de aquellas cuya ubicación geográfica fue en áreas rurales (World Health Organization, 2021).

A pesar de los avances internacionales en materia de políticas públicas y objetivos de desarrollo orientados a la disminución de la mortalidad materna, las regiones de África subsahariana y el sur de Asia siguen siendo las más afectadas a nivel mundial. En la región subsahariana de África se registraron para el año 2017 un total de 533 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, es decir un total de 200,000 muertes maternas al año, lo cual equivale al 68% de la totalidad de defunciones registradas en ese año. A esto se suma las muertes registradas en el sur de Asia cuya mortalidad materna fue de 163 por cada 100,000 nacimientos, es decir 57,000 muertes, equivalente a un 19% de la incidencia global (World Health Organization, 2019).

América Latina es una de las regiones del mundo con mayor avance en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, alcanzando para el año 2017 un total de 7.600 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos. No obstante, existe disparidad en la distribución de la morbilidad y mortalidad en esta región, de manera que según el Banco Mundial el Ecuador ocupa el noveno lugar en la región con 59 muertes por cada 100,000 niños nacidos vivos. Además, el mismo informe especifica que existen diferencias significativas según las regiones y otros elementos sociodemográficos que afectan a la población e incrementan la vulnerabilidad para las mujeres embarazadas en el Ecuador, en especial para aquellas que viven en zonas de difícil acceso a los servicios de salud (World Bank, 2020).

Estos informes estadísticos orientan a magnificar los esfuerzos del sistema de salud pública del Ecuador para poder obtener índices aún más bajos, por lo tanto, como futura especialista en salud pública se justifica el desarrollo de investigaciones para mejorar la salud colectiva en el país.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematización.

La morbilidad materna se define como cualquier causa relacionada al agravamiento de la gestante que puede llegar a causar la muerte materna durante el periodo de embarazo, parto y el puerperio. Entre los principales factores de riesgos tenemos: hemorragias, presión sanguínea alta, shock, infecciones, partos prolongados, multiparidad entre otros, la mayoría de las muertes y discapacidades maternas podrían prevenirse a través de intervenciones oportunas y cuidados eficientes durante la gestación. A pesar de los múltiples avances que se han alcanzado durante las últimas décadas, siguen siendo problemas de salud relevantes tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, debido al impacto económico y social (Hirshberg & Srinivas, 2017).

Parte de este éxito se debe a la inclusión de la disminución de mortalidad materna como Objetivo de Desarrollo Sostenible para el año 2030 la misma en la que se planteó alcanzar una disminución del 75% de la mortalidad materna a nivel mundial. Además, los avances en la medicina preventiva, estrategias de educación para la salud, desarrollo de antibióticos y mejoras en los procesos de atención ginecológica y obstétrica han contribuido de manera positiva a la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, existen otras problemáticas sociales que generan cada año embarazo en adolescentes, condición particularmente de riesgos dada la inmadurez de su sistema reproductivo para afrontar de manera adecuada un embarazo (Lisonkova, et al., 2017).

En su contrapunto, un embarazo en edad superior a los 35 años de edad también ha sido identificado como un factor de riesgo tanto para la madre como para el feto. Independientemente de la edad, el nivel económico se cita como medida de riesgo para el desarrollo de morbilidad en el embarazo, ya que limita la accesibilidad a una alimentación de calidad, controles médicos, medicinas, vitaminas y otros suplementos y necesidades que deben suplirse en una mujer embarazada. A su vez, la continuidad de estas limitaciones lleva al organismo de la mujer a

encontrarse en condiciones inadecuadas al momento del trabajo de parto o en el puerperio, volviéndola susceptible del desarrollo de anemia, infecciones y otras complicaciones frecuentes durante el embarazo (Lawton, 2018)

Además de los elementos sociales antes citados, el nivel educativo ha sido ampliamente identificado como medida de riesgo para el desarrollo de complicaciones del embarazo, en parte debido al poco interés que pudiera dar la madre a signos de alerta del embarazo. Entre los elementos que generan disparidad en la accesibilidad a servicios de salud se citan el nivel educativo, estatus socioeconómico, ubicación geográfica y etnia, existiendo una relación inversamente proporcional entre accesibilidad y escolaridad materna. El mismo estudio cita que evaluaciones sistemáticas desarrolladas en 175 países entre los años 1970 y 2009 evidenciaron la reducción de la mortalidad materna e infantil atribuida principalmente al incremento de la escolaridad de las mujeres (Mensch, 2019).

La calidad de los cuidados de salud es otro elemento crucial para el desarrollo de un embarazo saludable, partiendo desde la accesibilidad continua a los servicios de controles del embarazo y educación, mucho más si la embarazada presenta algún tipo de enfermedad previa que pudiera complicar su embarazo o labor de parto. De esta manera la institución de salud responsable podría prevenir las complicaciones que pudieran darse durante el parto y asegurar los recursos necesarios para disminuir el riesgo de muerte. De igual manera, la gestión correcta de las salas de hospitalización y cuidados especializados que pudieran requerir aquellas gestantes que acuden a sus instalaciones, observándose la importancia de sus intervenciones durante toda la etapa de embarazo hasta el nacimiento del niño (Howell, 2018).

El Ecuador, al igual que otros países de Latinoamérica, presenta problemáticas sociales marcadas como la desigualdad, corrupción de los sistemas políticos y estatales, accesibilidad limitada a los servicios de salud y baja calidad de los mismo, lo cual se constituye como factor de riesgo para el desarrollo de diversos problemas de salud pública, entre ellos la morbilidad y mortalidad materna. Por esta razón, a pesar de los esfuerzos realizados del país, continua con una mortalidad materna relativamente elevada si se lo compara con países líderes en la región como Chile que presentó tan

solo 14 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos atendidos para el año 2017 (Gutierrez, 2019).

En el contexto nacional, existe disparidad en la accesibilidad a los servicios de salud según el índice de pobreza, escolaridad, y ruralidad. Las provincias amazónicas del Ecuador tienen los más altos índices de mortalidad y morbilidad materna, seguidos de las zonas rurales de la sierra central, por lo cual esta problemática es considerada de interés público y cada año se incluye como objetivo ante la estrategia y cronograma de trabajo del Ministerio de Salud Pública. Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC) durante el año 2020 se produjeron un total de 191 muertes maternas, lo cual equivale a 57,6 por cada 100,000 nacimientos, un 50% más en comparación con el índice del año 2019 en cual se registraron tan solo 37,0 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021).

Por esta razón, el Comité Internacional De Derechos Económicos, Culturales Y Sociales, ha establecido que los estados soberanos tienen la obligación de asegurar la reproductividad, cuidado materno (prenatal y postnatal) así como los cuidados de salud del niño. De acuerdo a este comité, la carencia de servicios de emergencias obstétricas, así como accesibilidad oportuna a los servicios de salud que pudiera requerir a embarazada durante su periodo de gestación y puerperio pueden ser considerados violación al derecho de la vida y seguridad, con las consecuentes repercusiones legales. La reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad estatales son indicadores de efectividad en materia de salud pública, no obstante, el registro incompleto o la ausencia de las problemáticas presentadas durante el parto puede tergiversar los informes estadísticos reales (United Nations Human Rights, 2020).

1.1.2 Delimitación del problema

La ciudad de La Troncal se encuentra ubicada en la zona costanera de la provincia del Cañar y está constituida por 3 parroquias, una urbana, que es la parroquia del mismo nombre y dos parroquias rurales: Manuel J. Calle y Pancho Negro, siendo estas las zonas de afluencia de los pacientes que acuden al nosocomio de la ciudad que recibe el nombre de Darío Machuca Palacios.

El hospital básico Darío Machuca Palacios es uno de los 44 hospitales que conforma la red pública de atención en salud, bajo la dirección estratégica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Se encuentra situado en la ciudad de la Troncal, de la provincia del Cañar, brinda servicios para la prevención, diagnóstico y tratamientos de los usuarios que acuden diariamente a las unidades de emergencias y consulta externa, de igual manera a aquellos usuarios que permanecen bajo hospitalización.

Cuenta con 9 bloques estructurales siendo el primero de estos para el área de consulta externa, información, estadística y farmacia. El bloque 2 corresponde al departamento de emergencias y servicios auxiliares de diagnóstico tales como laboratorio e imagenología. El bloque 3 está conformado por el área de hospitalización general, mientras que el bloque 4 corresponde al área de quirófanos y central de esterilización. En los bloques del 5 al 9 se prestan diversos servicios que fortalecen la prestación de servicios institucionales tales como la administración central, lavandería, cocina, bodegas, morgue y control de vectores y plagas.

Este nosocomio se encuentra construido en un terreno con un área total de 1 hectárea, con una dotación total de 32 camas las mismas que se encuentran distribuidas de la siguiente manera: 8 camas para el servicio de medicina interna, 8 camas para el servicio de pediatría, 8 camas para atención al paciente de ginecología y obstetricia y 8 camas para pacientes de especialidades quirúrgicas. El 45% de atención hospitalaria en el año 2018, 646 hospitalizaciones fueron de causas gineco - obstétricas.

Las características operativas de la institución y el porcentaje de pacientes de especialidades ginecológicas y obstétricas atendidas refleja la importancia y relevancia del desarrollo de esta investigación, a fin de poder generar una propuesta efectiva que merme el problema identificado, el mismo que no solo puede afectar las funciones asistenciales, sino que genera carga extra para el sistema de salud pública, se convierte en un elemento de riesgo para la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar. Por lo tanto, se estratifica el presente trabajo según las líneas de investigación de la Universidad Estatal de Milagro, así como del programa de maestría:

Línea de investigación: Salud pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.

Línea de investigación de la maestría: enfermedades que afectan a la madre durante el embarazo.

Eje del programa: Epidemiología.

Objetivo del estudio: Determinar los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna.

Unidad de observación: Gestantes que acuden para recibir servicios de salud.

Tiempo: año 2020

Espacio: Unidad de emergencias del hospital Darío Machuca Palacios.

1.1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios del cantón la Troncal durante el año 2020?

1.1.4 Sistematización del problema

¿Cuáles son los principales factores de riesgo presentados por las mujeres embarazadas que acuden al área de emergencias del hospital Darío Machuca palacios?

¿Cuáles son los elementos clínicos asociados a morbilidad y mortalidad durante el embarazo, trabajo de parto o puerperio en las gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios?

¿Cómo influyen los elementos socioeconómicos en el desarrollo de morbilidad y mortalidad materna en las gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios?

1.1.5 Determinación del tema

Factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios de la ciudad de la Troncal, 2020.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios de la ciudad de la Troncal, 2020.

1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar los principales factores de riesgo presentados por las mujeres embarazadas que acuden al área de emergencias del hospital Darío Machuca palacios.

Identificar los elementos clínicos asociados a la morbilidad y mortalidad durante el embarazo, trabajo de parto o puerperio en las gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios.

Establecer la influencia de los elementos socioeconómicos en el desarrollo de morbilidad y mortalidad materna en las gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Cada día mueren en el mundo cerca de 830 mujeres por causas o complicaciones relacionadas al embarazo o trabajo de parto, la gran mayoría de estos se dan en países con ingresos económicos bajos, estimándose que son altamente prevenibles. La problemática social vinculada a la pobreza es por lo tanto uno de los elementos más agravantes de este problema, además del racismo y la inequidad en la accesibilidad a servicios de salud efectivos y seguros. Entornos sociales frágiles condicionan un riesgo ineludible en donde se añaden políticas de salud paupérrimas que no logran brindar cobertura o accesibilidad a servicios médicos indispensables para la atención a las mujeres embarazadas (Gadson, 2017)

El Ecuador es un país en vías de desarrollo con múltiples problemas sociales los cuales generan a su vez inequidad en la cobertura y prestación de servicios de salud. Si bien durante la última década la razón de muertes materna por cada 100,000 nacimientos se ha mantenido por debajo de 60 casos, no es un indicativo directo de éxito, al menos si se compara con otros países de la región que han mantenido índices concretos inferiores a los 30 casos. Así, el fortalecimiento de las medidas educativas desde el primer nivel podría ser consideradas como la piedra angular para la disminución de los casos de mortalidad materna.

El conocimiento de las medidas de alerta ante un problema en el embarazo permitiría tener una mejor perspectiva acerca de las circunstancias que desfavorecen el desarrollo normal del embarazo. El acceso oportuno y recurrente a los controles prenatales debe ser fomentado no solo como responsabilidad de los profesionales de salud, sino también empoderar a las madres y familias para que acudan a los mismos. De esta manera se podría disminuir el riesgo de un evento controlable, predecir las complicaciones en la labor de parto, monitorizar el estado de salud de la gestante y asegurar la disponibilidad de recursos especializados en el caso de advertirse complicaciones mayores de su embarazo. Por esto, se establecen los siguientes criterios que justifican la elaboración de esta investigación:

Delimitado: Porque se indagarán los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias del hospital Básico Darío Machuca Palacios de la ciudad de la troncal durante el año 2020.

Evidente: Esta característica radica en la vasta información bibliográfica que sustenta de manera teórica la problemática citada acerca de la morbilidad y mortalidad materna.

Relevante: No existe hasta el momento evidencia de investigaciones científicas de similares características que se hayan ejecutado en la institución citada.

Factible: Debido a que se contara con el apoyo técnico de los responsables operativos de la institución y el área de emergencias para poder desarrollar la investigación, facilitando los recursos y datos estadísticos relevantes para su ejecución en el tiempo determinado.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos

La mortalidad materna se conceptualiza como la muerte de una mujer durante el embarazo o hasta 42 días posterior al parto, la misma que puede darse por causas relacionadas de manera indirecta o directa con el embarazo ha sido considerada como un área prioritaria internacional en materia de salud pública desde la Conferencia de Maternidad Segura de Nairobi en 1987 organizada por la Organización mundial de la salud. A esta reunión acudieron representantes de más de 50 países en vías de desarrollo y por agencias claves de desarrollo, a partir de lo cual se han desarrollado otras reuniones e inclusive sirvió como precedente para la inclusión de la seguridad materno infantil al plantearse como Objetivo de Desarrollo del Milenio para el año 2000 (Onwurah, 2019).

La mortalidad materna se expresa como la frecuencia de muertes de las madres por cada 100,000 nacimientos que para antes de 1990 oscilaba en un rango de entre 359 a 427 casos. Por lo tanto, esta problemática fue incluida como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que se plantearon por parte del Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el programa de Naciones Unidas para el año 2000. Así pues, el objetivo 5 “A” planteo la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial en un 75% entre los años 1990 al 2015, lo cual significaba la reducción por país de al menos el 5.5% de mortalidad materna por cada año, objetivo que se complementó con la sección ODM 5 “B” en el que se plantea la universalidad del acceso a un programa de salud reproductiva (Reinke, 2017).

A pesar de los esfuerzos y compromisos internacionales, el Banco Mundial estima que la mortalidad materna apenas se redujo a un 44%, no alcanzándose el objetivo planteado, pero mejorando significativamente la reducción en muchos países, principalmente en los desarrollados en donde se vieron reducciones anuales superiores al 5,5%. Las naciones de la región subsahariana y de la costa este de Asia siguen siendo los más afectados por esta problemática, con relaciones de hasta 50 veces mayor riesgo de mortalidad, situación crítica, debido en gran parte a las frágiles condiciones sociales y económicas de estos países, sistemas de salud deficientes, recursos

limitados y bajos niveles de cobertura y accesibilidad a servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2019).

A la desigualdad social como elemento referente ante el incremento del riesgo de mortalidad se agregan las problemáticas vinculadas a este como son analfabetismo, condiciones de vivienda precarias y ruralidad, hábitos alimenticios inadecuados, bajos ingresos económicos, entre otros. Diversos estudios demuestran que tanto el déficit de los sistemas de salud como las condiciones socioeconómicas son la principal amenaza para el desarrollo de complicaciones en el embarazo, pudiéndose ratificar esta relación en el sentido que el 99% de los casos de mortalidad registrados se da justamente en los continentes antes citados. Además, la etnia es otro factor considerable, existe predisposición genética en mujeres de etnia negra para el desarrollo de complicaciones durante el embarazo, ya sea por trastornos relacionados al crecimiento desproporcional del feto, así como a susceptibilidad para el desarrollo de trastornos hipertensivos y diabetes gestacional. (Howell, 2018).

Tan solo en Estados Unidos se registra que la mortalidad en mujeres de raza negra es de 3 a 4 veces mayor que las mujeres de raza blanca e inclusive que las mujeres latinas, citando en este contexto el riesgo por la raza y no por la fragilidad del sistema de salud de este país. El crecimiento de la mortalidad materna en mujeres de raza negra ha incrementado en 12 puntos desde el año 2007, compartiendo altos niveles de mortalidad junto a otros grupos étnicos como indígenas. A esto se suman los problemas de salud o morbilidad, que afecta a largo plazo a las embarazadas, las cuales se citan que se da en relación de 1 a 100, es decir, que por cada muerte materna que se genera, 100 mujeres desarrollan afectaciones de salud severa que pueden ser ginecológicas, quirúrgicas o clínicas, requiriendo internación hospitalaria prolongada (Creanga, 2017).

La estimación de la mortalidad materna en los países es indispensable para la formulación de estrategias, normativas y políticas públicas que intervengan las causas de esta problemática. Sin embargo, con sistema de salud que no desarrollen la investigación y que presenten problemas estructurales y técnicos en sus sistemas y procesos de registros estadísticos, la cifra real de muerte materna puede estar subestimada y muy lejos de la realidad. Por esta razón múltiples organizaciones internacionales desarrollan investigación frecuentemente con el fin de poder

establecer códigos por registros de mortalidad más precisos y limitar las discrepancias que las apreciaciones personales de los profesionales de salud puedan generar (Hasegawa, et al., 2020).

Esta investigación brindará información concreta acerca de los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad a los que se encontraron expuestas las embarazadas que acudieron hacia el hospital Darío Machuca Palacios en la ciudad de la Troncal, el cual, al igual que otros centros de salud busca brindar servicios de calidad, por lo cual, se estima que, reconociendo de manera oportuna los elementos negativos se puedan crear intervenciones efectivas que disminuyan el riesgo de complicaciones, teniendo un efecto positivo, y mejorando ampliamente la calidad de atención y calidad de vida de las gestantes y madres de familia.

2.1.2 Antecedentes referenciales

En relación a los elementos de riesgo para el desarrollo de morbilidad y mortalidad se pueden estratificar en 3 grandes grupos: elementos sociodemográficos, antecedentes clínicos y controles ginecológicos, gestión de los servicios de salud. En cuanto a los elementos sociodemográficos se puede afirmar que es el grupo más amplio y diverso en el contexto de evaluación de riesgo, incluyéndose en este la edad de la gestante, hábitos nocivos para la salud, nivel educativo, ingresos económicos, raza, residencia y estatus económico.

En cuanto a los antecedentes clínicos se incluyen las enfermedades que previamente ya presentaba la gestante, así como aquellas alteraciones de salud que desarrollo durante el embarazo. A esto se añaden los antecedentes quirúrgicos antes del embarazo o durante este, indiferente de si se encuentra relacionada con el embarazo. En cuanto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos se citan abortos previos (espontáneos o planificados), controles del embarazo, cesáreas previas, antecedentes de partos complicados.

Finalmente, en cuanto a la gestión de los servicios de salud se cita la intervención oportuna de la institución ante una amenaza inminente de complicaciones durante el parto, disponibilidad de camas y quirófanos para hospitalización, distribución de cama hospitalaria para atención, número de días de hospitalización, controles intrahospitalarios.

Elementos sociodemográficos

Edad de la gestante

La edad adecuada para un proceso de gestación saludable se sitúa entre los 21 a 29 años de edad. El embarazo en adolescentes ha sido asociado con niños de bajo peso al nacer, muy alta probabilidad de nacimiento pretérmino, hospitalizaciones recurrentes durante la infancia, bajo ritmo de crecimiento del niño y requerimiento de asistencia de emergencias frecuentes en el primer año de vida. Estas circunstancias adversas se agravan además por el uso de drogas o alcohol por parte de las adolescentes, limitación en las oportunidades de estudio, aspiraciones y expectativas educativas, lo cual incrementa el riesgo de deterioro social al no poder superarse en los estudios y poder contribuir a la sociedad por medio de una labor particular (Harron, et al., 2020).

En su contrapunto, una edad materna superior a los 34 años se considera también una condición de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud estima que más de 300.000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), busca poner fin a todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes. La edad materna avanzada se asoció a un aumento de las complicaciones relacionadas con el parto en el 25% de las gestantes, desarrollando principalmente hipertensión arterial, sangrado excesivo, cérvix incompetente y sufrimiento fetal en el parto (Sheen & Wright, 2018).

Escolaridad de la gestante

Tanto en países desarrollados como en vías al desarrollado se ha evidenciado que el nivel educativo de la gestante influye de manera inversamente proporcional al riesgo de mortalidad, es decir, mientras más bajo sea su nivel educativo, más alto el riesgo de complicaciones. Cerca de 65% de las gestantes que cursaron con una educación primaria y/o secundaria desconocen los elementos y signos de riesgo durante el embarazo, lo cual no les permite identificar situaciones que pudieran ser peligrosas para su salud como para la de su criatura, retrasando el proceso de asistencia hospitalaria en al menos un 45% de ellas y por lo tanto incrementando el riesgo de complicaciones. La preeclampsia ha sido la principal complicación manifestada y referida como elemento de mortalidad en embarazadas cuyo nivel educativo fue bajo, por lo cual es importante destacar que

la educación es una vía para empoderar a las mujeres con la habilidad de contribuir a su cuidado mediante la identificación oportuna de elementos de riesgo (Wirsiy & Ako, 2019).

Multiparidad

La multiparidad es un problema médico y social que ha captado la atención de obstetras a nivel mundial en muchos países, principalmente en aquellos cuya tendencia poblacional se orienta hacia la hiperpoblación, así como a clínicos e investigadores en países desarrollados con el propósito de analizar las causas de morbilidad y mortalidad materna ocasionadas por esta condición. Puesto que la familia es la unidad básica de la sociedad, el incremento de los miembros de una familia representa mayor inversión en salud, educación, alimentación, así como una serie de cuidados especializados y dietas que deben seguir las gestantes durante el embarazo. De igual manera, los cambios anatómicos y fisiológicos presentados por la mujer durante el embarazo condicionan una serie de cambios representativos (Ntoimo, 2018).

Así pues, una inadecuada planificación familiar puede resultar amenazante tanto para el niño como para la madre, ya que se ha asociado ampliamente la condición de multiparidad y gran multiparidad (más de 4 embarazos previos) con eventos negativos durante el trabajo de parto y puerperio, así como el incremento en el riesgo perinatal. Además, según Lavayen (2109) la multiparidad es considerada como el principal elemento de riesgo para la presentación de hemorragias maternas post parto.

Etnia de la gestante

La mortalidad materna en mujeres negras es 3,55% veces mayor a la de las gestantes de otras etnias entre las mujeres blancas entre las principales causas de mortalidad materna en mujeres de raza negra se encuentra la eclampsia y preeclampsia, cardiomiopatías postparto, la cual es 5 veces más frecuente que en mujeres de otras etnias, se añade además el embolismo obstétrico y el riesgo de hemorragia. En total, estas causas representan el 59% de complicaciones que puede sufrir una mujer de raza negra durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio. La prominencia de patologías vasculares como principal causa de muerte precisa el incremento de la vigilancia epidemiológica y de los problemas cardiovasculares, ya que algunas de estas muertes pudieran prevenirse (MacDorman, 2021).

Residencia

Otro elemento relacionado con la brecha socioeconómica es distribución de residencia, de manera que en zonas rurales las mujeres embarazadas tienen 5 veces mayor riesgo de complicaciones derivadas del embarazo en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas. Esto, debido principalmente a la diferencia en la accesibilidad a los servicios de salud, y a los tiempos que toma la atención médica en el caso de una emergencia. De acuerdo la evaluación nacional de mortalidad materna realizada en China, existe una diferencia de 60 millones de muertes maternas registradas en zonas rurales de países en desarrollo, y 5 millones de muertes prevenibles en países industrializados, debido a que, en estos últimos, a pesar de las distancias entre zonas geográficas y centros de acceso médico, sus sistemas de salud cuentan con otras herramientas que permiten asegurar la accesibilidad mucho más oportuna (Zhao, et al., 2020).

Como consecuencia de su ubicación geográfica, el desplazamiento a las zonas urbanas en donde puedan llevarse a cabo controles prenatales se vuelve complicado para las gestantes, debido a esto, cuentan con muy pocos, o nulos controles previos, no pudiendo establecer la posición de la criatura o alguna otra eventualidad relacionada a su crecimiento y desarrollo durante el embarazo. En América Latina, las regiones selváticas de Guatemala registran los más altos índices de mortalidad materna, siendo las mujeres de la población indígena Maya aquellas en mayor riesgo con unas 15,5 muertes por cada 100,000 nacimientos, la gran mayoría de estos por complicaciones durante el parto y puerperio (Martínez, et al., 2018).

Estatus económico

De los elementos que conforman riesgo para desarrollo de morbilidad y mortalidad materna, el nivel económico es uno de los más importantes, partiendo desde la premisa que, precisamente aquellos países con menor poder adquisitivo son los que lideran la lista de altos índices de mortalidad materna. En el contexto socioeconómico, un bajo estatus económico limitará el acceso a los recursos necesarios para el desarrollo de un embarazo saludable como son alimentación de calidad, controles durante el embarazo, accesibilidad a servicios de salud de calidad y planificación en el contexto de detección de riesgo en el parto.

La disponibilidad de los recursos económicos puede influenciar en las decisiones que se tomen para el control prenatal y están afectan el desarrollo normal del feto, es decir generan baja ganancia de peso en el 55% de las gestantes, principalmente si estas dentro de su grupo familiar obtienen ingresos que no alcanzan a cubrir todas las necesidades básicas de la familia. Así mismo, figuran como la principal causa de asistencia inoportuna para el trabajo de parto en un 45% de los casos, teniendo temor principalmente por el déficit de recursos para la atención y cuidados que puede requerir el bebé, provocando una asistencia para trabajo de parto que no es planificada y poniendo en riesgo la vida de la madre como al bebé (Cameron, 2019)

Hábitos maternos

Las características del comportamiento de la gestante son cruciales para discernir acerca del progreso del embarazo en la mujer, requiriendo en ocasiones la modificación de hábitos y actitudes rutinarias que ahora puedan resultar nocivas para la salud del niño. Sin embargo, existen múltiples elementos sociales, ocupacionales o religiosos que pueden entorpecer la modificación de estos hábitos, lo cual genera un riesgo agregado al desarrollo del embarazo. En relación a los hábitos de riesgo que pueda tener la gestante, el 13% de los embarazos que presentan complicaciones moderadas o graves se asocia con hábitos de alcoholismo, tabaquismo, o uso de fármacos sin prescripción médica durante el embarazo (Mangla, 2019).

En la actualidad, al menos el 5% de las gestantes sufren de algún tipo de enfermedad crónica antes de la concepción (asma, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades tiroideas, gastrointestinales, trastornos depresivos y otras afectaciones psicoemocionales por lo cual deben continuar durante el tratamiento durante el embarazo. A esta problemática se añade la automedicación que, según la

Organización Mundial de la Salud, al menos el 85% de las gestantes toman uno o varios fármacos sin prescripción médica durante el embarazo. Esta realidad se acentúa y se agrava en el contexto latinoamericano, donde la automedicación no solo incluye fármacos de origen industrial sino también otro tipo de sustancias sin registros sanitarios, hierbas, raíces y otros elementos al que se le adjudica capacidad curativa y que representan riesgos deletéreos para la gestante (El Hajj, 2020).

Antecedentes clínicos

En relación a las condiciones de salud previas, Vergara (2018) en su estudio realizado en Ecuador acerca de los factores de riesgo asociados a gestantes atendidas en el Hospital básico de Naranjal identifico que los principales antecedentes clínicos presentados por las gestantes atendidas en el área de emergencias fueron el síndrome hipertensivo con un 28% y la recurrencia de infecciones renales con un 23%. Así mismo, Cristobal (2018) expresa que los trastornos hipertensivos representaron el 96% de los casos registrados en su estudio acerca del perfil clínico de las gestantes con preeclampsia, estudio desarrollado en el Hospital de Apoyo Pichanaki, en Perú.

Durante las últimas dos décadas, las enfermedades cardiovasculares han contribuido en gran manera al desarrollo de morbilidad y mortalidad materna tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En Estados Unidos las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías, valvulopatías) son la principal causa de mortalidad durante el embarazo y puerperio, significando un 26.5% de muertes maternas. El sangrado transvaginal es un mal pronóstico en el desarrollo normal de un embarazo y en un 17% de los casos su desarrollo obedece a un inadecuado control de enfermedades desarrolladas durante la gestación, principalmente infecciones de vías urinarias (Chanine, 2019).

La identificación temprana de estas enfermedades podría suponer una mejoría en el tratamiento y manejo durante el embarazo y en la prevención de sus complicaciones. En relación a los principales síntomas manifestados por las gestantes que acuden a las unidades de emergencias Correa (2021) expresa que al menos el 51,1% de gestantes atendidas en Emergencias expresaron dolor abdomino-pélvico como principal sintomatología durante el proceso de asistencia médica.

Controles prenatales

El control prenatal es una herramienta que tienen los servicios de salud para poder detectar de manera temprana complicaciones o posibles eventualidades negativas que pueda desarrollar una mujer durante algún periodo de su embarazo, en el parto, o en el puerperio, generando así una notable disminución sobre la morbilidad y mortalidad materna. Según un nuevo consenso de la Organización Mundial de la Salud realizado en el año 2016 y ajustándolo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la cantidad ideal de los controles prenatales asciende a 8 controles (con un mínimo de 5), los cuales deberían tener la siguiente distribución; el primer control debería realizarse antes de las 12 semanas de gestación y consecutivamente a las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación (Takahashi, 2017).

La detección oportuna de cualquier eventualidad supone un reto para los sistemas de salud pública a nivel mundial, principalmente para aquellos países en donde existe mayor vulnerabilidad, como lo son las naciones latinoamericanas. La inasistencia a los controles prenatales en estos países obedece principalmente a un bajo nivel de instrucción escolar, ocupación, falta de empleo, ubicación geográfica del hogar en relación al centro asistencial, creencias religiosas, costumbres, y la baja percepción de calidad que se tiene acerca de los servicios de salud (Barros, 2021).

En el Ecuador, la presencia de estos factores limita que las embarazadas puedan acudir a recibir atención prenatal de manera oportuna, incrementando el riesgo de complicaciones obstétricas, asumiéndose que un adecuado control prenatal disminuyó la mortalidad materna en un 0,5% durante el año 2019. No obstante, en un estudio realizado en Ambato acerca de la adherencia de las gestantes a los controles del embarazo que halló que el 45% de ellas no acudió de manera regular a sus controles y no completó el requerimiento mínimo establecido por la Organización Mundial de la Salud, hallándose a su vez como elementos de riesgo una inadecuada condición económica, gran número de embarazos en adolescentes e incomprensión por parte del grupo familiar (Piña, 2020).

Complicaciones durante el parto

Las complicaciones obstétricas son un problema del sector salud a nivel mundial pueden conllevar a mortalidad materna, por lo cual radica la importancia de los controles prenatales como medida

oportuna para detectar problemas en el embarazo y prevenir graves consecuencias. En Colombia una muestra de 2199 gestantes se identificó que el 57,2% se realizaban control prenatal, de éstas 17,1% presentaron trastornos hipertensivos, el 2,2% desarrollaron hemorragias post parto y 2% sepsis. Mientras tanto, las gestantes sin controles prenatales presentaron trastornos hipertensivos en un 26%, 5,7% desarrollaron hemorragias post parto y un 3,2% de ellas desarrolló sepsis, siendo estas las principales complicaciones halladas (Andrade, 2019).

Accesibilidad a los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios oportuna a los servicios de salud representa al menos un 23% de diferencia en la mortalidad materna en los países a nivel mundial. La contribución más importante de los sistemas de salud es la disposición de personal de salud capacitado en los centros de salud comunitarios, lo cual representa una mejoría en la atención materna en un 8.6% en comparación con aquellos centros básicos que no cuentan con personal capaz de atender un parto. A su vez, es necesario considerar que la cantidad de personal será acorde con el volumen esperado de pacientes o comunidades de referencia para la atención, caso contrario no se podría facilitar atención oportuna a las mujeres que así lo requirieran (Mawarty, 2017).

2.2 MARCO LEGAL

La salud en el Ecuador es un derecho garantizado por medio de la **Constitución de República (2008)**, estableciendo diversos artículos, lineamientos y estatutos que permiten a los diferentes organismos regular de manera oportuna las intervenciones que sean necesarias en cada grupo social, tanto niños, jóvenes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos. Su último registro oficial tuvo una modificación en el año 2011, la cual se encuentra vigente, de la cual se citan los siguientes artículos referentes al problema de investigación:

Sección séptima, Salud

Artículo 32, literal b: El estado garantizara el derecho a la salud 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.

Además, la constitución del Ecuador establece políticas de protección para las mujeres embarazadas, la cual se detalla en la sección cuarta, **artículo 43**, en donde cita: “El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a no ser discriminados por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral; la gratuidad de los servicios de salud materna; la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto, así como disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Junto a estos artículos declarados a nivel constitucional, se agregan además otros artículos enmarcados en la **Ley Orgánica de Salud del Ecuador (2011)**, citando de esta manera los siguientes artículos:

Artículo 3: La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Artículo 6, literal 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud pública formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local lo requiera.

Se puede por lo tanto evidenciar el importante rol que cumple el Ministerio de salud pública como ente regulador de los procesos de promoción de salud y aseguramiento de la atención de los individuos dentro del territorio nacional, en el cual se incluyen a las gestantes como un grupo prioritario de atención. En capítulo III de esta ley establece políticas acerca de la salud sexual y reproductiva de la mujer, citando para fines de esta investigación los siguientes artículos:

Artículo 21: El estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Estos artículos a su vez están fundamentados y tienen concordancia con el libro I del Código Civil, artículo 61 y con la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la infancia, artículo 1. Además de la importancia que sugiere este artículo en cuanto a la atención de las mujeres embarazadas, existen otros criterios establecidos por ley para la atención de las pacientes en etapa de gestación, citando así el siguiente artículo:

Artículo 22: Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

De la misma manera, el Código de la niñez y adolescencia (2008) especifica un artículo acerca de la atención durante el embarazo y al momento del parto, citando textualmente lo siguiente:

Artículo 25: El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Plan nacional de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal: su objetivo es Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de atención a las mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales foque familiar intercultural, así como de los riesgos buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Puerperio: Según la OMS, se define como puerperio al lapso de tiempo entre el final del parto y la primera menstruación, periodo durante el cual el cuerpo de la madre experimenta una serie de cambios y readaptaciones fisiológicas que pueden dar lugar al desarrollo de diversas patologías que varían en gravedad, desde manifestaciones leves como agrietamiento de pezones, mastitis puerperal, patología vascular del puerperio, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. A estos eventos relativamente comunes, se añaden otros menos frecuentes como depresión y psicosis puerperal, miocardiopatía periparto y tiroiditis postparto (Malvasi, et al., 2017).

Preeclampsia: Esta entidad patológica es definida como la presencia de hipertensión y proteinuria después de 20 semanas de gestación en una paciente que previamente no había manifestado hipertensión arterial. Sin embargo, una proporción considerable de mujeres desarrollan otras manifestaciones sistémicas de preeclampsia entre las que se incluye plaquetopenia y elevación de enzimas hepáticas mucho antes de desarrollar proteinuria (Rana, 2019)

Eclampsia: La eclampsia o toxemia gestacional es aquella patología que se caracteriza por la presencia de convulsiones o crisis epilépticas en la embarazada y que no manifiestan relación con algún tipo de afectación cerebral preexistente en ella. La eclampsia puede suscitarse en cualquier momento desde el segundo trimestre del embarazo hasta el final del puerperio y se considera que su desarrollo se debe a las complicaciones fisiológicas generadas por un inadecuado control de la preeclampsia (Zamfir, et al., 2018).

Síndrome de HELLP: Es una afectación poco frecuente, pero de alto riesgo en las mujeres embarazadas, el cual se caracteriza por un conjunto de desórdenes hemodinámicos y alteración hepática, con evidencia clínica que se traduce en la descomposición de los glóbulos rojos (Hemolysis), además de elevación de enzimas hepáticas (Elevated Liver enzymes) con la consecuente alteración funcional del hígado al mismo que se sigue la disminución de plaquetas (Lower Platelets), generando alto riesgo de sangrado en la gestante, problemas con la placenta, anemia, edema pulmonar o parto prematuro (Rimaitis, et al., 2019).

Óbito fetal: Se define como la muerte o pérdida de un bebe durante la gestación o en el parto, el mismo que en términos técnicos difieren del aborto espontaneo en función de las semanas de gestación en la que sucede, de manera que el aborto espontaneo se define como la pérdida de un bebe antes de la semana 20 de gestación mientras que la muerte fetal tiene lugar después de las 20 semanas de embarazo (Muglu, et al., 2019).

Hábitos maternos: Conjunto de comportamientos que desarrolla una mujer durante su etapa de gestación, los mismo que involucran cambios en su ritmo de vida, forma de ocio, trabajo, ejercicio y alimentación, los cuales pueden suponer un beneficio o riesgo para el desarrollo normal del embarazo, según la percepción de riesgo que tenga la mujer acerca del riesgo que puede suponer una determinada actividad (Mangla, 2019).

Multiparidad: Condición clínica caracterizada por una gran cantidad de partos previos en una mujer, situación que genera alteraciones anatómicas y fisiológicas en el útero, disminución de la elasticidad y contractibilidad, con el consecuente incremento del riesgo durante un nuevo trabajo de parto, así como riesgo perinatal (Lavayen, 2019).

2.4 VARIABLES

Declaración de las variables

Variables de estudio: Factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala (ítems)
Datos socioeconómicos y demográficos	Características socioeconómicas y demográficas de la población objeto de estudio.	Edad	Edad	≤ 14 años Entre 15 a 19 años Entre 20 a 34 años ≥ 35 años
		Escolaridad	Nivel educativo de la gestante.	Ninguno Primaria Secundaria Técnica Universitaria Postgrado
		Integración familiar	Estructuración y formación del grupo familiar.	Esposo/pareja Familiares Sola con sus hijos
		Situación laboral u ocupación	Participación dentro de la fuerza económicamente activa.	Trabajo remunerado Trabajo no remunerado (Ama de casa)
		Ingresos mensuales	Cantidad de dinero que recibe un individuo en función de un trabajo ejecutado.	Menos de 400 USD Entre 401 a 600 USD Entre 601 a 900 USD Mayor a 901 USD

Antecedentes patológicos y gineco obstétricos de la gestante	Conjunto de características y eventualidades en la salud de la gestante que podrían influenciar en el desarrollo de morbilidad y mortalidad durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio.	Residencia	Lugar de permanencia y/o ubicación usual de un individuo.	La Troncal Pancho Negro Manuel J. Calle Otro cantón/provincia
		Semanas de gestación	Total de semanas de gestación que tiene una mujer desde la concepción hasta la evaluación médica (Patiño & Campos, 2018)	Número de semanas de gestación
		Gestante primigesta	Paciente que cursa con su primer embarazo (De Almeida, 2018)	Sí No
		Embarazos previos	Número total de embarazos que hayan o no cursado con nacimiento del producto (Rodríguez & Flores, 2018).	1 embarazo 2 embarazos 3 embarazos 4 embarazos 5 embarazos 6 embarazos o más
		Hijos	Número de hijos que haya tenido mediante el parto o cesárea.	1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos 5 hijos
		Abortos	La gestante ha tenido un aborto,	Ninguno Sí

<p>Atención hospitalaria</p>		<p>Control prenatal del embarazo actual</p>	<p>indiferentemente de su causa Controles prenatales durante el embarazo actual.</p>	<p>No Ningún control 1 control 2 controles 3 controles 4 controles 5 o más controles</p>
	<p>Hábitos de la gestante</p>	<p>Conjunto de actividades que realiza un individuo de manera rutinaria.</p>	<p>Ninguno Tabaquismo(activo/pasivo) Uso de drogas Alcoholismo Ninguna</p>	
	<p>Antecedentes patológicos personales de la gestante</p>	<p>Enfermedades previas presentadas por la gestante (Velasteguí, 2018).</p>	<p>Ninguna Hipertensión arterial Asma bronquial Diabetes Enfermedades vasculares</p>	
	<p>Alteraciones de salud durante el embarazo</p>	<p>Causas por las cuales la gestante acude a una atención de emergencias en la institución de salud. Frecuencia de asistencia a emergencias durante el embarazo</p>	<p>Dolor pélvico + sangrado transvaginal Infección de vías urinarias Infección genital Malestar general Cefalea Dolor pélvico Cantidad de veces que acude al hospital por causa de una emergencia médica durante su embarazo</p>	

		Asistencia hospitalaria por complicaciones durante el embarazo.	Durante su visita a la emergencia de hospital requirió internación	Si No
		Tipo de parto	Requerimiento de cirugía de emergencias para atender el parto	Si No
		Edad gestacional	Forma en la cual se obtiene el producto de gestación	Normal o vaginal Cesárea
		Complicaciones relacionadas al parto.	Clasificación de la edad gestacional del producto al momento de ser recibido en el parto	Producto pretérmino Producto a término Producto postérmino
		Tiempo de internación hospitalaria.	Complicaciones durante el parto	Sí No
			Eventualidades que pudieran prolongar o entorpecer el trabajo de parto	Episiotomía Restos placentarios Retención placentaria Hemorragia Eclampsia Desgarro Atonía uterina Otras
			Tiempo de internación necesaria para el tratamiento de patología	De 24 a 48 horas Entre 3 a 5 días Igual o mayor a 6 días

		<p>Infecciones asociadas a la atención en salud.</p>	<p>o requerimiento médico especializado</p> <p>Complicaciones de salud que no estaban presentes en el paciente al momento de su ingreso o asistencia a nivel hospitalario</p> <p>Tipo de infección desarrollada por el paciente</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>Infección de herida quirúrgica</p> <p>Neumonía</p> <p>Sepsis de origen urinario</p>
--	--	--	---	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo descriptiva, factible de realizar en relación a la pertinencia e interés científico de la problemática acerca de los factores de riesgo asociado a morbilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias del Hospital Básico Darío Palacios Machuca de la ciudad de La Troncal, en la provincia del Cañar.

La modalidad de la investigación desarrollada fue aplicada, ya que se ejecutó en el área de emergencias del hospital antes mencionado, de donde se tomó la información directamente de las gestantes que acudieron por atención médica y que requirieron atención o internación hospitalaria, ya sea para el tratamiento de las eventualidades presentadas o para el trabajo de parto en los casos que se requirió realizarlo. Según el método utilizado, el presente trabajo de investigación es cuantitativo ya que se procedió a recoger datos mediante el uso de instrumentos previamente validados por expertos, datos que posteriormente se analizaron matemática y estadísticamente, permitiendo medir la frecuencia y condiciones presentadas por la población.

A su vez, la información que fundamenta la problemática ha sido concatenada por medio de revisión bibliográfica relevante, pertinente y actualizada, citando no solo trabajos realizados por investigadores sino también por organismos internacionales como la organización mundial de la salud y UNICEF, además de establecer los elementos legales vigentes en el Ecuador en relación a la morbilidad y mortalidad materna. Finalmente, en cuanto a su orientación temporal, se describe como una investigación transversal ya que se establece el tiempo de investigación durante el segundo semestre del año 2020.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población objeto de estudio estuvo conformada por todas las gestantes que acudieron al área de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios durante el tiempo establecido para la

investigación; se incluyó además a aquellas gestantes recibidas por derivación de algún centro de salud cercano, así como aquellas que se realizaron controles regulares en el departamento de consulta externa.

3.2.2 Delimitación de la población

Todas las gestantes que acudieron por atención médica al área de urgencias fueron incluidas en la población, no obstante, se excluyeron de este grupo a aquellas que acudieron por atención médica y que en su evaluación se encontró óbito fetal y/o que hubieran requerido la ejecución de un aborto, indiferente de la causa. Luego de la aplicación de estos criterios se expresa que, en promedio recibieron atención un total de 50 gestantes por mes en el área de emergencias, teniendo un promedio de 300 atenciones ginecológicas en el área, algunas de las cuales solo requirieron manejo ambulatorio y otras requirieron internación, ya sea para control de su estado clínico y otras para ejecutar el trabajo de parto, por lo cual se definió esta como la población objeto de estudio.

3.2.3 Tipo de muestra

En cuanto al tipo de muestra que se utilizó en la presente investigación, se aplicó un muestro no probabilístico por conveniencia, dada la variabilidad que pudieran presentar el grupo a investigar la muestra fue un total de 100 pacientes. Se recurrió al uso de este tipo de muestreo para poder disminuir el sesgo que se pudiera generar en el proceso de investigación, ya que el propósito fue incluir todas las características y elementos que pudieran ser considerados factores de riesgo de morbilidad y mortalidad. Otra razón por la que se utilizó este tipo de muestreo fue por el tiempo y recursos con los que se dispuso para realizar el trabajo.

3.2.4 Proceso de selección

Siguiendo el muestreo por conveniencia, se incluyeron a todas las gestantes que acudieron al área de emergencias durante el periodo de tiempo estipulado entre el 1 de enero al 30 de junio de 2020, incluyéndose a aquellas embarazadas que acudieron por situaciones clínicas presentadas durante su proceso de gestación y otras que requerían valoración profesional debido a inminencia de labor de parto.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

En esta investigación se utilizaron el método analítico-sintético, el cual permitió comprender los elementos relacionados con la problemática planteada como objetivo de estudio. Así mismo el método inductivo-deductivo fue utilizado para poder efectuar el análisis de los datos partiendo desde las conceptualizaciones particulares a las nociones generales.

Como técnica para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, uno de ellos fue un cuestionario, el cual estuvo integrado de 9 ítems, el mismo que se le aplicó a las gestantes al momento de su asistencia al área de emergencias y en el cual se incluyeron diversos ítems para poder discernir las variables planteadas, en cuanto a los datos demográficos el primer ítem corresponde a la edad de la paciente, la segunda ítems nivel educativo, tercer ítems a la integración familiar, el cuarto ítems corresponde al lugar de residencia, quinto ítems corresponde a la situación laboral de la paciente, el sexto ítems indica los ingresos mensuales familiar. La segunda parte del cuestionario incluye los antecedentes gineco-obstetricos y control del embarazo, dentro de este incluyen la primera pregunta si este es su primer embarazo, segunda pregunta indica el número de embarazos previos, la tercera pregunta sobre el número de hijos, la cuarta pregunta indica el número de controles prenatales durante el embarazo, la quinta pregunta hace referencia sobre si el previo a este embarazo ha tenido algún aborto, la sexta pregunta corresponde al número de semanas de gestación. La tercera parte del cuestionario incluyen preguntas según hábitos, antecedentes patológicos y casuísticas por la que acude al área de emergencia durante el embarazo, Sexta pregunta se refiere si mantiene la paciente algún tipo de habito, la séptima pregunta es sobre si la paciente presenta ya algún tipo de enfermedad, la octava pregunta indica cual es la causa por la que solicita atención en emergencia y la última pregunta corresponde sobre cuanta frecuencia ha acudido al área de emergencia durante su actual embarazo.

El otro fue una ficha observacional en el cual se incluirían los datos de las gestantes que requirieran ingreso e internación hospitalaria, para así poder determinar otros elementos de relevancia en el proceso de investigación. Dentro de este incluyen ítems como: si la paciente requiere internación hospitalaria sí o no, el segundo ítem indica si requiere cirugía de emergencia para atender el parto, el tercer ítem señala el tipo de parto, el cuarto ítem se refiere a la clasificación de trabajo de parto, el quinto ítem corresponde si durante el parto presente alguna complicación y el sexto ítems en

caso de ser positiva la pregunta anterior en este especifica el tipo de complicación que presento, el séptimo ítem pregunta el tiempo de hospitalización , el octavo ítem pregunta si la paciente desarrolla infecciones asociadas a la atención de salud durante la hospitalización y el ultimo ítem especificar la infección desarrollada por la paciente.

El primer instrumento contó con un apartado en el cual se incluyó un párrafo explicando a las participantes el propósito del documento, para de esta manera establecer a modo de consentimiento informado su participación en la investigación.

3.4 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Luego de la revisión de los cuestionarios y fichas observacionales, se incluyeron solamente aquellos que estuvieron llenados en su totalidad. Estos resultados se incluyeron en una hoja de trabajo de Microsoft Excel y posteriormente se evaluaron mediante el software estadístico IBM SPSS versión 22 y se procedió al análisis de estadística descriptiva necesaria para la presentación de los resultados. Estos resultados luego se presentaron en forma de cuadros y figuras, detallando los principales hallazgos de la investigación, los cuales a su vez servirán como fundamento para una posterior discusión de resultados y su relación con las investigaciones elaboradas por otros autores en temáticas similares a la aquí desarrollada.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de este trabajo de investigación el autor ha respetado los principios de bioética referidos principalmente a la preservación de la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos en el grupo investigado. De igual manera se desarrolló un trabajo imparcial, respetando los lineamientos científicos y académicos establecidos por la metodología de investigación ejecutada en el abordaje de este trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Se procedió a realizar los análisis propuestos tanto en Excel como en el programa estadístico IBM SPSS 22, obteniéndose los resultados que se presentan a continuación.

Cuadro 1. Caracterización demográfica de las pacientes embarazadas.

Variables	Categorías	Frecuencia	
		N	%
Edad	Pubertad (<= 14 años)	6	6,0
	Adolescente (15 a 19 años)	30	30,0
	Adultas en edad fértil optima (entre 20 a 34 años)	49	49,0
	Adulta con fertilidad en decrecimiento (=> a 35 años)	15	15,0
	Total	100	100,0
Integración del grupo familiar	Esposo	41	41,0
	Familiares	31	31,0
	Sola, con su hijo	28	28,0
	Total	100	100,0
Situación laboral u ocupación	Trabajo no remunerado (Ama de casa)	62	62,0
	Trabajo remunerado	38	38,0
	Total	100	100,0
Escolaridad	Ninguno	14	14,0
	Primaria	16	16,0
	Secundaria	38	38,0
	Técnica	31	31,0
	Universitaria	1	1,0
	Postgrado	-	-
	Total	100	100,0
Ingresos mensuales	Menos de 400 USD	88	88,0
	Entre 401 a 600 USD	11	11,0
	Entre 601 a 900 USD	1	1,0
	Mayor a 901 USD	-	-
	Total	100	100,0
Lugar de residencia	La Troncal (cabecera cantonal)	38	38,0
	El Triunfo	11	11,0
	Pancho negro	27	27,0
	Manuel J. Calle	24	24,0
	Otro cantón/provincia	-	-
	Total	100	100,0

Fuente: (Harron, et al., 2020)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

En relación a la edad de las participantes, la edad mínima registrada fue de 14 años y la edad más alta fue de 40 años, obteniéndose una media de 24 años en el grupo participante. En este sentido, se plantean 3 grupos de edades para el análisis; embarazo en adolescentes (menor o igual a 19 años), edad fértil optima (entre 20 a 34 años) y edad en riesgo fértil en decrecimiento para un

embarazo (Mayor o igual a 35 años). En relación al primer grupo, se registra un total del 36% de la población, mientras que las gestantes en edad fértil óptima representaron el 49% y las gestantes con edad mayor o igual a 35 años representaron un 15%.

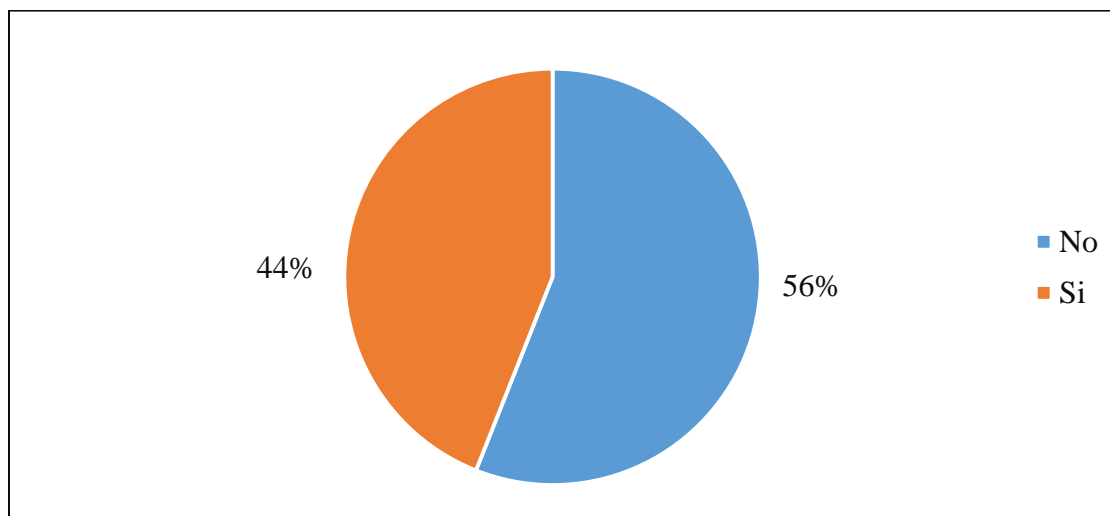
El 41% de las participantes aseguró vivir con su pareja u esposo, mientras que el 31% manifestó no contar con una pareja y viven junto a sus padres u otros familiares, mientras que el 28% de las encuestadas manifestó que vive sola con sus hijos. En cuanto a la situación laboral de las gestantes atendidas, el 62% de ellas manifestó ser ama de casa, es decir, que desarrollan diversas actividades a nivel intradomiciliario sin recibir ninguna remuneración por aquello, mientras que el 38% cuentan con un trabajo remunerado, entre las cuales no solo figuran trabajos formales sino también otros de tipo artesanal.

En relación a la escolaridad de las participantes, el 14% de ellas manifestó no haber cursado ningún tipo de educación formal, el 16% cuenta solo con educación primaria, el 38% de ellas manifestó haber alcanzado hasta el nivel secundario mientras que el 31% de ellas ha alcanzado algún tipo de educación técnica. Tan solo el 1% de las encuestadas afirmó tener titulación universitaria y no se halló ninguna participante con estudios a nivel de postgrado.

En cuanto a los ingresos familiares mensuales, el 88% de las encuestadas afirmó contar con algo menos de 400 dólares, el 11% manifestó que cuentan con ingresos de hasta 600 dólares mensuales y tan solo el 1% afirmó que su grupo familiar cuenta con ingresos mensuales entre 601 a 900 dólares, no hallándose ninguna gestante cuyos ingresos económicos (incluidos el grupo familiar) sea superior a los 901 dólares. Finalmente, en relación al lugar de residencia, el 38% de las encuestadas tiene como lugar de residencia algún sitio dentro de la cabecera cantonal de la Troncal.

Consecuentemente a las variables sociodemográficas se realizaron preguntas acerca del embarazo, siendo la primera de estas en relación al total de semanas de gestación cursadas al momento de atención en el área de emergencias, teniendo que en promedio las gestantes cursaban su semana 30. Otra pregunta fue enfocada para conocer el total de embarazos que habían tenido las gestantes hasta el momento, resultados que se expresan en la figura 1.

Figura 1. Registro de embarazos primerizos



Fuente: (Sheen & Wright, 2018)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

Se pudo evidenciar que, al momento de realizarse esta encuesta, el 44% (N=44) de las participantes cursaban su primer embarazo, mientras que el 56% (N=56) de las gestantes manifestaron que ya habían cursado previamente otros embarazos. En este contexto, para poder indagar acerca de la cantidad de embarazos previos en las gestantes que no cursaban como primigesta, se realizó otra pregunta, cuyos resultados se evidencian en el cuadro 2.

Cuadro 2. Cantidad de embarazos previos en no primerizas.

Variable	Categoría	Frecuencia	
		N	Porcentaje
Embarazos previos	1 embarazo	14	25,0 %
	2 embarazos	13	23,0 %
	3 embarazos	10	18,0 %
	4 embarazos	9	16,0 %
	5 embarazos	7	13,0 %
	6 embarazos o más	3	5,0 %
	Total	56	100,00

Fuente: (Sheen & Wright, 2018)

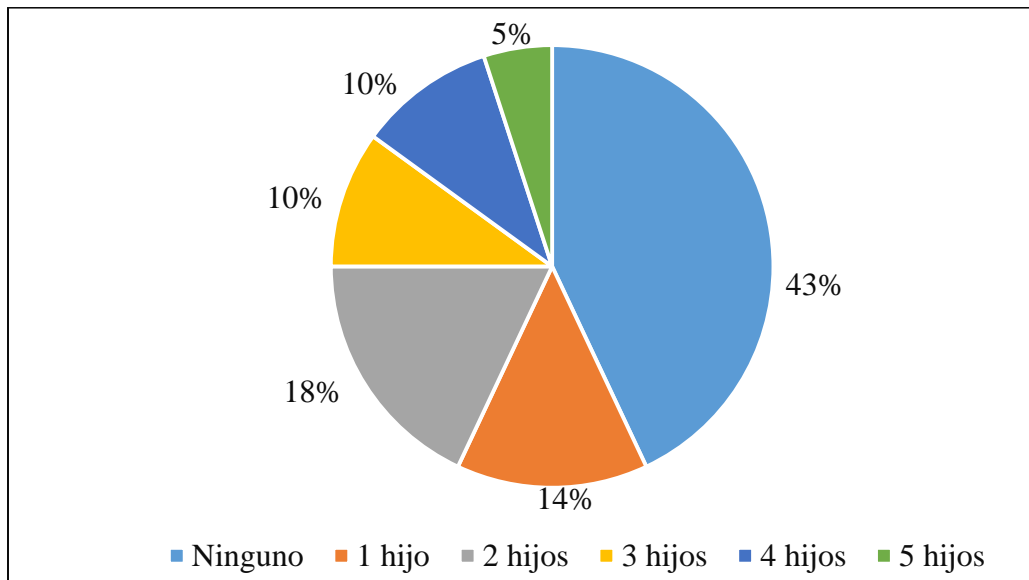
Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

En relación a la cantidad de embarazos en aquellas gestantes que manifestaron no ser primerizas se obtuvo que, el 25% de ellas (N=14) había cursado previamente con un embarazo, el 23% (N=13) había cursado con dos embarazos previamente, mientras que el 18% (N=10) había cursado previamente con 3 embarazos. De igual manera existieron madres que refirieron haber cursado con

un número mayor de embarazos, teniendo que un porcentaje representativo del 16% (N=9) había cursado con 4 embarazos previamente, un 13% (N=7) había presentado 5 embarazos previamente inclusive, un 5% (N=3) había cursado previamente con 6 embarazos.

Se indagó además acerca de la cantidad de hijos con los que cuentan las gestantes al momento, obteniéndose los resultados que se expresan en la figura 2.

Figura 2. Cantidad de hijos de las encuestadas



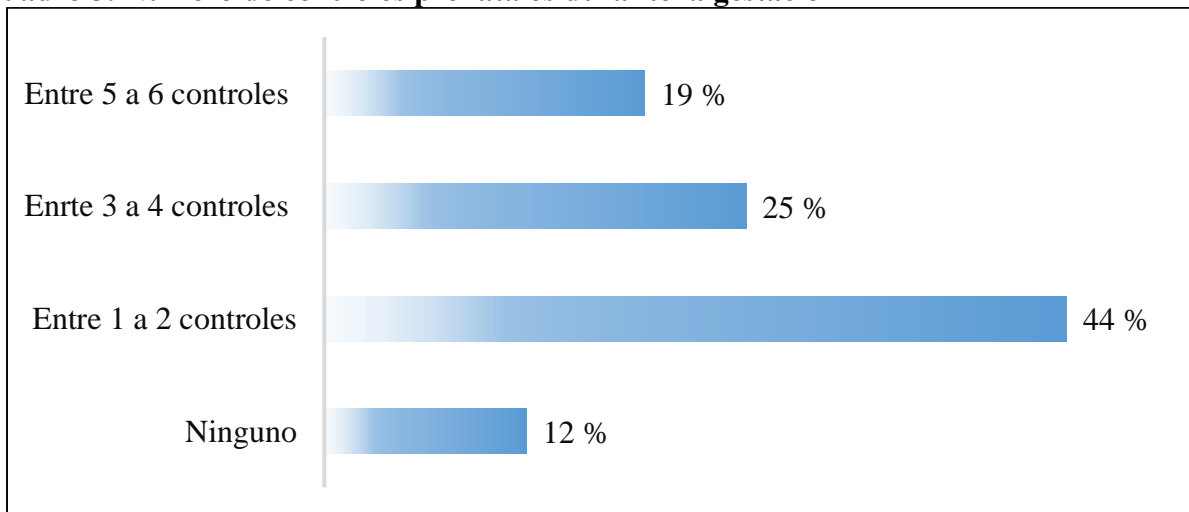
Fuente: (Ntoimo, 2018)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

El 43% de las participantes no tiene hijos al momento, independientemente de aquel en su condición gestante, mientras que el 18% de las encuestadas cuenta con 2 hijos. El 14% de las encuestadas tiene 1 hijo y un porcentaje similar comparten aquellas gestantes con 3 y 4 hijos, el cual equivale a 10% en cada caso. Finalmente, un 5% de las encuestadas manifestó tener 5 hijos. En esta misma dirección, se planteó una pregunta acerca de abortos previos, a lo cual el 12% de ellas manifestó que se había realizado un aborto (No se especificaron las causas).

Se indagó acerca del número de controles prenatales durante el embarazo en las gestantes, así como del número de semanas de gestación, resultados que se expresan en el cuadro 3.

Cuadro 3. Número de controles prenatales durante la gestación



Fuente: (Barros, 2021)

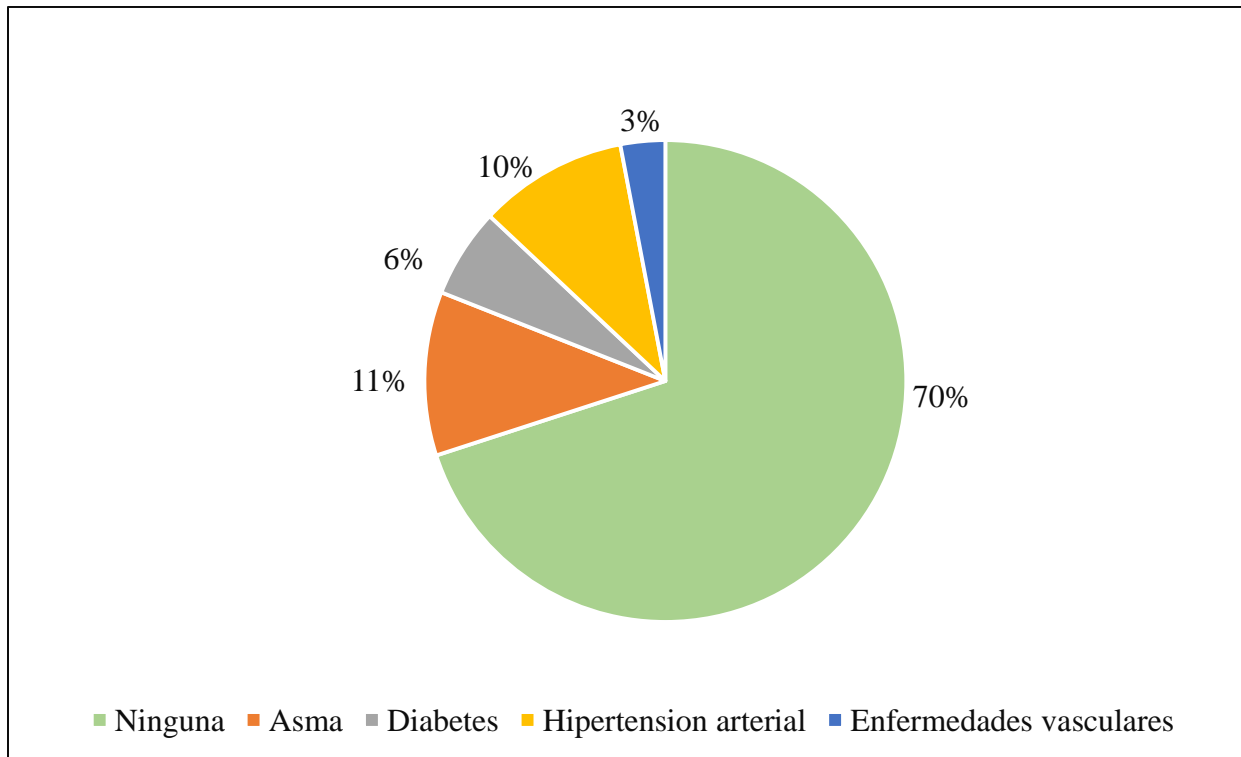
Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

El 12% de las encuestadas manifestó que no contaban con ningún control prenatal al momento de su asistencia al área de emergencias. El grupo más representativo tuvo entre 1 a 2 controles prenatales con un total del 44%. El 25% de las participantes manifestaron que se habían realizado entre 3 y 4 controles prenatales y apenas el 19% de las encuestadas afirmó que se habían realizado entre 5 y 6 controles prenatales hasta el momento. La recomendación que emite la Organización Mundial de la Salud en relación al número de controles prenatales es de al menos 5 controles durante el embarazo.

Además de las interrogantes previamente planteadas, en las que se indagó acerca de la situación de salud de las gestantes, se plantearon 2 preguntas consideradas de relevancia en el contexto de identificar otros elementos de riesgo para la salud de la gestante, una acerca de los hábitos practicados por las gestantes, en el cual se expusieron 5 opciones entre las que figuraban “ningún hábito”, “tabaquismo”, “uso de drogas”, alcoholismo” y “otros hábitos”, a lo cual el 90% de ellas manifestó que no tienen ningún hábito que pueda ser nocivo durante su embarazo, mientras que el 8% de ellas manifestó que fuman y un 2% además incluyó el hábito del alcoholismo, no encontrándose ningún otro hábito además de los planteados a pesar de haber dado la opción de “otros hábitos”.

La segunda pregunta planteada buscó información acerca de los antecedentes patológicos personales presentes en las gestantes que pudieran ser relevantes en el contexto de la investigación planteada, obteniendo así los resultados que se expresan en la figura 3.

Figura 3. Enfermedades preexistentes en las gestantes.

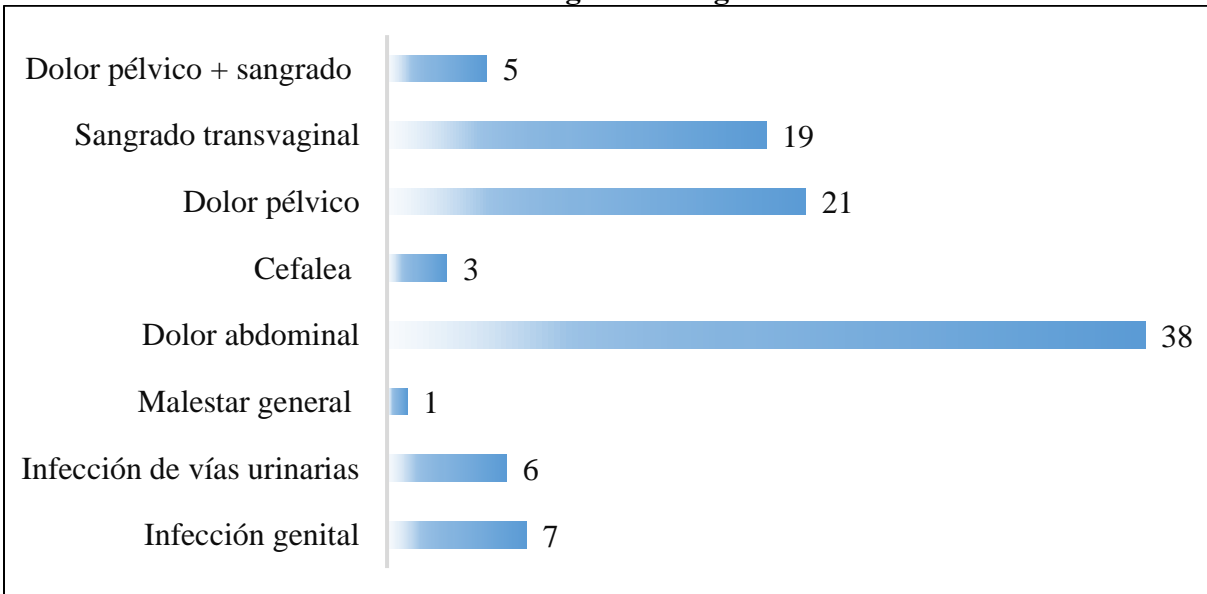


Fuente: (Chahine & Sibai, 2019)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

Si bien el 70% de las encuestadas manifestó no tener ningún tipo de enfermedad previa, el 30% admitió diversas enfermedades crónicas, siendo la más representativa el asma bronquial con un 11%, seguido de la hipertensión arterial con un 10%, diabetes mellitus con un 6% y enfermedades vasculares con un 3%. Estos datos son relevantes tomando en cuenta que la media de la edad halladas en las gestantes fue inferior a los 30 años. De igual manera se planteó una pregunta acerca de las principales causas por las cuales las gestantes acudieron al área de emergencias por atención, resultados que se expresan en el cuadro 4.

Cuadro 4. Casuísticas de atención de emergencias en gestantes



Fuente: (Andrade, 2019)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

La principal causa por la cual las gestantes acudieron al área de emergencias fue el dolor abdominal con un 38%, seguido del dolor pélvico con un 21%. La tercera causa más frecuente por la que acudieron las gestantes al área de emergencias fue el sangrado transvaginal con un 19%. Aquellas pacientes que presentaron dolor pélvico + sangrado transvaginal representaron el 5% del total de pacientes atendidas.

Como casuísticas de inferior incidencia se halló la infección genital, infección de vías urinarias, cefalea y malestar general con un 7%, 6%, 3% y 1% respectivamente. Finalmente se realizó una pregunta acerca de la frecuencia de consultas por el área de emergencias; se encontró que en promedio las gestantes acudieron durante su embarazo al menos en dos ocasiones a los servicios de emergencias.

Del grupo total de participantes, el 46% de las gestantes requirió ingreso hospitalario, a las cuales se aplicó posteriormente una ficha observacional con el fin de identificar otros elementos que no estaban descritos en el cuestionario principales. Este instrumento serviría para la identificación de otros elementos de riesgo en las gestantes, relacionados principalmente con las características de su trabajo de parto, tipo de producto, y el desarrollo de complicaciones durante y posterior al parto, cuyos resultados se expresan en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Resultados de encuestas a gestantes que cursaron con internación hospitalaria

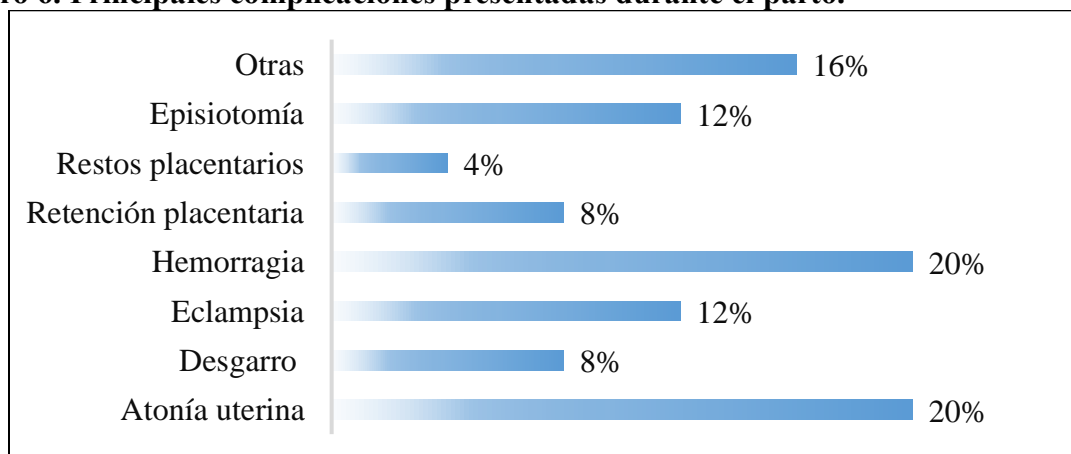
VARIABLES	Categorías	N	Porcentaje
Gestante requiere cirugía de emergencia	Sí	18	38,0
	No	29	62,0
	Total	46	100,0
Tipo de parto	Normal	16	47,0
	Cesárea	18	53,0
	Total	34	100,0
Edad gestacional	Pretérmino	-	-
	A término	30	88,0
	Postérmino	5	12,0
	Total	34	100,0
Presenta complicaciones durante el parto	No	9	26,0
	Si	25	74,0
	Total	34	100,0

Fuente: (Correa & Vega, 2021)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

En cuanto a encuesta aplicada al grupo de gestantes que cursaron con internación hospitalaria, se obtuvo que el 38% de ellas requirió cirugía de emergencia para poder atender el parto mientras que el 62% no. En relación al tipo de parto, el 47% de los casos fue parto vaginal, mientras que en el 53% se tuvo que realizar cesárea. En relación a la edad gestacional al momento del parto, el 88% fue un producto a término, el 12% fue un producto postérmino, y ninguno de los casos se presentaron productos pretérminos. Se analizó además la presentación de complicaciones durante el parto, encontrándose que hubo complicaciones en el 74% de los casos, por lo cual se realizó otra pregunta para indagar acerca de las complicaciones más frecuentes, la misma que se detalla en el cuadro 6.

Cuadro 6. Principales complicaciones presentadas durante el parto.

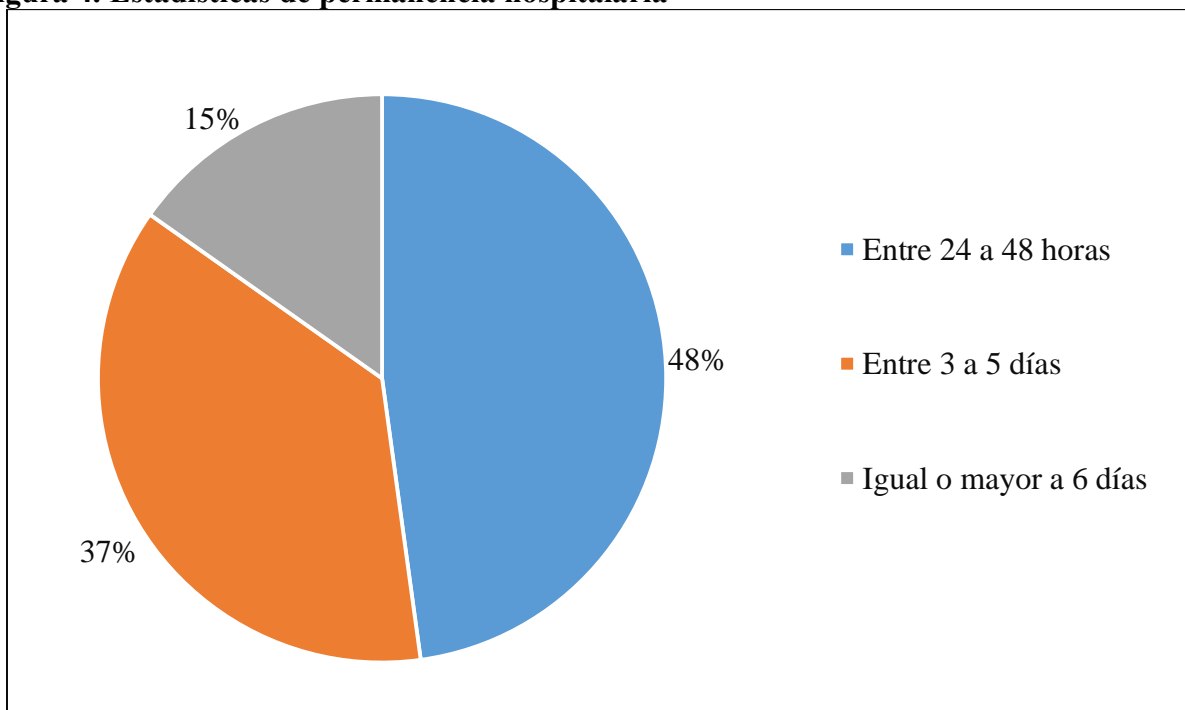


Fuente: (Harron, et al., 2020)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

En relación a las complicaciones durante el parto, la atonía uterina y hemorragia fueron las más significativas con una frecuencia del 20% en cada caso, mientras que la episiotomía y eclampsia tuvieron similar frecuencia del 12%. El desgarro y retención placentaria fueron complicaciones que se presentaron en un 8% respectivamente, mientras que la permanencia de restos placentarios se presentó en un 4% de los casos. Además, se registraron otras complicaciones durante el parto, las cuales representaron un total del 16% de los casos. Además, se indagó acerca del tiempo de hospitalización de las pacientes que cursaron con internación hospitalaria, cuyos resultados se expresan en la figura 4.

Figura 4. Estadísticas de permanencia hospitalaria

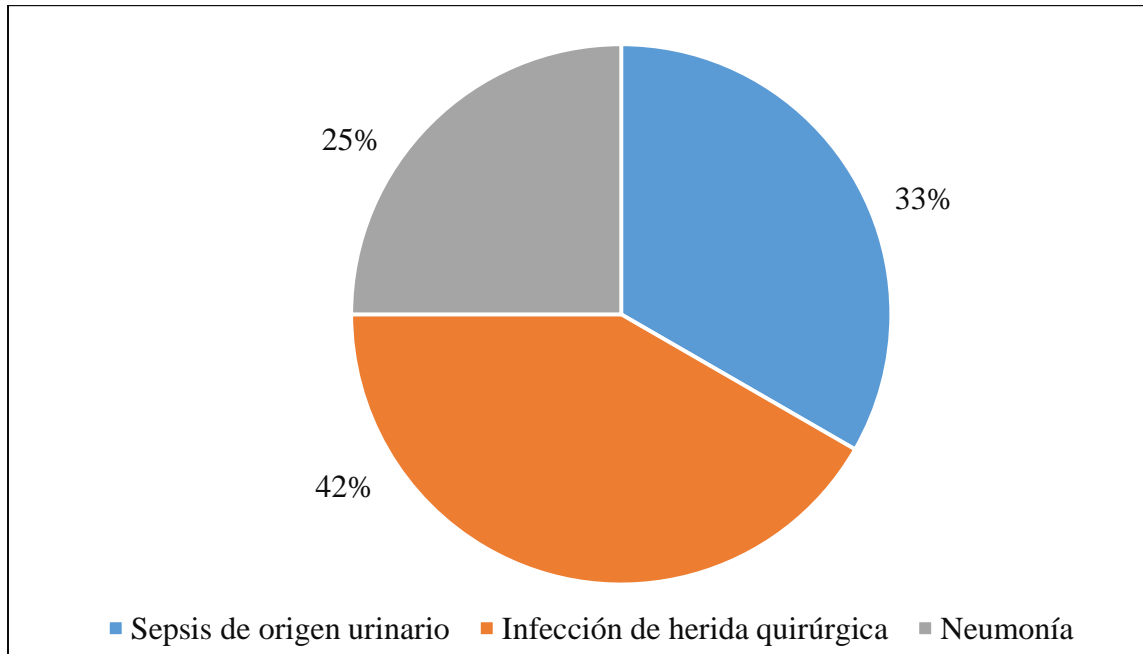


Fuente: (Zamfir, et al., 2018)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

Del total de las 46 pacientes embarazadas que en su momento cursaron con internación hospitalaria se obtuvo que, el 48% de ellas (N=22) permaneció hospitalizada entre 24 a 48 horas, el 37% curso con internación de entre 3 a 5 días (N=17) y un 15% permaneció hospitalizada un tiempo igual o mayor a 6 días (N=7). El análisis de la permanencia hospitalaria a su vez orienta a indagar acerca del desarrollo de algún tipo de complicación o infección asociada a la atención en salud que pudieran desarrollar las pacientes, obteniéndose que el 26% de ellas desarrollo estas, las mismas que se detallan en la figura 5.

Figura 5. Tipos de infecciones asociadas a la atención de salud desarrolladas por las pacientes



Fuente: (Wirsiy & Ako, 2019)

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

En cuanto a las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) que desarrollaron un determinado número de pacientes, la infección de herida quirúrgica fue la más representativa con un 42% (N=5), seguida de la sepsis de origen urinario con un 33% de los casos (N=4) y finalmente se encontró que la neumonía ocupó el 25% de los casos manifestados (N=3).

DISCUSIÓN

A pesar de los grandes avances que se han hecho en materia de salud pública, la morbilidad y mortalidad materna siguen siendo una problemática considerable, principalmente en países en vías de desarrollo. Los elementos que pueden influir en el transcurso adecuado de un embarazo tienen una amplia variabilidad en las cuales están inmersas desde las condiciones clínicas de las pacientes hasta los elementos sociodemográficos y culturales, por lo cual es aún uno de los mayores retos para los sistemas de salud pública a nivel mundial.

En relación a la edad como factor de riesgo, múltiples estudios sitúan dos grupos etarios como los de principal riesgo, siendo este el de los adolescentes, es decir embarazos en mujeres menores de 20 años y en su contrapunto, la edad fértil en decrecimiento, o mayor igual a 35 años. En esta investigación, el embarazo en adolescentes se situó en el 30% de los casos, resultados similares a los hallados por Harron (2020), quien halló que el 57% de los embarazos que tuvieron complicaciones fueron se suscitaron en adolescentes.

En cuanto a edad avanzada de embarazo, en el presente estudio se halló que el 15% de las gestantes tuvieron más de 34 años y fueron ellas quienes manifestaron mayores complicaciones durante el parto. Estos resultados concuerdan con los presentados por Sheen (2018), en su estudio acerca de la edad materna avanzada y los resultados adversos en el parto, teniendo que el 25% de los pacientes que fueron incluidos en su estudio y que pertenecieron al grupo etario con más de 34 años fueron las que desarrollaron mayores complicaciones en el parto, principalmente, sangrado excesivo, hipertensión arterial y sufrimiento fetal.

En relación a los elementos demográficos considerados en el contexto de riesgo de morbilidad y mortalidad en la gestante en el presente estudio se incluyeron escolaridad y el nivel de ingresos económicos. El primero de estos ha sido considerado como factor de riesgo debido a que diversos estudios han asociado de manera inversamente proporcional el nivel de ingresos y la percepción de riesgos de signos de alerta durante el embarazo. La presente investigación halló que el 54% de las gestantes habían cursado hasta secundaria, entendiéndose que su nivel escolar es relativamente bajo. En este contexto Wirsiy (2019) halló que el 65% de las gestantes que cursaron con educación

entre primaria y secundaria desconocen acerca de los elementos de riesgo, encontrando en su estudio que esto produjo un retraso en la asistencia oportuna por atención hospitalaria en al menos un 45% de los casos.

Tomando en cuenta el nivel económico como factor de riesgo, se puede analizar desde dos perspectivas, la primera como elemento de riesgo en la planificación de un trabajo de parto adecuado y la segunda como elemento de riesgo para el cuidado de la gestante durante el embarazo. En ambos contextos Cameron (2019), expresa que existe un riesgo latente hallando así que el 55% de las gestantes que cursaron con embarazos en los que el niño no obtuvo una adecuada ganancia de peso y muy pocos controles prenatales se registró en el 55% de los casos cuyos ingresos fueron bajos. Esta condición tuvo similares resultados en el presente estudio ya que se halló que el 88% de las gestantes y/o grupos familiares ganaban el sueldo básico, pudiendo inferir este evento como elemento de riesgo para el desarrollo de su embarazo.

Los antecedentes patológicos y hábitos negativos que puede mantener la gestante durante su embarazo son un elemento de riesgo directo tanto para la madre como para el feto. En relación a una condición mórbida que ya mantenga la mujer antes del desarrollo de su embarazo, el presente estudio encontró que el 30% de las participantes sufría de algún tipo de enfermedad crónica, entre las que figuraron como más comunes el asma bronquial y la hipertensión arterial. Este resultado difiere ampliamente del propuesto por El Hajj (2020) quien manifiesta que en promedio tan solo el 5% de las gestantes padece de alguna enfermedad de base al momento de desarrollar su embarazo.

A pesar de que el embarazo debe ser una etapa de cambios en la mujer, no todas cuentan con la disposición de hacerlo, o en ocasiones, las situaciones sociales no permiten un cambio radical de sus hábitos, pudiendo ser este un elemento de riesgo tanto para la gestante como para el feto. En el presente estudio se halló que el 10% de las participantes mantenían hábitos que pueden ser negativos para la salud, específicamente el uso de drogas y el consumo de alcohol. Si bien, no se buscó en el presente estudio establecer la relación directa entre estos hábitos y el desarrollo normal del embarazo, Mangla (2019) lo ratifica como un factor de riesgo para el desarrollo saludable del embarazo y potencializado de complicaciones en el parto y puerperio, hallando en su estudio que

el 13% de las gestantes con complicaciones moderadas y graves se hallaron en gestantes que mantenían hábitos como alcohol (indiferente del tipo de bebida), tabaquismo (principalmente pasivo) y la automedicación.

Al conocer que este evento puede ser de alto riesgo para las gestantes, surge la necesidad de indagar acerca de la frecuencia de controles prenatales, dada la imperante necesidad de controlar el desarrollo del embarazo debido al mayor riesgo que tienen las gestantes. En relación a la cantidad de controles prenatales, Piña (2020) encontró en su estudio realizado en Ecuador acerca de los determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal que el 45% de las participantes no tuvo la adherencia adecuada al control prenatal, a pesar de que el estudio se desarrollara en un centro de salud pública.

De manera conjunta, un 34% de las encuestadas se hallaron en condición de gran multiparidad, por lo cual se plantea esta condición como elemento de riesgo para el desarrollo de morbilidad materna, al considerar el desgaste de elementos fisiológicos que presenta la mujer durante la gestación. En este contexto se encontró mujeres que cursaban por su cuarto, quinto y hasta sexto embarazo, lo cual, a decir de Ntoimo (2018), es considerado un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad materna, ya que en su estudio acerca de la prevalencia y riesgos de mortalidad materna, a nivel de hospitales de especialidad en Nigeria halló que entre 887 madres presentaron alta probabilidad de mortalidad debido complicaciones del embarazo y multiparidad.

Acerca de las causas de atención en emergencias durante el embarazo, se cita el trabajo de investigación realizado por Correa (2021) y su grupo de investigación quien manifiesta que la causa más común hallada durante su estudio fue el dolor abdomino-pélvico con un 51,1% de las consultas en el área de emergencias. A diferencia de este, en el presente trabajo se categorizo de manera particular el dolor abdominal y el dolor pélvico, y a pesar de que representaron la mayoría de las causas de atención en emergencias con un 38% y 21% respectivamente, no se compara a la magnitud que reflejan en el trabajo antes citado. Sin embargo, toma relevancia el hallazgo acerca del 19% de gestantes que acudieron a consulta en el área de emergencias debido a sangrado transvaginal, ya que a decir de Chanine (2019), esta eventualidad tiene lugar debido a un inadecuado control del embarazo y de las enfermedades que pueden darse durante el mismo, principalmente las infecciones de vías urinarias.

En esta investigación se evidenció que el 46% de las pacientes que acudieron a emergencias precisaron de internación hospitalaria, de las cuales el 38% entraron de manera directa en labor de parto y el 62% no lo requirieron, sino que fue para el tratamiento de su patología o preparación posterior para el trabajo de parto, es decir, de manera planificada.

En relación a esto se analizaron las complicaciones que presentaron las gestantes durante el trabajo de parto, encontrándose que el 20% de ellas presentó atonía uterina, y otro 20% presentó hemorragia, siendo estas las principales complicaciones registradas. De estos resultados resalta el trabajo presentado por Andrade (2019), quien halló en su estudio acerca de los controles prenatales y complicaciones obstétricas que, las principales halladas fueron trastornos hipertensivos, hemorragias post parto y sepsis con un 26%, 5,7% y 3,2% respectivamente.

CONCLUSIONES

La investigación realizada evidenció que los principales factores de riesgo obedecen a características demográficas (alta incidencia de embarazos en adolescentes), bajo nivel académico, ingresos económicos deficientes, y baja adherencia a los controles prenatales, siendo todos estos referenciados de manera amplia en diversos estudios a nivel internacional como los principales elementos de riesgo de un embarazo.

En relación a los elementos clínicos que pueden ser considerados de mayor relevancia para el desarrollo de morbilidad y mortalidad materna se encontró que un tercio de la población se encontraba en un embarazo manteniendo algún tipo de patología crónica. De igual manera, se considera la multiparidad como un elemento de riesgo para el desarrollo de un embarazo normal, situación que, si bien obedece a diversas causas sociales, ha sido considerado dentro de los elementos clínicos dado el efecto deletéreo que tiene la multiparidad en el organismo de la mujer. Este efecto se agrava aún más si la gestante tiene un bajo nivel de adherencia a los controles prenatales, potenciando así el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

Como se ha discutido en el marco teórico, las condiciones económicas en las que se encuentran las gestantes, suponen un riesgo para el desarrollo del embarazo, radicando principalmente en una inadecuada planificación del parto, hábitos alimenticios que no aporten los nutrientes necesarios para que el niño desarrolle un crecimiento adecuado, e inclusive trastornos alimenticios en las gestantes o anemia. De igual manera, el bajo nivel académico limita el reconocimiento oportuno de los signos de alarma de un embarazo, y retrasa la accesibilidad oportuna a los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

En razón de los diversos casos relacionados con morbilidad materna por causas prevenibles, se recomienda la elaboración de un protocolo de abordaje de las emergencias obstétricas dirigido para el personal de salud del departamento de emergencias del Hospital Darío Machuca Palacios.

Establecer un programa de IEC (Información, educación y comunicación) acerca de los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna dirigida para las gestantes, el cual tenga cobertura no solo para las gestantes que acudan al área de emergencias, sino también a otras dependencias de la institución a fin de brindar una evaluación oportuna de la presencia de algún factor de riesgo y tener un mejor control de su embarazo.

Elaborar un programa de control de embarazo, del parto y del puerperio con el objetivo de reducir las probabilidades en las mujeres acerca del desarrollo de alteraciones de su salud o muerte por causa del embarazo, para así mejorar la calidad y cobertura de la atención médica.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Diseño de un programa de información, educación y comunicación acerca de los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna dirigido a las gestantes que acudan al hospital Darío Machuca Palacios.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

La propuesta diseñada luego de la ejecución de este trabajo de investigación, fundamenta sus intervenciones en los siguientes indicadores para lo cual se precisa el diseño de un programa educativo sobre el control prenatal en las gestantes, herramienta que se utilizara como medida de prevención de morbilidad y mortalidad durante el embarazo, por lo cual se considera necesario la conceptualización de estos términos.

Programa educativo: Conjunto coherente o secuencia de actividades educativas diseñadas y organizadas para logra objetivos de aprendizaje predeterminados (Real Academia Española, 2019)

Control prenatal: Se conoce como control prenatal a la serie de contactos o visitas programadas de la mujer en estado de gestación con integrantes del equipo de salud, con el propósito de vigilar la evolución del embarazo dicho control es de suma importancia porque de esta manera se fomenta la salud de la madre, el feto y la familia, apoyados en la organización correcta de los servicios de salud (Alva, 2018).

Hábitos saludables durante el embarazo: Involucra diversas actividades que debe incluir la gestante en su rutina diaria, las cuales están orientadas a que la gestante alcanza condiciones de salud optimas durante su etapa de gestación, minimizando el efecto de complicaciones relacionadas con embarazo, así como de enfermedades crónicas que pudieran agravarse (Górnaczyk, 2017).

5.3 JUSTIFICACIÓN

Mejorar la percepción de la importancia que tienen los controles prenatales durante el embarazo es la estrategia más viable que se puede plantear luego de conocer el contexto del problema estudiado, ya que se puede inferir acerca los resultados obtenidos que, las gestantes de esta localidad incumplieron con el promedio ideal de controles durante el embarazo. Partiendo del nuevo propósito de la Organización Mundial de la Salud que, en vista de la baja adherencia a los controles prenatales y al hallar esta condición como principal elemento prevenible de morbilidad en las gestantes, incremento de 5 a 8 controles como medida mínimamente aceptada para considera un embarazo saludable y como parte de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Entre las implicaciones positivas que pudiera generar una mejor adherencia a los controles médicos se citan los relacionados a la salud materno infantil, así como para los centros de salud a nivel nacional, ya que estos podrían brindar una mejor respuesta de tratamiento y atención a las pacientes al conocer ya el riesgo que pueden tener durante su embarazo. De igual manera, se disminuirían los tiempos de atención a las gestantes, optimizándose así el uso de los recursos físicos y humanos en los centros de salud. A su vez, la gestante al conocer todas las posibles eventualidades que pudiera presentar durante su embarazo, tendría una mejor percepción de los hábitos que debería adoptar durante su etapa de gestación y esto mejoraría su calidad de vida, disminuiría los riesgos de desarrollo de condiciones mórbidas que pudieran darse durante el embarazo

A su vez, un mejor control del embarazo aseguraría un mejor desarrollo para el feto, disminuyendo la probabilidad de partos pretérminos, bajo peso al nacer o complicaciones derivadas del trabajo de parto. A este programa de educación acerca de los factores de riesgo de morbilidad se sugiere la creación de un club para las embarazadas, en el cual se enseñen hábitos de higiene de adecuada, la importancia del ejercicio y movilidad en el embarazo, y se trabajen de manera semanal con la estructuración de dietas que brinden un adecuado aporte calórico que logre satisfacer las necesidades metabólicas de las embarazadas.

Para todo este proyecto, es necesario contar con la participación del personal de obstetricia del departamento de emergencias de la institución, de sus directivos y del personal administrativo, ya que la presente propuesta potencializa el rol de educación que deben cumplir las instituciones de

salud. Además, gracias a los beneficios a los que se proyecta la propuesta, los resultados serán embarazos mejor controlados y menor incidencia de eventos agudos durante el embarazo que pudieran comprometer la vida tanto de la madre como del feto.

De igual manera, es necesaria la concientización, siendo necesaria una charla de introducción en la cual se puedan presentar los principales resultados de esta investigación y así resaltar la importancia de la propuesta planteada, y solicitar su participación tanto en los eventos educativos, así como en el club de control y monitorización del embarazo saludable.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo general

Diseñar un programa de información, educación y comunicación acerca de los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna dirigido a las gestantes que acudan al hospital Darío Machuca Palacios.

5.4.2 Objetivos específicos

Mejorar el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna dirigido a las gestantes.

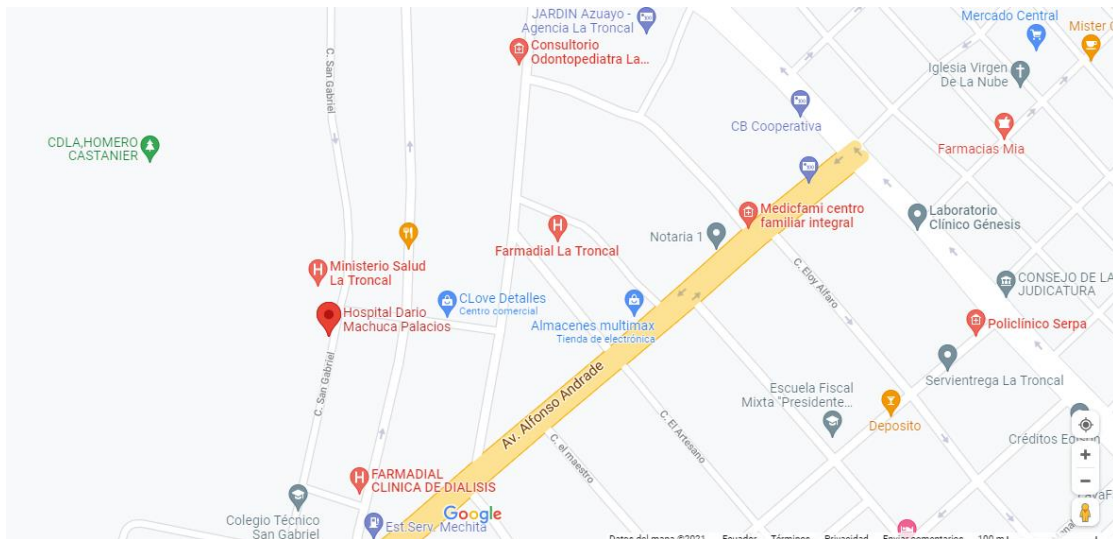
Explicar la importancia del acceso a los controles prenatales con el propósito de disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Considerar la creación de un club para embarazadas en el cual a fin de promover y educar acerca de los hábitos saludables que deben adoptarse durante la gestación.

5.5 UBICACIÓN

La presente propuesta de trabajo se realizará en el departamento de emergencias del hospital Darío Machuca Palacios de la ciudad de la Troncal, provincia del Guayas, Ecuador. La dirección del nosocomio es Avda. tercera sur y Avda. San Gabriel. Para una mejor ubicación geoespacial, se incluye un mapa con las principales vías de acceso a la institución en la figura 1.

Figura 1. Ubicación geoespacial del hospital Darío Machuca Palacios.



Fuente: Google maps

5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

La elaboración de la presente investigación contó con la aprobación de la dirección del Hospital Darío Machuca Palacios, en la ciudad de La Troncal, el cual proveyó de los recursos físicos y administrativos necesarios, así como los permisos legales para poder realizar la toma de datos. Además de esto, la encuesta aplicada contó con una sección de consentimiento informado, planteándose que, de igual manera se solicitará el permiso de la población objeto de estudio para la inclusión en el programa de educación que se planeta ejecutar.

En cuanto al requerimiento técnico y científico de esta propuesta, se cuenta con el apoyo del tutor de investigación para poder direccionar acerca de la mejor estrategia que pueda aplicarse en el programa educativo a fin de poder influenciar de manera positiva en la población. A propósito de esta propuesta, el autor declara que cuenta con los recursos económicos para el desarrollo de las principales actividades objetadas.

5.7 DISCUSIÓN DE LA PROPUESTA

Al analizar los resultados obtenidos mediante la investigación se construyó esta propuesta acerca de los factores de riesgo asociado a movilidad y mortalidad materna en gestantes atendidas en el área de emergencias del Hospital Darío Machuca Palacios, de manera que la propuesta planteada

se plantea principalmente para las gestantes, sin embargo, se prevé incluir a su pareja a fin de mejorar el acompañamiento que este pueda dar durante el tiempo de gestación.

Para llevar a cabo el programa de educación planteado, se hará uso de medios electrónicos y físicos. Los instrumentos a utilizarse serán diapositivas e infografías para poder desarrollar las actividades educativas, mientras que para las propuestas de control y seguimiento se manejará un grupo de WhatsApp en donde se compartirán videos e información relevante acerca de los hábitos saludables que deben adoptar las gestantes a fin de prevenir complicaciones durante el embarazo.

En cuando al espacio físico para desarrollar las actividades se utilizará una sección del área de admisión y para la propuesta del club dirigido a las gestantes, las actividades educativas se llevarán a cabo en una sección de sala de esperas y se coordinará con el servicio de enfermería acerca de la disponibilidad de ese espacio físico, ya que allí se ejecutan otras actividades preventivas como el club de diabetes e hipertensos.

5.7.1 Actividades

Entre el conjunto de actividades propuestos acerca del programa de identificación, control y comunicaciones acerca de los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna de las gestantes atendidas en el hospital Darío Machuca Palacios se encuentran los siguientes:

- Elaboración de los cronogramas y permisos institucionales que se deban gestionar a fin de obtener los permisos para las actividades educativas, disposición de infografías y asignación de las áreas físicas para el trabajo del club de control del embarazo.
- Planificación y elaboración del material audiovisual que se utilizara en las charlas de educación para la salud, destinadas a desarrollarse en una sección del área de admisión, en el área de emergencias de la institución.
- Registro y socialización del plan de capacitación a las embarazadas que asistan por citas recurrentes, planificadas o emergentes al departamento de emergencias de la institución, así como en el área de consulta externa, a fin de incrementar el potencial beneficio de la propuesta educativa.

- Asignación en grupos de mensajería instantánea (WhatsApp) con las gestantes que decidan participar en las charlas educativas, a fin de brindar un soporte digital con información útil que les permita identificar los elementos de riesgo en las gestantes, a su vez que se brindara por este medio información referente a los hábitos saludables orientados al desarrollo saludable del embarazo en las gestantes.

- Elaborar un programa de información, educación y comunicación acerca de los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna dirigido a las gestantes que acudan al hospital Darío Machuca Palacios el cual constituya un programa de aplicación intersectorial y cuyos lineamientos básicos se expresen como un programa piloto en esta institución.

5.7.2 Recursos, análisis financiero

Actividades y recursos	Cantidad	Tiempo	Valor unitario	Valor total
Recursos humanos				
Obstetras	2	4 meses	\$ 50,0	\$ 400,0
Recursos Materiales				
Equipos tecnológicos de proyección	1	3 meses	-	-
Infografías	4	-	\$ 25,0	\$ 100,0
Impresión de trípticos	300	-	\$ 0,25	
Oficios para autorización	6	-	0,25	\$ 1,50
Otros				
Transporte	30	4 meses	\$ 5,0	\$ 600,0
Refrigerios	20	3 meses	\$ 2,0	\$ 120,0
Total	-	-	\$ 82,50	\$ 1,50



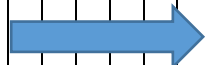


Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

5.7.3 Impacto

El objetivo de esta propuesta es generar un efecto favorable en la salud de la gestante, infiriendo principalmente en el nivel de percepción acerca de la importancia que tiene la adherencia a los controles prenatales, así como la implementación de hábitos saludables. De esta manera se

mejorará la monitorización y control de embarazo, mucho más en aquellas con antecedentes patológicos de base, disminuyendo así el desarrollo de eventos agudos, morbilidad y riesgo de mortalidad en las gestantes.

5.7.4 Cronograma

Actividades	2021	2022			
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	
Elaboración, entrega y gestión de los cronogramas y permisos institucionales.					
Planificación y elaboración del material audiovisual que se utilizara en las charlas de educación para la salud					
Registro y socialización del plan de capacitación a las embarazadas que asistan por citas recurrentes, planificadas o emergentes al departamento de emergencias de la institución, así como en el área de consulta externa, a fin de incrementar el potencial beneficio de la propuesta educativa					
Asignación en grupos de mensajería instantánea (WhatsApp) con las gestantes que decidan participar en las charlas educativas, a fin de brindar un soporte digital con información útil que les permita identificar los elementos de riesgo en las gestantes, a su vez que se brindara por este medio información referente a los hábitos saludables orientados al desarrollo saludable del embarazo en las gestantes					
Elaborar un programa de información, educación y comunicación acerca de los factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna dirigido a las gestantes que acudan al hospital Darío Machuca Palacios					

Elaborado por: Andrea Mora Yllescas

5.7.5 Lineamientos para evaluar la propuesta

A fin de dar cumplimiento a la propuesta planteada, se presentan determinadas dimensiones con sus respectivos criterios a fin de poder evaluar el avance del trabajo referente al programada de capacitación dirigido a las gestantes que se atiendan en el hospital Darío Machuca Palacios, siendo estas las siguientes:

Dimensión de efectividad: Se evaluará en función del incremento de los registros a los controles médicos y análisis de las variables clínicas como ganancia de peso, recurrencia de infecciones del tracto urinario y adaptación a planes dietéticos (si este hubiese sido asignado en el club de control de embarazo).

Criterio de cumplimiento de actividades programadas: Esta dimensión evaluará el cumplimiento del cronograma establecido, es decir de la deliberación de las charlas y campañas educativas que se programen para entregar durante el tiempo establecido en la propuesta.

Retroalimentación: De manera secuencial a los recursos audiovisuales que se entreguen a las pacientes, se establecerán conversatorios en las reuniones presenciales a fin de poder conocer el nivel de conocimiento que hayan adquirido las gestantes en función de las temáticas tratadas por vía física o telemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Alva, R. (2018). Sobre la educación en el control prenatal en el Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 3(2), 8-9.
- Andrade, V. (10 de Mayo de 2019). Control prenatal y complicaciones obstétricas en Colombia, Perú y Ecuador. *Propuesta práctica del examen de grado o fin de carrera*. Milagro, Guayas, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4525/3/2.%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20COMPLICACIONES%20OBSTETRICAS%20EN%20COLOMBIA%20PERU%20Y%20ECUADOR.pdf>
- Barros, L. (2021). Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Revista Enfermería Investiga*, 6(2), 9-30.
- Cameron, L., Contreras, D., & Cornwell, K. (2019). Understanding the determinants of maternal mortality: An observational study using the Indonesian Population Census. *PLOS ONE*, 14(6), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0217386
- Chahine, K., & Sibai, B. (2019). Chronic Hypertension in Pregnancy: New Concepts for Classification and Management. *American Journal of Perinatology*, 36(2), 161-168. doi:10.1055/s-0038-1666976
- Chakhtoura, N., Chinn, J., Grantz, K., Eisenberg, E., Dickerson, S., & Lamar, C. (2019). Importance of research in reducing maternal morbidity and mortality rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), 179-182. doi:10.1016/j.ajog.2019.05.050
- Correa, H., & Vega, H. (2021). Categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital público de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(2), 152-162. doi:10.4067/S0717-75262021000200152
- Creanga, A., Syverson, C., & Seed, K. (2017). Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011–2013. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 366-373. doi:10.1097/AOG.0000000000002114

- El Hajj, M., & Holst, L. (2020). Herbal Medicine Use During Pregnancy: A Review of the Literature With a Special Focus on Sub-Saharan Africa. *Frontiers in Pharmacology*, *11*(866). doi:10.3389/fphar.2020.00866
- Gadson, A., Akpovi, E., & Mehta, P. (2017). Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. *Seminars in Perinatology*, *14*(5), 308-317. doi:10.1053/j.semperi.2017.04.008
- Geller, S., Koch, A., Garland, C., MacDonald, E., Storey, F., & Lawton, B. (2018). A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reproductive Health*, *15*(98), 31-43. doi:10.1186/s12978-018-0527-2
- González, L., & Martín, M. (2019). Caracterización clínica y epidemiológica en gestantes adolescentes. *Medicentro Electrónica*, 261-270. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v23n3/1029-3043-mdc-23-03-261.pdf>
- Górnaczyk, A. (2017). Maternal health-related behaviours during pregnancy: a critical public health issue. *THE EUROPEAN JOURNAL OF CONTRACEPTION & REPRODUCTIVE HEALTH CARE*, *22*, 321-325.
- Gutiérrez, J., R, L., & Genao. (2019). Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009–2015. *International Journal for Equity in Health*, *18*(49), 1-10. doi:10.1186/s12939-019-0951-0
- Harron, K., Verfuenden, M., Ibiebele, I., Liu, C., Kopp, A., Guttman, A., . . . Hjern, A. (2020). Preterm birth, unplanned hospital contact, and mortality in infants born to teenage mothers in five countries: An administrative data cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *34*(6), 645-654. doi:10.1111/ppe.12685
- Hasegawa, J., Katsuragi, S., Tanaka, H., Kubo, T., Sekizama, A., Ishiwata, I., & Ikeda, T. (2020). How should maternal death due to suicide be classified? Discrepancy between ICD-10 and ICD-MM. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *127*(6), 665-667. doi:10.1111/1471-0528.16087
- Hassanzadeh, R. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive health*, *16*(160), 1-7. doi:10.1186/s12978-019-0826-2
- Hirshberg, A., & Srinivas, S. (2017). Epidemiology of maternal morbidity and mortality. *Seminars in Perinatology*, *41*(6), 332-337. doi:10.1053/j.semperi.2017.07.007

- Howell, E. (2018). Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(2), 1-17. doi:10.1097/GRF.0000000000000349
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2021). *Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU), diciembre 2020*. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2020/Diciembre-2020/Boletin%20tecnico%20pobreza%20diciembre%202020.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). *Boletín técnico; Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
- Lavayen, B. (12 de Septiembre de 2109). Factores de riesgo que influyen en la presentación de hemorragia post parto . *Tesis de licenciatura en enfermería*. Milagro, Guayas, Ecuador.
- Lawton, B., MacDonald, E., Stanley, J., Daniels, K., & Geller, S. (2018). Preventability review of severe maternal morbidity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(4), 515-522. doi:10.1111/aogs.13526
- Lisonkova, S., Potts, J., Muraca, G., Razaz, N., Sabr, Y., Chan, W., & Kramer, M. (2017). Maternal age and severe maternal morbidity: A population-based retrospective cohort study. *PLOS MEDICINE*, 14(5), 1-19. doi:10.1371/journal.pmed.1002307
- López, L., & Cruz, C. (2017). Factores psicosociales y sociodemográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo. Una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(2), 45-56. doi:10.28931/riiad.2017.2.06
- MacDorman, M., Thoma, M., & Declercq, E. (2021). Racial and Ethnic Disparities in Maternal Mortality in the United States Using Enhanced Vital Records, 2016–2017. *American Public Health Association*, 1673-1681. doi:10.2105/AJPH.2021.306375
- Malvasi, A., Giacci, F., Gustapane, S., Di Tizio, L., Boscia, F., Trojano, G., & Tinelli, A. (2017). Puerperal Complications. In A. Malvasi, A. Tinelli, & G. Di Renzo, *Management and therapy of late pregnancy complications* (pp. 396-385). Zurich: Springer. Retrieved from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-48732-8_22

- Mangla, K., Hoffman, M., & Trumpff, C. (2019). Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(4), 259-303. doi:10.1016/j.ajog.2019.02.056
- Martínez, B., Ixen, E., Hall-Clifford, R., Juarez, M., Miller, A., Francis, A., & Valderrama, C. (2018). mHealth intervention to improve the continuum of maternal and perinatal care in rural Guatemala: a pragmatic, randomized controlled feasibility trial. *Reproductive Health*, 120(15), 1-23. doi:10.1186/s12978-018-0554
- Mawarti, Y. (2017). Maternal care quality in near miss and maternal mortality in an academic public tertiary hospital in Yogyakarta, Indonesia: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and childbirth*, 17(149), 1-8. doi:10.1186/s12884-017-1326-4
- Mensch, B., Chuang, E., Melnikas, A., & Psaki, S. (2019). Evidence for causal links between education and maternal and child health: systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 24(5), 504-522. doi:10.1111/tmi.13218
- Muglu, J., Rather, H., Arroyo, D., Bhattacharya, S., Balchin, I., Khalil, A., & Khan, K. (2019). Risks of stillbirth and neonatal death with advancing gestation at term: A systematic review and meta-analysis of cohort studies of 15 million pregnancies. *PLOS MEDICINE*, 16(7). doi:10.1371/journal.pmed.1002838
- Ntoimo, L. (2018). Prevalence and risk factors for maternal mortality in referral hospitals in Nigeria: a multicenter study. *International Journal of Women's health*, 2018(10), 69-76. doi:10.2147/IJWH.S151784
- Onwurah, C., Ogu, O., & Makata, N. (2019). Utilization of Safe Motherhood Initiative Services among Child Bearing Mothers in Anambra State of Nigeria. *IOSR Journal of Nursing and health science*, 8(2), 89-96. doi:10.9790/1959-0802028996
- Organización Mundial de la Salud. (2019, Septiembre 19). Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia maternoinfantil son más elevadas que nunca. *Comunicados de prensa*, pp. 1-6. Retrieved from <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- Patiño, J., & Campos, Y. (2018). Las semanas de gestación como factor asociado a la práctica de la lactancia materna inmediata. *Avances en enfermería*, 36(2), 153-160. doi:10.15446/av.enferm.v36n2.66822

- Piña, E. (2020). Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Revista publicando*, 26(7), 54-60.
- Rana, S., Lemoine, E., & Granger, J. (2019). Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circulation Research*, 124(7), 1094-1112. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313276
- Real Academia Española (2019). Obtenido de <https://dle.rae.es/educaci%C3%B3n>
- Reinke, E., Supriyatiningih, & Haier, J. (2017). Maternal mortality as a Millennium Development Goal of the United Nations: a systematic assessment and analysis of available data in threshold countries using Indonesia as example. *Journal of Global Health*, 7(1), 1-9. doi:10.7189/jogh.07.010406
- Rimaitis, K., Grauslyte, L., Zavackiene, A., Baiuliene, V., Nadisauskiene, R., & Macas, A. (2019). Diagnosis of HELLP Syndrome: A 10-Year Survey in a Perinatology Centre. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1). doi:10.3390/ijerph16010109
- Rodríguez, P., & Flores, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y estrés*, 24(2-3), 67-72. doi:10.1016/j.anyes.2018.03.003
- Sheen, J., & Wright, J. (2018). Maternal age and risk for adverse outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(4), 390-405. doi:10.1016/j.ajog.2018.08.034
- Takahashi, K., Nomura, M., Horiuchi, S., & Miura, H. (2017). Global policy directions for maternal and child health in the SDG era. *Jstage*, 66(4), 395-401. doi:10.20683/jniph.66.4_395
- United Nations Human Rights. (2020). *Reproductive rights are human rights*. Geneva: United Nations High Commissioner.
- Wirsiy, F., & Ako, D. (2019). Determinants of Review Critical A: Cameroon in Mortality M. *Journal of Gynaecology and Neonatal*, 2(1), 105-116. Retrieved from <http://www.scienceinquest.com/open-access/pdf/jgn/maternal-mortality-in-cameroon-a-critical-review-of-its-determinants.pdf>
- World Bank. (2020). *tasa de mortalidad materna de Sudamérica*. Panamá: World Bank. Obtenido de <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&r=sa&l=es>
- World Health Organization. (2019). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. *Trends in maternal mortality from 200 to 2017* (p. 104). Geneva:

- United Nations Population Fund. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternal_mortality_report.pdf
- World Health Organization. (2019, September 19). *World Health organization*. Retrieved from Maternal mortality: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- World Health Organization. (2021, October 5). *World Health Organization*. Retrieved from Ending preventable maternal mortality (EPMM): coverage targets: [https://www.who.int/multi-media/details/ending-preventable-maternal-mortality-\(epmm\)-coverage-targets](https://www.who.int/multi-media/details/ending-preventable-maternal-mortality-(epmm)-coverage-targets)
- Zamfir, E., Braila, A., Braila, M., Vircan, E., Nicolae, R., Gardescu, M., & Edu, A. (2018). Convulsive syndrome in eclampsia and epilepsy in parturition under 30 years of age. *Romanian Journal of Medical Practices*, 13(3), 222-226. doi:10.37897/RJMP.2018.3.10
- Zhao, P., Han, X., You, L., Zhao, L., Yang, L., & Liu, Y. (2020). maternal health services utilization and maternal mortality in china: a longitudinal study from 2009 to 2016. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(220), 1-10. doi:10.1186/s12884-020-02900-4

ANEXOS

Anexo 1. Permiso institucional para ejecutar la investigación

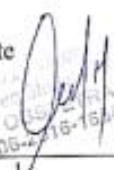
La Troncal, 28 de Octubre de 2021

Victor Eduardo Chacha Guamán, Md, Esp, Msc.
Director general
Hospital Básico Darío Machuca Palacios
Ciudad

Por medio de la presente, yo Andrea Fernanda Mora Yllescas con C.I. 0940522345, colaboradora de esta institución y estudiante de la maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, solicito a usted gentilmente su aprobación para realizar mi trabajo de investigación titulado **“Factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna en gestantes. Área de emergencias, Hospital Básico Darío Machuca Palacios”**, requiriendo los informes estadísticos necesarios para poder indagar acerca de la problemática citada. Por medio de mi trabajo de investigación pretendo contribuir con soluciones efectivas ante la problemática citada y mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

Esperando una oportuna respuesta de su parte, me despido.

Atentamente


Mora Yllescas Andrea Fernanda, Obst.
C.I. 0940522345



Anexo 2. Instrumento de recolección de información aplicado durante la investigación

Estimada gestante,

Por medio de la presente se solicita a usted su colaboración y participación en el proyecto de investigación titulado **“Factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad materna”** el cual se desarrollará en la unidad de emergencias del hospital básico Darío Machuca Palacios de la ciudad de La Troncal. La información aquí recibida será de carácter confidencial y se procesará de manera anónima sin generar ninguno conflicto de interés con la institución de salud antes mencionada o terceros. Sírvase de responder con la mayor veracidad posible, pues sus respuestas contribuirán al desarrollo de la ciencia e investigación a nivel general.

Acepto participar	
No acepto participar	

C-U-E-S-T-I-O-N-A-R-I-O

A) Datos demográficos

Edad: <input type="checkbox"/> Menor o igual a 14 años <input type="checkbox"/> Entre 15 a 19 años <input type="checkbox"/> Entre 20 a 34 años <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 35 años	Integración familiar: <input type="checkbox"/> Esposo/pareja <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Sola con sus hijos	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> Ama de casa (no remunerado)
Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Postgrado	Lugar de residencia: <input type="checkbox"/> La Troncal (cabecera cantonal) <input type="checkbox"/> Pancho Negro <input type="checkbox"/> Manuel J. Calle <input type="checkbox"/> Otro cantón/provincia	Ingresos mensuales (familiar) <input type="checkbox"/> Menos de 400 USD <input type="checkbox"/> Entre 401 a 600 USD <input type="checkbox"/> Entre 601 a 900 USD <input type="checkbox"/> Mayor a 901 USD

B) Antecedentes gineco-obstétricos y control de embarazo

1. ¿Este es su primer embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Número de embarazos previos <input type="checkbox"/> 1 embarazo <input type="checkbox"/> 2 embarazos <input type="checkbox"/> 3 embarazos <input type="checkbox"/> 4 embarazos <input type="checkbox"/> 5 embarazos <input type="checkbox"/> 6 embarazos	3. Número de hijos (vivos) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 hijo <input type="checkbox"/> 2 hijos <input type="checkbox"/> 3 hijos <input type="checkbox"/> 4 hijos <input type="checkbox"/> 5 hijos o más
4. Numero de controles prenatales durante el embarazo <input type="checkbox"/> Ningún control <input type="checkbox"/> 1 control previo <input type="checkbox"/> 2 controles previos <input type="checkbox"/> 3 controles previos <input type="checkbox"/> 4 controles previos <input type="checkbox"/> 5 o más controles	5. ¿Previo a este embarazo, ha tenido algún aborto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. Número de semanas de gestación _____ semanas

C) Hábitos, antecedentes patológicos y casuística por la que acude al área de emergencias durante el embarazo

6) ¿Mantiene usted alguno de los siguientes hábitos? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> Alcoholismo	7) ¿Cuál de las siguientes enfermedades usted presenta? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	8) Causa por la que solicita atención en emergencias <input type="checkbox"/> Sangrado transvaginal <input type="checkbox"/> Dolor pélvico + sangrado <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Dolor pélvico
--	--	--

<input type="checkbox"/> Otros hábitos	<input type="checkbox"/> Asma u otra enfermedad alérgica	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias <input type="checkbox"/> Infección genital
9) ¿Con cuanta frecuencia ha acudido al área de emergencias durante su actual embarazo?		
<input type="checkbox"/> Entre 1 a 2 veces	<input type="checkbox"/> Entre 3 a 5 veces	<input type="checkbox"/> Entre 6 a 8 veces <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 9 veces

FICHA DE OBSERVACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL

a. La paciente requiere internación hospitalaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Requiere cirugía emergencias para atender el parto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Tipo de parto de la paciente	<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vía vaginal
d. Clasificación de trabajo de parto	<input type="checkbox"/> Pretérmino <input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Postérmino
e. Presenta complicaciones durante el parto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. De ser positiva la pregunta anterior, especifique	<input type="checkbox"/> Episiotomía <input type="checkbox"/> Restos placentarios <input type="checkbox"/> Retención placentaria <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Desgarro <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Otras
g. Tiempo de hospitalización postparto	<input type="checkbox"/> Entre 24 a 48 horas <input type="checkbox"/> Entre 3 a 5 días <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 6 días
h. Paciente desarrolla Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) durante hospitalización.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. Especifique IAAS desarrolladas por la paciente	<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica <input type="checkbox"/> Infección respiratoria (neumonía) <input type="checkbox"/> Sepsis de origen urinario

Anexo 3. Declaración de variables en SPSS

*BD ANDREA VERA.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Numérico	8	0	Edad	{1, Pubertas}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	IntegraciónFamiliar	Numérico	8	0	Integración_familiar	{1, Esposo/parej...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	SituacionLaboral	Numérico	8	0	Situación_laboral	{1, Trabajo no re...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	NivelEducativo	Numérico	8	0	Nivel_educativo	{1, Ninguno}...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
5	LugarResidencia	Numérico	8	0	Residencia	{1, La Troncal}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	IngresosMensuales	Numérico	8	0	Ingresos_mensuales	{1, menos de 40...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
7	Primigesta	Numérico	8	0	Primigesta	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	EmbarazosPrevios	Numérico	8	0	Embarazos_previos	{1, 1 embarazo}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	Hijos	Numérico	8	0	Total_hijos	{1, ninguno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	ControlesPrenatales	Numérico	8	0	Controles_prenatales	{1, Ningún contro...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	AbortosPrevios	Numérico	8	0	Abortos previos	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	SemanasGestación	Numérico	8	0	Semanas_gestación	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	HábitosGestante	Numérico	8	0	Hábitos_gestante	{1, Ninguno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	AntecedentesPatológicos	Numérico	8	0	Antecedentes_patológicos	{1, Hipertensión ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	CausaAtenciónEmergencias	Numérico	8	0	Causa_atención_emergencias	{1, Dolor pélvico ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	FrecuenciaVisitaEmergencias	Numérico	8	0	Frecuencia_atención_emergencias	{1, Entre 1 a 2 ve...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
17	RequerimientoHospitalización	Numérico	8	0	Requerimiento_hospitalización	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	CirugíaEmergenciaParto	Numérico	8	0	Requiere_cirugía_emergencia_parto	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
19	TipoParto	Numérico	8	0	Tipo de parto	{1, Cesárea}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
20	ClasificaciónProductoParto	Numérico	8	0	Clasificación producto de parto	{1, Pretérmino}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
21	ComplicacionesParto	Numérico	8	0	Complicaciones en el parto	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
22	TipoComplicación	Numérico	8	0	Tipo de complicación en el parto	{1, Hemorragia}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
23	TiempoInternacionHosp	Numérico	8	0	Tiempo Internación hospital	{1, De 24 a 48 h...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
24	InfeccionesIntrahospitalarias	Numérico	8	0	Desarrolla infección intrahospitalaria	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
25	TipoInfecciónIntrahospitalaria	Numérico	8	0	Tipo de infección intrahospitalaria	{1, Neumonía}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Anexo 4. Evidencia fotográfica de proceso de investigación

