

LAS TRES DEMORAS EN SALUD QUE LLEVAN A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS EN ECUADOR. UN ESTUDIO DE REVISIÓN

The three health delays leading to obstetric complications in pregnant women in Ecuador. A review study

DOI: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0046>

Ingrid Andreina Torres Chávez ^{1*}

<https://orcid.org/0000-0003-4613-0735>

Lorena Paola Ramírez Morán ¹

<https://orcid.org/0000-0002-3670-550X>

Monica Salcedo Faytong ¹

<https://orcid.org/0000-0003-2794-6165>

Recibido: 01 de septiembre de 2020

Aprobado: 20 de noviembre de 2020

Palabras claves: Embarazo, Ecuador, Demora de salud.

RESUMEN

Introducción: El embarazo es un período de emoción y ansiedad. La realidad para las mujeres embarazadas es que sus acciones podrían afectar al embarazo y al feto, por lo que es necesario que conozcan lo que deben y no deben hacer para minimizar riesgos y optimizar resultado.

Objetivo: Determinar las tres demoras de salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador.

Metodología: Esta investigación se desarrolló bajo una perspectiva cualitativa, de carácter documental, de tipo monográfico. **Resultados:** Primera demora, Se refiere al retraso en la búsqueda de ayuda. Segunda demora, se relaciona con el retraso en alcanzar la ayuda una vez reconocida la complicación, las principales causas reportadas como origen de este retraso son: falta de transporte para el traslado al hospital, falta de recursos económicos para su pago, miedo a acudir a los servicios de salud por malas experiencias. Tercera demora, cuando la mujer llega al servicio de salud, el tiempo de espera de la atención puede prolongarse hasta más de una hora.

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

1. Universidad Estatal de Milagro

*Correspondencia: ingrid.201026@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period of excitement and anxiety. The reality for pregnant women is that their actions could affect the pregnancy and the fetus, so they need to know what they should and should not do to minimize risks and optimize results. **Objective:** To determine the three health delays that lead to obstetric complications in pregnant women in Ecuador. **Methodology:** This research was developed from a qualitative, documentary, monographic perspective. **Results:** First delay refers to the delay in seeking help. The second delay is related to the delay in reaching help once the complication has been recognized, the main causes reported as the origin of this delay are lack of transportation to go to the hospital, lack of financial resources for payment, fear of going to health services for bad experiences. Third delay, when the woman arrives at the health service, the waiting time for care can last up to more than an hour. **Conclusion:** A model designed was the “three delays” designed in Ecuador, specifying that the decision to seek help is the first step to take if a woman with a complication wants to receive emergency obstetric care. When the woman decides to seek help, she must go to the health unit where emergency obstetric care.

Keywords: Pregnancy, Ecuador, Health delay.

INTRODUCCION

A nivel mundial, de acuerdo a la OMS, en el año 2018, se estimó que 342.900 mujeres murieron por complicaciones maternas; más del 50% ocurrieron en países de Asia y África. Las complicaciones más frecuentes del embarazo, parto y puerperio son preeclampsia, hemorragia y sepsis; su frecuencia varía de un país a otro (1).

A nivel de Latinoamérica, en México, los últimos reportes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática refieren 1 268 muertes maternas; evidencias más recientes señalan que, aunque éstas se han reducido, aún ocurren en poblaciones marginadas, sin control prenatal adecuado; como es el caso de un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, considerando de baja mortalidad materna, en el que se presentaron 30 defunciones maternas en el transcurso de 10 años (2).

Las defunciones causadas por complicaciones obstétricas se relacionan con la forma en que las mujeres responden a las señales de alarma que indican una complicación y con la respuesta de los servicios de salud para el cuidado y el tratamiento oportuno de ésta. Esto es, las muertes maternas no son accidentales, sino que obedecen a un conjunto de factores que, al enlazarse, forman una cadena fatal de demoras o retrasos que impiden prevenir riesgos durante los embarazos, limitan el acceso a servicios de salud de calidad y traen como consecuencia la falta de atención oportuna de la complicación y, por consiguiente, la muerte (3).

Desde las primeras evidencias de demoras o retrasos descritas por Tahddeus y Main en 1993, se han realizado trabajos que las analizan a través de un modelo basado en la forma en que la mujer, su familia y los servicios de salud responden a la complicación. El reconocimiento de un padecimiento puede estar influenciado por factores tales como la prevalencia de la condición. En un estudio en embarazadas en Senegal, el 13% reportó fiebre, palidez y vértigos como signos normales del embarazo porque esas condiciones fueron comunes en las embarazadas del área. En Argentina, el 79% de las defunciones maternas estudiadas tuvieron

retraso en el reconocimiento de las señales de alarma para las complicaciones (4).

En el Ecuador, el principal factor de las muertes maternas es la falta de atención del parto y el nacimiento en los domicilios por el personal no profesional que pueda traer a la vida al feto y cuidar de la salud de la madre, la mortalidad materna equivale a la desigualdad que existen entre los países y los sectores internos de los mismos, las mujeres siguen muriendo por las mismas causas, lo que muestra al no avance por erradicar este problema de salud pública (5).

En este país, existen disparidades innecesarias entre mujeres y hombres que propician desigualdad de oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permitan estar en buena salud, sin enfermar, discapacidad o morir. En las áreas marginadas, se hace más evidente esta inequidad de género en salud, en donde prevalecen la falta de oportunidades en la adquisición de bienes y servicios, de una actividad bien remunerada y falta de toma de decisiones de las mujeres para el autocuidado de la salud, que las llevan al rezago social.

El modelo de las tres demoras permite analizar las circunstancias por las que se retrasa la atención y predominan a las complicaciones y a la muerte materna, estas pueden ser dependientes de la persona, de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, también relacionadas a la movilización de los pacientes desde lugares distanciados del centro de salud y con la atención que estas reciben en el sistema de salud pública, aunque los esfuerzos del país y las medidas mundiales tienen el objetivo de reducir la mortalidad materna, esta no ha sido capaz de acabar con el problema

(6).

Se define mortalidad materna, como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”, la razón de mortalidad materna en el Ecuador es de 69,7 por 100.000 nacidos vivos (1).

Está claro que para que se dé una muerte materna, ha existido una cadena de factores desencadenantes en un fin trágico, por lo que directamente se transforma en un indicador ultra sensible de evaluación de la calidad de los servicios de salud en una zona determinada. La mortalidad materna en América Latina es un problema de salud pública particularmente grave en el caso de la zona rural. Ubicándose entre las principales causas de la MM la hemorragia posparto, la preeclampsia y problemas relacionados a la presentación del feto, al identificar los detonantes de este mal que acecha a las familias, se han considerado varias medidas eficaces y seguras (7).

Estas medidas son efectivas siempre y cuando la mujer embarazada pueda acceder a un centro de salud, el inconveniente radica en el caso de las mujeres ubicadas en zonas rurales que no pueden acceder a este servicio por varios motivos (razones económicas, ubicación geográfica, circunstancias socioculturales), inclusive por brechas deficientes halladas en el sistema de salud (6). Podemos hablar de tres tipos de definiciones comprendidas dentro de la mortalidad materna:

- Muerte materna: defunción de la mujer durante la gestación, parto o durante los 42 días siguientes de la terminación del embarazo. (CIE-10, O00-O94)

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

Las variaciones en el cálculo de la razón en la mortalidad materna en los últimos 20 años han dificultado el análisis de la tendencia. La muerte de una mujer durante el embarazo, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de éste, es una tragedia familiar y comunitaria, con profundas consecuencias sociales y económicas. La mayoría de estas muertes pueden ser prevenibles con acciones dirigidas a evitar el embarazo no planificado, con controles prenatales adecuados para detección y tratamiento oportuno de las complicaciones y una adecuada atención del parto y puerperio. Como signatario de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Ecuador ha logrado importantes avances en salud sexual y reproductiva gracias a la implementación de políticas que buscan garantizar el derecho a la salud. Esto ha permitido avanzar en el propósito de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna hasta el 2015 (1)

- A pesar del incremento en el acceso para la atención del parto por personal de salud, la razón de mortalidad materna tiende a ser estacionaria.
- 7 de cada 10 muertes maternas se produjeron en un establecimiento de salud.
- 1 de cada 5 muertes maternas ocurrió en el domicilio.
- Muchas de las madres que fallecieron en la última década, lo hicieron en provincias diferentes a las provincias donde residían.
- Existen diferencias importantes en la causa de muerte materna de acuerdo al lugar de residencia.

- Las muertes por hemorragia postparto son más frecuentes en áreas rurales y periféricas.

- Las demoras en el reconocimiento de las complicaciones (primera demora) y el acceso oportuno a un centro de atención de emergencias obstétricas (segunda demora), representan casi la cuarta parte de todos los casos de muerte materna. Indiferentemente de la causa de mortalidad materna, éstas se clasifican en: Directas: Cuando la muerte de la madre se produce como consecuencia de complicaciones que se han presentado durante el período de gestación, parto y el puerperio. Originadas por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones, al conjunto de más de una de ellas o como efecto de una enfermedad. Indirectas: cuando la muerte materna se produce por enfermedades preexistentes o que pueden presentarse en el embarazo sin estar relacionadas con éste, a pesar de que pueden ser agravadas por el estado de gestación (4).

Es por ello que la investigación permitirá identificar cuál de estas tres demoras intervienen en la aparición de las complicaciones de las embarazadas las cuales se dan en un aproximado del 36% de las 260 mujeres del Centro de Salud Mayor Flores, entre las complicaciones más palpables, como diabetes gestacional, placenta previa en el embarazo, anemia, hipertensión, preeclampsia, embarazo ectópico, aborto espontáneo y entre otras inciden a la muerte materna de los grupos vulnerables y así generar datos para futuras investigaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se desarrolló bajo una perspectiva documental. En este sentido se trabajó de manera directa o indirecta sobre textos o documentos, lo que ocasionó su vinculación con la investigación archivística o bibliográfica. Abarcó bases

de datos como textos, fichas, entre otros, que aportaron información. Siendo de data antigua y actuales (8). Igualmente, se requirió de una serie de pasos como la selección del tema o problema, el arqueo de fuentes, la exploración del área de estudio, la lectura activa y el fichaje, el resultado de la interpretación, análisis de la información, estructuración del informe y finalmente, la elaboración del artículo.

RESULTADOS

Mejorar la salud materna” es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con menos progreso en su consecución. Una de las pruebas es que en los países en desarrollo las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles relacionadas con los servicios de salud (5).

De allí que en estos países el análisis de las causas de las muertes maternas, es una herramienta para la planificación, evaluación y mejoramiento de los servicios de salud y, a pesar de que esta implementada hace ya más de una década, continúa siendo un componente fundamental de la salud pública.

El análisis de las múltiples circunstancias que acompañan a la muerte materna (no accidental), determinan que al enlazarse forman una cadena de “demoras” que terminan en un final fatal. Cada una de dichas demoras hace que transcurran días, horas o varios minutos desde que inició la complicación hasta su agravamiento, lo cual hace que la probabilidad de muerte de la madre sea mayor, es por ello que el tiempo transcurrido es definitivo en el desenlace. Si bien hay numerosos factores que contribuyen a una muerte materna, este estudio se centra en aquellos descritos por Thaddeus y cols (2).

La mortalidad como fenómeno demográfico presenta características propias

como el ser inevitable, no repetible e irreversible. En el caso de la mortalidad materno-fetal es posible hablar de una mortalidad evitable puesto que todas las circunstancias que han desencadenado en una MM son posibles de convertirlos en factores positivos mediante un trabajo integral que permita a la sociedad, autoridades y a los profesionales de la salud a tomar conciencia de la necesidad de disminuir al mínimo el tiempo entre la aparición de signos de alerta y la gravedad del mismo, por lo cual el término “evitable” encierra un potencial de acción o de intervención.

En 1994 Thaddeus y cols realizaron un estudio multicéntrico de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en 500 mil mujeres a nivel mundial, identificando así, las diferentes dificultades que enfrentaban para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad.

El método de análisis descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente la eficacia de los servicios de salud ya que las mujeres deben enfrentar una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. A partir de tres preguntas se puede identificar cualquier escollo causante de demora, que puede costarle la vida (7)

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas, corroboran con lo señalado por la OMS, que indica que estas muertes no son accidentales, sino el resultado de una cadena fatal de “demoras” que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan al servicio de salud. Cada “demora” incide en que transcurran horas, días y hasta semanas desde la aparición del primer síntoma y el momen-

to de la atención, lo cual ocasiona que se reduzca drásticamente el hecho de que la mujer embarazada salve su vida. La investigación realizada por Thaddeus y Maine, se centra en los factores que afectan el intervalo entre la aparición de las complicaciones y sus resultados. Se examinan aspectos como: 1) la demora en la decisión de buscar ayuda, 2) el retraso en llegar a un centro de salud y 3) la demora en la prestación de una atención adecuada (3).

Primera demora

Se refiere al retraso en la búsqueda de ayuda; es decir, la demora en el tiempo en que la mujer y su familia reconocen que tiene una complicación y buscan ayuda, o que se está iniciando y deciden la búsqueda del cuidado. La decisión de buscar asistencia es el primer paso para recibir cuidados obstétricos de emergencia, esto, depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza su vida (2).

En mujeres que habitan en áreas alejadas de los servicios de salud, como es el caso de las que residen en el área rural, las oportunidades de decidir y tener acceso al servicio de salud son difíciles, la mayoría de los esposos de estas mujeres se encuentran trabajando fuera del hogar durante toda la semana o por semanas o meses, disminuyendo las posibilidades de ser auxiliadas.

Las mujeres pobres que viven en zonas alejadas tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria oportuna y adecuada puesto que en aquellas zonas no hay personal sanitario calificado, lo cual implica un desconocimiento general de los posibles riesgos que pueden presentarse en el embarazo y/o parto.

La primera demora evalúa los conoci-

mientos, prácticas y creencias de las comunidades que puedan influir en el reconocimiento de aquellos signos y síntomas de complicaciones y en la decisión de buscar ayuda. Es por ello que podemos evaluarla mediante dos interrogantes: 1) ¿Reconoció la paciente el problema con prontitud?, 2) En cuanto reconoció el problema ¿Tomó la decisión de solicitar atención médica?

Hablamos de la falta de conocimientos en reconocer signos de alerta, como son: sangrado vaginal en el embarazo, dolor intenso, eliminación de líquido amniótico mucho antes de la fecha probable del parto, cefalea constante, tinnitus, mareo, visión borrosa, convulsiones, falta de movimiento fetal, ardor al orinar, olor intenso de la orina, parto demorado, fiebre, mala posición del feto, etc., todo lo cual evitaría el fallecimiento de la madre.

La ubicación de sus viviendas en muchos de los casos hace que no cuenten con el acceso suficiente ni oportuno de información que les instruya en los síntomas o signos que puedan manifestarse como consecuencia de una complicación obstétrica y en la necesidad inmediata de recibir atención calificada, lo que conlleva al agravamiento de dichas complicaciones.

La falta de información se considera como el obstáculo principal para que una mujer no solicite oportunamente la atención adecuada, pero además de ésta, podemos nombrar otros obstáculos como: no reconocer con prontitud un signo o síntoma de alarma, desconocimiento de los derechos en salud reproductiva que brinda un servicio gratuito en cuanto a la atención prenatal, aspectos culturales que impide a la mujer expresarse libremente y por lo tanto sufren en silencio, falta de ingresos económicos para llegar al lugar de la atención médica, experiencias negativas en cuanto a los servicios

de salud, etc. (4)

Segunda demora

Se relaciona con el retraso en alcanzar la ayuda una vez reconocida la complicación por la mujer y sus familiares. Las principales causas reportadas como origen de este retraso son: falta de transporte para el traslado al hospital, falta de recursos económicos para su pago, miedo a acudir a los servicios de salud por malas experiencias. La demora en identificar y acceder a un servicio de salud depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad, eficiencia del transporte y el costo de los traslados, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir, factores que influyen en la toma de decisión de buscar ayuda (7).

La accesibilidad a los servicios de salud influye directamente en esta demora, tal es el caso de aspectos como: inaccesibilidad por circunstancias geográficas, climáticas o de orden público, la ausencia de una estructura vial que comunique varios puntos aislados a las principales carreteras del país, factores económicos que impiden contar con el recurso económico necesario para movilizar de manera urgente a la paciente en riesgo, etc. Generalmente todos los aspectos mencionados anteriormente generan demoras significativas en la población sobre todo rural; donde, además, carecen de medios de comunicación, haciéndose indispensable que la pareja de la gestante tenga que salir en busca de ayuda y dejar sola a la mujer, quien sufre las complicaciones obstétricas y la demora en ser atendida, lo que culmina en muchos casos en su fallecimiento.

La frecuencia de la segunda demora se ha encontrado entre 35 y 74% de las mujeres estudiadas. En algunos casos se reporta la falta de monitoreo de la ambu-

lancia del hospital, con retraso de 2 horas en llegar al lugar origen, y de 3 horas hasta el hospital de referencia.

Santos y cols encontraron que el 4,7% de las mujeres que murieron demoraron menos de 1 hora en la toma de decisión de pedir ayuda desde que se iniciaron las molestias en comparación con 93,6% de las mujeres no fallecidas, ($P < 0,001$); 26,3% de las mujeres fallecidas demoraron más de diez horas en llegar al establecimiento de salud luego de tomar la decisión de solicitar ayuda, mientras que el 93% de las mujeres que no fallecieron, demoraron menos de una hora ($P < 0,001$) (4).

Tercera demora

Ya alcanzado el servicio de salud, las mujeres tuvieron demora en recibir el cuidado, lo que corresponde a la tercera demora del proceso. El porcentaje de ocurrencia de la tercera demora va de 18% en mujeres de Burkina Faso a 63% en países de Asia y África. Cuando la mujer llega al servicio de salud, el tiempo de espera de la atención puede prolongarse hasta más de una hora (5).

Entre el año 2004 al 2009, la proporción de partos atendidos de forma ambulatoria decreció de 25% a 10%. El promedio de mujeres que en el área urbana acceden a un parto con atención por un profesional (médico u obstetra) es superior a 95%, a pesar de ello, no se observó una disminución importante de la mortalidad materna. Por lo tanto, además de persistir la primera demora (decidir buscar atención e identificar riesgos de complicación) y segunda demora (acceder a un servicio de salud) parece tener importancia la demora en la provisión de tratamiento adecuado y oportuno (tercera demora).

En muchos casos no existen demoras en la decisión de recibir atención profe-

sional ante complicaciones obstétricas o para el parto, ni tampoco en el traslado de la paciente hacia la unidad de salud, sobre todo si se hace uso de ambulancia, pero la demora se presenta cuando llega a dicha casa de salud.

Esto parece depender principalmente de aspectos de gestión como la permanencia y disponibilidad de personal capacitado, así como medicamentos e insumos (oxitocina, sulfato de magnesio, antibióticos, cristaloides, sangre, etc.) y una infraestructura adecuada del servicio de salud (por ejemplo, la disponibilidad de quirófanos). En las evaluaciones del sistema de monitoreo continuo de la calidad de la atención materna y neonatal son también evidentes deficiencias en el cumplimiento de los estándares de atención que podrían incidir en el acceso de las mujeres a atención calificada y de calidad.

Guartazaca y cols realizaron un estudio descriptivo en el hospital cantonal del Sígsig, provincia de Azuay, y encontraron que, las principales causas de morbilidad y mortalidad materna estaban relacionadas con un inadecuado control prenatal, falta de aplicación de las normas de atención materna y neonatal, por ejemplo: déficit de realización de exámenes (orina) en el que el porcentaje de mujeres que no se realizó estos exámenes fue superior al 40%; inmunización deficiente (vacuna para la rubéola) en mujeres de edad fértil, no fue administrado en el 48,5%; inadecuada preparación para el parto fue de 52,2%, el 54,5 % de mujeres desconocían técnicas de lactancia y cuidados (1).

La interrogante en esta demora es si obtuvo o no la atención de calidad una vez que llegó al centro de atención médica; por ende las respuestas están vinculadas con una atención eficiente o deficiente del personal de salud, la existencia de dificul-

tades administrativas que impiden una atención rápida y eficaz, tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, falla en la identificación de los síntomas, signos y una incorrecta interpretación de los mismos, personal insuficiente o pobremente capacitado para la atención de los casos que acuden por emergencia, falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos, deficiencia en recursos tales como medicinas, hemoderivados, entre otros, actividades de promoción y prevención inexistentes o ineficientes, falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante, atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente, calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico, deficiente calidad de la historia clínica, niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan (1).

Lamentablemente esta demora es tomada a la ligera, puesto que al tratar de dialogar y capacitar al personal de salud que no adopta las medidas necesarias para estar preparado para las posibles emergencias en el área obstétrica lo que se consigue en la mayoría de los casos una actitud a la defensiva, sin comprender que la crítica es constructiva y servirá para identificar errores y neutralizar los efectos negativos que repercuten en las pacientes y garantizar su sobrevivencia.

Al hablar de muertes maternas no solo nos referimos a un dato estadístico que afecta la calidad del sistema de salud, sino más bien al impacto familiar que conlleva la ausencia de la madre. La existencia de hijos huérfanos en edades tempranas eleva hasta 6 veces la probabilidad de morir en los primeros 5 años de vida, la posibilidad de no acceder a la educación o de fracasos escolares y repercute en el empobrecimiento de la comunidad a la que pertenece (1).

De otro lado, la disminución del número de mujeres en edad fértil puede afectar la existencia de la comunidad a la que pertenece, puesto que se reduce el número de habitantes actuales y futuros, así como también la calidad de vida de los que permanecen, quizá con las mismas creencias de la “no necesidad” de buscar atención especializada en complicaciones obstétricas, o de no identificar signos de alerta que pueden salvar vidas.

La falta de una persona que, desde su propia experiencia, ha logrado sobrevivir por no haber identificado a tiempo el estado de emergencia o no haber contado con un plan de acción para el momento del parto, dificulta la posibilidad de trabajar en un plan de acción que elimine creencias que no tienen fundamento y que se convierten en amenazas de muerte para la madre. Cuando contamos con una enseñanza de vida contada desde una experiencia vivida la eficacia del mensaje es mucho mayor.

Por cada muerte materna aproximadamente unas 30 quedan con secuelas secundarias a una complicación obstétrica extrema, que en el futuro afectan la supervivencia de las mismas. Muchas de ellas con secuelas que les impiden formando vida, con lo cual se destruyen sueños, familias e incluso se enfrentan a discriminación y maltrato psicológico y/o físico.

CONCLUSIÓN

El embarazo es un período de emoción y ansiedad. La realidad para las mujeres embarazadas es que sus acciones podrían afectar al embarazo y al feto, por lo que es necesario que conozcan lo que deben y no deben hacer para minimizar riesgos y optimizar resultados. La mayoría de los embarazos pueden transcurrir sin mayores incidentes. Sin embargo, en algunas ocasiones, se pueden presentar

problemas leves, o tan severos, que comprometen la vida de la madre o del niño. Es por ello, que esta etapa requiere de responsabilidad especial y un estricto seguimiento, para identificar en lo posible, y de manera temprana, todas las situaciones anormales que se presenten durante la misma, intervenir para corregir las anomalías y lograr un feliz parto.

El Ministerio de Salud Pública y su Normativa sanitaria implementa la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna. La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47%.

En Ecuador, se ha sugerido un modelo para diseñar y evaluar los programas para reducir la mortalidad y discapacidad materna basada en la cadena causal que vincula las muertes maternas con las actividades de los programas. La modelo de las “tres demoras” específica que la decisión de buscar ayuda es el primer paso a dar si una mujer con una complicación quiere recibir cuidados obstétricos de emergencia. Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la unidad de salud donde se brinden cuidados obstétricos de emergencia.

REFERENCIAS

- OMS. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materna infantil son más elevadas que nunca. A pesar de los avances conseguidos, cada 11 segundos muere una mujer embarazada o un recién nacido en el mundo. (19 de septiembre de 2019). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- Carchi Heras MA, Chunquin Atiencia MJ. Prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria en los niños y niñas de 0 a 23 meses de edad, en el hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2015. [Tesis] 2015. Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24424/1/tesis.pdf.pdf>
- República de Ecuador. Muertes Maternas en Ecuador. INEC. (2018). Quito. Disponible en: <https://acortar.link/6faD7>
- Durán, J. Análisis de las causas de mortalidad materna en el estado de gestación, parto y post-parto en el Ecuador del año 2007 al 2014. [Tesis]. 2017. Repositorio de la Universidad Central del Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13977>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Gaceta muertes evitables 2019. Quito. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/gacetasmuerte-evitable-2019/>
- Ramírez, S. Antecedentes obstétricos asociados a hemorragias post parto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital regional docente materno infantil el Carmen, periodo 2016. [Tesis] Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt" Huancayo. 2017. Disponible en: <https://acortar.link/H2Fbi>
- OMS. Maternidad materna. [Internet] 19 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- López-Yepez, A. Metodología de la investigación científica: "cómo se hace una tesis doctoral". 2014. Servicio Documentación Multimedia-Canal RTVDoc, Departamento de Biblioteconomía y Documentación/Sección Departamental, Universidad Complutense, 2013. Publicado 05/12/201. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/24750/>