



Diciembre 2018 - ISSN: 1988-7833

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS

Aida Monserrate Macías Alvia¹

Universidad Estatal del Sur de Manabí
aidita.macias@hotmail.co

Franklin Antonio Vite Solórzano²

Hospital Civil Chone
antuanvit@hotmail.com

José Manuel Piguave Reyes³

Centro de Especialidades y Tratamiento Muñoz
josé.manuel.piguave@hotmail.com

Diana Patricia Castro Cedeño⁴

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
patty.cc.ing.com@hotmail.com

Johnny Willian Santana Sornoza⁵

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
johnny.santana@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Aida Monserrate Macías Alvia, Franklin Antonio Vite Solórzano, José Manuel Piguave Reyes, Diana Patricia Castro Cedeño y Johnny Willian Santana Sornoza (2018): "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre factores de riesgos asociados a mortalidad materna en mujeres embarazadas", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (diciembre 2018). En línea: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/12/mortalidad-materna-embarazadas.html>

RESUMEN

El bajo nivel de conocimientos, la falta de actitudes y la escasa práctica sobre factores de riesgos asociados a mortalidad materna en relación a las mujeres embarazadas causa alto riesgo en la salud de la madre y el feto, en esta investigación se estableció como objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre factores de riesgos asociados a mortalidad materna. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y analítico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los factores de riesgo materno. Se estudiaron 214 mujeres embarazadas de consulta externa de ginecología y obstétrica en el Hospital Jipijapa. Se utilizó una encuesta para evaluar los factores de riesgo de mortalidad materna. Los factores asociados con la mortalidad materna incluyeron: la edad, pertenecer a la zona rural, bajo nivel educativo, reciben información relacionada a riesgos maternos de personas no inmersas a la salud, infecciones de vías urinarias seguida de la vaginitis, posteriormente las vaginosis bacteriana. Las embarazadas tienen inadecuados conocimientos, actitudes y prácticas sobre factores de riesgo materno. El conocimiento pueden proporcionar oportunidades para detectar factores de riesgo de complicaciones del embarazo y disminuir la incidencia de mortalidad materna.

- 1 Licenciada en Enfermería, Magíster gerencia en salud, Docente Titular a tiempo completo en la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Jipijapa - Ecuador.
- 2 Licenciado en Enfermería, Magíster gerencia en salud, Profesional 5 en Hospital Civil de Chone, Chone - Ecuador.
- 3 Licenciado en Laboratorio Clínico, Magíster en Epidemiología, Especialista en el Centro de Especialidades y Tratamiento Muñoz, Shushufindi - Ecuador.
- 4 Ingeniera Comercial, Magíster en Administración de Empresas con mención en Marketing, Docente a tiempo completo en la Extensión Pedernales de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Pedernales - Ecuador.
- 5 Ingeniero Industrial, Magíster en Gestión de la Calidad y Productividad, Docente a tiempo completo en la Extensión Pedernales de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Pedernales - Ecuador.

Palabras claves:

Mortalidad materna - factores de riesgo materno – conocimientos - actitudes - prácticas maternas

SUMMARY

The low level of knowledge, the lack of attitudes and poor practice on risk factors associated with maternal mortality in relation to pregnant women because high-risk on the health of the mother and the fetus, was established to determine the level of knowledge, attitudes and practices about risk factors associated with maternal mortality. The study was quantitative, descriptive and analytical study on the knowledge, attitudes and practices of maternal risk factors. We studied 214 pregnant women in the outpatient department of gynecology and obstetrics care in the Hospital Jipijapa. A survey was used to assess the risk factors for maternal mortality. The factors associated with maternal mortality included: age, belonging to the rural area, low educational level, receive information related to maternal risks of people not immersed to health, urinary tract infections, followed by the vaginitis, bacterial vaginosis at a later date. Pregnant women have inadequate knowledge, attitudes and practices on maternal risk factors. The knowledge can provide opportunities to detect risk factors for complications of pregnancy and decrease the incidence of maternal mortality. The proposal aims to carry out a strategy of educational intervention on the risk factors associated with maternal mortality.

Keywords:

Maternal mortality - maternal risk factors – knowledge - attitudes - practices maternal.

INTRODUCCIÓN

Se conoce que muchos factores son importantes para la salud reproductiva, incluyendo el estatus socioeconómico, los valores sociales y la accesibilidad y calidad de la atención médica. Las sociedades a nivel mundial atraviesan por esta problemática: cambios de tipo económico, culturales y sociales, que van afectar las costumbres y cultura, maneras de pensar y actuar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo aborda como un bienestar físico, mental, social en todos los ámbitos durante el proceso de la reproducción. Durante el período preconcepcional, lo primordial es la promoción y prevención para lograr modificar los factores de riesgo existentes o que puedan presentarse durante la gestación, y de presentarse alguno de estos, lo único que hará será elevar el riesgo obstétrico y neonatal. De los factores de riesgo más comunes existen los biológicos, psicológicos y los sociales, sin exonerar jamás a la familia.

Es sorprendente que en estando en el 2018, las mujeres todavía no conocen sobre los factores que pueden afectar negativamente a ellas y a su neonato lo que conduce a la mortalidad materna e infantil. Más del 99% de las mujeres que mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo

viven en países de ingresos bajos y medianos. En estos países, la mayoría de los conjuntos de datos son incompletos o registran un pequeño número de muertes. Debido a que las muertes maternas ocurren con poca frecuencia, es difícil hacer inferencias sobre las causas subyacentes de la mortalidad. Además de los números relativamente pequeños de muertes maternas, muchos informes se limitan a las mujeres que fueron tratadas en las instalaciones, lo que podría representar insuficiente la mortalidad debido a las muertes que ocurren en el hogar o fuera de un centro de salud.

En el 2018, Ecuador tiene una tasa de 45 fallecimientos de mortalidad materna, entre el 20% y 30% debido a la demora en la atención y el resto por enfermedades hipertensivas y hemorragias postparto. Las provincias que tiene altas tasas de mortalidad materna a nivel de Ecuador son Guayas, Manabí, Pichincha, Esmeraldas, Chimborazo y también El Oro. Muchos factores individuales y socioeconómicos se han asociado con una alta mortalidad materna. Estos incluyen la falta de educación, la paridad, la historia obstétrica previa, el empleo, el estatus socioeconómico y los tipos de comportamiento que buscan atención durante el embarazo. También hay evidencia de un mayor riesgo de muerte entre las mujeres que son menores de 24 años y mayores de 35 años.

DESARROLLO

Esta investigación tiene los siguientes objetivos:

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre factores de riesgos asociados a mortalidad materna.

Identificar los datos sociodemográficos de los participantes en estudio.

Conocer los factores de riesgos de mortalidad materna en embarazadas.

Describir el nivel de conocimiento en relación a factores de riesgo asociados a mortalidad materna.

Establecer las actitudes y prácticas en relación a factores de riesgo asociados a mortalidad materna.

Mortalidad materna.

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido (Van, Lindblade, Odhiambo, Peterson, Sikuku, & Ayisi, 2012). La salud reproductiva ha mejorado poco en las últimas décadas, en los Países Bajos, particularmente en las grandes ciudades, tienen tasas de mortalidad perinatal relativamente altas en comparación con otros países europeos. La falta de mejoría en los resultados reproductivos a pesar de una mejor calidad y un mejor acceso al cuidado prenatal sugiere fuertemente que el cuidado prenatal por sí solo es insuficiente. (Douglas & Fenton, 2013).

Varias estadísticas mundiales aseveran que las dos terceras partes de las muertes en edad fértil, están en correspondencia con complicaciones del embarazo. Como era de esperarse, el riesgo en los países desarrollados se comportan de la siguiente manera, a nivel de Europa, una de cada 9850 mujeres poseen riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 21 mujeres, se demuestra que las mujeres en edad fértil presentan el 5% de riesgo materno, en comparación con países como Suecia y Japón que tienen

el 4%. En cambio en los países en desarrollo muestran un 15% de mujeres con riesgo y que están en edad fértil, específicamente Cuba. Referente a los países de Latinoamérica Brasil, México y Venezuela, figuran como los primeros en tener menos riesgo pero con una tasa elevada el 30 %. (Mastroiacovo, Nilsen, Leoncini, Gastaldi, Allegri, & Boiani, 2014).

Los reportes de la OMS indican que diariamente mueren alrededor de 800 mujeres y 7700 recién nacidos por dificultades que tiene que ver directamente con el embarazo, el parto y posparto. Por eso es esencial abordar específicamente que el quinto objetivo del milenio planteado, el cual tenía como meta la reducción de la muerte materna en tres cuartas partes comprendido entre los años 1990 y 2015, y, además lograr el acceso universal a los servicios de salud, y, por ende mejorar la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015, no fue cumplido de acuerdo a las estadísticas presentadas (Gómez, Rivera, & Lazo, 2017).

En el Ecuador el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, planteaba dentro de los objetivos nacionales la reducción de la razón de mortalidad materna a 50 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2017. Las principales causas de muerte materna a nivel nacional se encuentran organizadas en tres grupos: causas obstétricas directas, indirectas y no especificadas, dentro de las cuales la hemorragia postparto, hipertensión gestacional y eclampsia son las fundamentales (INEC 2011). Esto indica que se debe realizar un control previo a los factores que hacen que estas principales causas de muerte se desarrollen. (Zee, y otros, 2013).

Discutir cómo el cuidado previo a la concepción ofrece nuevas estrategias para mejorar la salud reproductiva, cómo conecta el curso de la vida del individuo afectado y muchas disciplinas de salud, y los beneficios de combinar una estructura de arriba hacia abajo y una organización ascendente alrededor de los cuidadores es vital para establecer un mejoramiento en este proceso de salud pública.(Zee, y otros, 2013). De acuerdo, a las investigaciones se sugiere la necesidad urgente de diseñar intervenciones para mejorar los niveles de educación y comportamientos apropiados en relación a los principales de riesgo en mujeres embarazadas.

Poco se sabe sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores relacionados con mortalidad materna. Una mala comprensión de las consecuencias y los factores de riesgo conlleva a futuros desenlaces en mujeres en edad fértil, considerándolo como uno de los mayores problemas de salud en las comunidades. De hecho, la atención preconcepcional es clave para prevenir las consecuencias sociales, económicas y sanitarias que resultan de los embarazos involuntarios.

Uno de los beneficios de los anticonceptivos es la de disminuir la mortalidad materna, perinatal e infantil, incluidos los embarazos en menores de 18 años y mayores de 34 años, periodo intergenésico muy corto, abortos previos (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014). La atención materna de preconcepción es primordial y fundamental para evitar las futuras complicaciones.

Un estudio en Tanzania encontró que el bajo nivel de educación del cónyuge era un factor de riesgo para la mortalidad materna. La falta de conocimiento sobre la necesidad de asistentes calificados es una barrera para las mujeres que buscan atención, especialmente durante las emergencias por nacimiento. Otro estudio reveló que los factores de riesgo más comunes para la muerte materna eran primigesta (19%), y bajo estado socioeconómico (19%).

La pobreza también se ha asociado con resultados maternos adversos, no directamente, sino como un contribuyente a la capacidad materna para acceder y utilizar la atención donde se producen complicaciones. También hay pruebas de que el uso de anticonceptivos es eficaz para la prevención primaria de la mortalidad materna en los países en desarrollo en un 44%.

La pobreza se ha asociado con mayores índices de fertilidad total, embarazo involuntario o adolescente y ser madre soltera. En casi todos los países desarrollados, los jóvenes que viven en

la pobreza tienen un aumento significativo del riesgo de embarazo en la adolescencia. Los adolescentes que viven en la pobreza tenían un riesgo 5 veces mayor de embarazo. En comparación con las mujeres de ingresos más altos, las personas que vivían en la pobreza eran más propensas a fumar, a tener hábitos alimenticios más bajos, a niveles más bajos de educación ya practicar prácticas de riesgo y degradación de la salud más elevada.

El menor nivel socioeconómico en algunos países se asocia con una menor atención prenatal. Entre las mujeres embarazadas, se suman mayores proporciones de embarazos de adolescentes o de madres solteras, desempleo, niveles más altos de estrés y exposición a entornos físicos más atestados y contaminados.

De hecho, está bien establecido que las conductas maternas y varias condiciones están asociadas con resultados adversos al embarazo. En particular, los factores de estilo de vida como el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo aumentan el riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad perinatal. Además, los problemas de salud materna, la obesidad, la diabetes gestacional y la falta de tomar suplementos de ácido fólico se asoció con un mayor riesgo de preeclampsia, defectos neurológicos y cardíacos.

Aunque ha sido bien documentado que existe la necesidad de implementar intervenciones para promover comportamientos apropiados en mujeres en edad reproductiva antes de la concepción y que los factores de riesgo maternos deben ser identificados y modificados también antes de la concepción (Esposito, Ambrosio, Napolitano, & Di, 2015). El mayor conocimiento entre las mujeres sobre los factores de riesgo materno puede resultar en beneficios inmediatos mediante la reducción de eventos adversos en el embarazo y el nacimiento.

Los estudios revelan que la mayoría de las mujeres tienen un adecuado conocimiento sobre los principales factores de riesgo en el embarazo. De hecho, los resultados de los estudios indican que las mujeres saben las consecuencias negativas que provocan en el embarazo, la exposición al alcohol, el tabaquismo activo y pasivo y la obesidad, reconocidos como factores potenciales. Las conclusiones de otras investigaciones afirman que el 95,8% de las mujeres en edad reproductiva, saben que el consumo de alcohol y el tabaquismo son factores de riesgo negativos que afectan el embarazo.

Otras revelaciones indican que el 93% de las embarazadas saben que el consumo de alcohol durante el embarazo provoca defectos en el nacimiento y el 86% reconoció que se debe evitar fumar durante el embarazo. En Pakistán, evaluaron la relación entre el conocimiento de las mujeres en edad reproductiva y el tabaquismo, determinaron que el 77% y el 88% de los encuestados sabía que el fumar y el tabaquismo pasivo, respectivamente, afectan negativamente a la salud del feto (Temel, Voorst, Jack, Denктаş, & Steegers, 2013).

Las actitudes respecto a los principales factores de riesgo en el embarazo indicaron que aproximadamente un tercio de las mujeres estaban muy preocupadas por causar daño al feto o al recién nacido con sus comportamientos de riesgo y sólo el 25% de la muestra coincidía en que el alcohol, el tabaquismo y el tabaco pasivo ocasiona daño al feto o al recién nacido (Esposito, Ambrosio, Napolitano, & Di, 2015). Existe fuerte evidencia que demuestra que el cuidado previo a la concepción puede modificar los factores de riesgo conductuales, médicos, entre otros.

Se ha demostrado que los esfuerzos e intervenciones de atención preconcepcional reducen el riesgo de defectos congénitos mayores y menores entre los niños de mujeres con diabetes preexistente (Curtis, Steve, Schulkin, Williams, & M, 2006). Por ejemplo, los esfuerzos de atención preconcepción y las intervenciones se han demostrado para mejorar el estado de las mujeres que planean concebir y reducir el riesgo de síndrome de alcohol fetal.

En cuanto a las fuentes de información, dos tercios de las mujeres indicaron que recibieron información de los médicos sobre los factores de riesgo en el embarazo; Sin embargo, la mayoría de los encuestados declararon que no necesitaban más información. Es interesante observar que sólo el 43,7% de los encuestados afirmaron que recibieron información sobre posibles daños asociados con todos los principales factores de riesgo en el embarazo durante los exámenes ginecológicos.

Este hallazgo destaca la necesidad de que los obstetras aumenten el tiempo dedicado a proporcionar información sobre estos temas muy importantes para la salud de las mujeres y los niños por nacer (Harelick, Viola, & Tahara, 2011). Los resultados adversos del embarazo se definen como eventos que reducen la posibilidad de tener un recién nacido sano.

Esta definición incluye aborto espontáneo, parto prematuro, crecimiento fetal restringido, defectos de nacimiento. No sólo durante el embarazo, sino también durante el período antes de la concepción, un número de factores que pueden aumentar el riesgo: fumadores, la ingesta excesiva de alcohol, el sobrepeso o bajo peso y siendo afectado por una enfermedad crónica (por ejemplo, diabetes.).

Por lo tanto, el período antes de que un niño sea concebido es crucial para la prevención de eventos adversos. Está bien establecido que el consumo de ácido fólico antes de la concepción y durante las primeras semanas de embarazo disminuye significativamente el riesgo de defectos del tubo neural. Por otra parte, durante el período antes de la concepción, la evaluación del estado de inmunización y las consiguientes vacunas puede prevenir aborto involuntario, muerte fetal o defectos de nacimiento causados por enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación contratados durante las primeras 16 semanas de embarazo (Coonrod, Bruce, Malcolm, Drachman, & Frey, 2009).

El asesoramiento preconcepcional tiene el potencial de reducir las complicaciones del embarazo, el momento del asesoramiento, antes de la concepción, es crucial para maximizar el beneficio. Como muchas parejas no son conscientes de su situación de riesgo y el hecho de que el primer período de embarazo es crucial, no buscan información antes de que ocurra el embarazo. Para llegar a las parejas con información oportuna, parece que un trabajador de la salud debe tomar la iniciativa.

Varios estudios han demostrado que las poblaciones de alto riesgo tienen una alta prevalencia de tales factores de riesgo. Sin embargo, la prevalencia en la población general, que se supone es de bajo riesgo, es ampliamente desconocida. El asesoramiento previo a la concepción puede reducir el riesgo (Jong-Potjer, y otros, 2006). Los países deben afrontar y tener una posición ideal para ofrecer consejería antes de la concepción y las mujeres que son informadas sobre estos riesgos durante el asesoramiento previo a la concepción tienen la oportunidad de tomar medidas preventivas a tiempo.

El asesoramiento previo a la concepción tiene como objetivo identificar y modificar los riesgos relacionados con la salud materna y los resultados del embarazo. Los principales componentes del asesoramiento incluyen: materna riesgo evaluación, materna educación, y el inicio de las intervenciones. Es una oportunidad para proporcionar información esencial sobre el embarazo, los posibles riesgos y las opciones de manejo disponibles.

A veces, proporciona una ventana de tiempo única para una intervención, antes del embarazo, que puede reducir los riesgos maternos y fetales (Walfisch & Koren, 2011). Las poblaciones pueden beneficiarse del asesoramiento previo a la concepción más que otras con respecto a la optimización del resultado del embarazo, aunque ha sido recomendado durante años como estándar de atención, la mayoría de los proveedores no lo ofrecen y la mayoría no lo piden.

Se sabe que una serie de factores de riesgo potencialmente modificables se asocian con los malos resultados del embarazo. Estos incluyen el estilo de vida maternal y factores de comportamiento como fumar, beber exceso de alcohol, abuso de drogas, exposición a peligros ocupacionales y ambientales y mala nutrición. Se ha propuesto la promoción de la salud de rutina que engloba la educación, el asesoramiento y la evaluación general de la salud durante el período previo al embarazo como una intervención para mejorar los resultados del embarazo mediante el fomento del cambio de comportamiento o permitiendo la identificación temprana de los factores de riesgo.

El asesoramiento y la evaluación antes del embarazo para mujeres con afecciones médicas como diabetes o epilepsia se proporcionan en muchos países (Whitworth & Dowswell, 2009). Este tipo de atención se ha ofrecido mucho menos frecuentemente a las mujeres sin factores de riesgo identificados, pero donde se ha proporcionado, los resultados de los estudios observacionales han sido alentadores

Poco se sabe sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores relacionados con mortalidad materna. Una mala comprensión de las consecuencias y los factores de riesgo conlleva a futuros desenlaces en mujeres en edad fértil, considerándolo como uno de los mayores problemas de salud en las comunidades. Las evidencias tienen la finalidad de mejorar el compromiso en los servicios de salud, para ayudar a las mujeres a alinear sus opciones anticonceptivas con sus necesidades expresadas.

De acuerdo, a los estudios realizados se evalúan los conocimientos y comportamientos de las mujeres en edad reproductiva y las mujeres embarazadas con respecto a algunos factores de riesgo individuales en el embarazo como el consumo de tabaco, alcohol y la obesidad. Sin embargo, muy pocos estudios se enfocan en los factores de riesgo simultáneamente.

Generalidades.

En todo el mundo se producen cada año quince mil muertes maternas, muchas de ellas en países en desarrollo. Según la OMS, se produce la muerte durante el embarazo o 42 días después del parto, se excluye causas no relacionadas con el embarazo, duración de la gestación o del lugar de implantación del embrión. Para la medición de la mortalidad materna se utiliza la tasa de mortalidad materna. Este índice, como uno de los indicadores de salud más importantes, muestra cuantitativamente el número de defunciones de mujeres embarazadas en 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna es una medida que demuestra el grado de adecuación de la atención prenatal y de las condiciones económicas y sociales (Ouma , Chemwolo, Pastakia, & Christoffersen, 2012).

A pesar de que las tasas de mortalidad materna han disminuido drásticamente en los últimos 50 años, sigue habiendo niveles elevados de mortalidad materna en los países en desarrollo, lo que constituye un problema creciente de salud pública (Say , y otros, 2014). Un requisito clave para seguir avanzando en la reducción de las muertes maternas es comprender las causas de las muertes para tomar decisiones efectivas sobre políticas y programas de salud.

La mortalidad materna es un índice vital que difiere drásticamente entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Las causas de muerte materna en estos países son las mismas, pero la distribución de estas causas varía de una región a otra. Así, la disminución de la mortalidad materna y la mejora de la salud de la paciente gestante es uno de los ocho objetivos de desarrollo del tercer milenio, que se llevan a cabo bajo los auspicios de las Naciones Unidas en todos los países.

El objetivo es reducir la mortalidad materna en un 75% en 2015 de la tasa en 1990. En el año 2013, un informe publicado por la OMS estimó que 289.000 muertes maternas ocurrieron en todo el mundo ese año, lo que representó un descenso del 45% con respecto a 1990. Las revelaciones

del informe, determinaron que la proporción de muertes maternas en países desarrollados es de 14: 1 (Karimi-Zarchi, y otros, 2016).

La mortalidad materna es notablemente alta en todos los países del mundo. La incidencia de morbilidad materna es del 52,6%, 17,7% durante el parto y 42,9% durante el puerperio. Las morbilidades intraparto más frecuentes fueron el parto prolongado (10,1%), rotura prolongada de membranas (5,7%), presentación anormal (4,0%) y hemorragia postparto primaria (3,2%).

Las morbilidades posparto incluyeron problemas mamarios (18,4%), hemorragia postparto secundaria (15,2%), infecciones puerperales genitales (10,2%) e insomnio (7,4%). La presentación anormal y algunas complicaciones puerperales (infección, ataques, psicosis y problemas de mama) se asociaron significativamente con resultados perinatales adversos, pero el trabajo prolongado no lo fue (Shamsa , Rachel, Atif, James , & Nynke , 2015)

Epidemiología

En el trienio 2011-2013, 214 mujeres en el Reino Unido murieron directa o indirectamente relacionadas con el embarazo. La tasa de mortalidad general fue de 9.02 por 100.000 maternidades, lo que representa una disminución desde 2010-2012, aunque esto sólo alcanza significación estadística para las muertes maternas directas. Las muertes relacionadas directamente con el embarazo continúan disminuyendo de 3,49 por 100,000 maternidades (2009-2011) a 2,91 por 100,000 maternidades.

Esto es 35% menos que entre 2003-2005, debido principalmente a una reducción en las muertes debidas a tromboembolismo. La enfermedad cardíaca es la causa más común de muerte indirecta. La tasa indirecta de mortalidad materna no ha cambiado significativamente desde 2003; Es de 6,11 por 100.000 maternidades. A nivel mundial, el número total de muertes maternas disminuyó en un 43 por ciento, pasando de 532.000 en 1990 a 303.000 en 2015 (Hirshberg & Srinivas , 2017).

La tasa mundial de mortalidad materna disminuyó en un 44 por ciento, de 385 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 216 en 2015 disminución media anual del 2,3 por ciento. La mayor reducción fue en Asia oriental (72%), seguida por Asia meridional (67%), Asia sudoriental (66%), África septentrional (59%, Oceanía (52 por ciento), el Cáucaso y Asia Central (52 por ciento), América Latina y el Caribe (50 por ciento), África subsahariana (45 por ciento) y Asia occidental (43 por ciento). Aunque el Cáucaso y Asia Central experimentaron un nivel relativamente bajo de disminución (Filippi, Chou, Ronsmans, Graham, & Say, 2016).

Mortalidad materna a nivel mundial.

Áreas y regiones	Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	Por 100.000 mujeres entre 15 y 49 años
Mundial	390	45
Regiones más desarrolladas	30	2
Regiones menos desarrolladas	450	60
Africa	640	129
Africa Oriental	660	142
Africa Central	690	135
NorAfrica	500	89
SurAfrica	570	81

Africa Occidental	700	156
Latino América	270	34
Caribe	220	22
Centro América	240	34
Sur América	280	35
Asia	420	49
Asia Oriental	55	41
Asia Sur-Este	420	56
Asia Sur	650	106
Asia Occidental	340	56

Fuente: J. Fortney, Family Health International and D. Maine, Columbia University.

Factores de riesgo.

La evidencia está aumentando los efectos de los factores maternos sobre la programación fetal y las consecuencias para los resultados perinatales, neonatales e infantiles y la salud y el bienestar en la edad adulta (Li & Tsui , 2016). Se ha estimado que el 10% -27% de las mujeres embarazadas en la Unión Europea siguen fumando durante el embarazo. Cabe señalar que la verdadera prevalencia del tabaquismo durante el embarazo puede ser difícil de discernir, no sólo porque algunos países carecen de estadísticas nacionales, sino también debido a la posible pérdida de datos durante la realización de los estudios. Las normas sociales que desalientan el fumar durante el embarazo en la actualidad pueden llevar a las mujeres a no revelar su verdadero estado de fumar. Las tasas de prevalencia parecen haber alcanzado su punto máximo y han comenzado a disminuir en la mayoría de los países industrializados, mientras que en otros países, como en Europa oriental y el Mediterráneo, el tabaquismo es cada vez más común entre las mujeres jóvenes en general (Smedberg, Lupattelli , Mårdby, & Nordeng , 2014). La creciente preocupación por el tabaquismo como una epidemia a nivel mundial, continuará siendo uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes para los malos resultados del embarazo.

La persistencia de la mortalidad materna en los países de bajos ingresos pone de relieve la necesidad de identificar las causas e identificar estrategias que sean efectivas para reducir o eliminar esas causas.

Identificación de los factores de riesgos de mortalidad materna en los participantes del estudio.

	Alternativa	F	%
Factores de riesgo	Si	104	49%
	No	110	51%
Total		214	100%

Fuente: Mujeres embarazadas, post parto del hospital de jipijapa.

Elaborado por: Investigadores.

Se reveló que no existe diferencia significativa entre la identificación de los factores de riesgo materno entre las embarazadas que no conocen sobre factores de riesgo de los participantes del estudio. Los resultados de las entrevistas revelan que las embarazadas no identifican los factores de riesgo y de los cuales comprometen la vida materna y neonatal, debido a falta de información o en ocasiones esconder el embarazo a los padres. Se evaluaron los factores de riesgo materno en

relación al síndrome hipertensivo en el embarazo, determinaron que el 59% si identifica sus factores de riesgo para su embarazo y su posterior cuidado neonatal, y el restante que no identifico sus problemas fueron debidos a ser adolescentes, madres solteras, bajo nivel educativo.

Factores de riesgo de muerte materna directa. Éstas incluyen:

Diabetes gestacional.

Trastornos hipertensivos del embarazo.

Anemia.

Embarazo múltiple.

Uso inadecuado de los servicios de atención prenatal, ya sea por falta de acceso u otras razones

Tabaco

Uso de sustancias tóxicas

Embarazo previo.

Condiciones médicas preexistentes como.

Epilepsia

Problemas de salud mental

Problemas cardíacos

Hipertensión esencial

Diabetes mellitus

Obesidad

Tuberculosis

Cáncer

Artritis reumatoidea

Multiparidad.

Índice de masa corporal (IMC)

Estatus socioeconómico

Edad materna

Interculturalidad

Etnicidad (Bauserman , y otros, 2015)

Causas de mortalidad materna.

Las causas de mortalidad materna incluyen hemorragia postparto, eclampsia, parto obstruido y sepsis. Muchos países en desarrollo carecen de atención sanitaria y planificación familiar adecuadas y las mujeres embarazadas tienen un acceso mínimo a mano de obra calificada y atención de emergencia. La trombosis y el tromboembolismo siguen siendo la causa principal de muertes directas y la tasa no ha cambiado significativamente, pero la tasa de mortalidad debida a la preeclampsia y la eclampsia es la más baja jamás reportada. Se ha producido una disminución continua de las muertes relacionadas con los genitales Sepsis del tracto. La tasa de mortalidad relacionada con la sepsis del tracto genital disminuyó de 0,63 por 100,000 maternidades en 2009-2011 a 0,29 muertes en 2011-2013. La hemorragia postparto es la causa de muerte más común en todo el mundo y se recomiendan nuevas iniciativas en los países más pobres, por ejemplo, prendas antichoque no neumáticas y taponamiento con balón (Nour, 2015). A continuación se detallan las causas directas e indirectas de la mortalidad materna.

La mayoría de las muertes maternas no tienen causas bien definidas. Sin embargo, utilizando los datos disponibles, casi el 73% de todas las muertes maternas entre 2003 y 2009 fueron atribuibles a causas obstétricas directas; las muertes debidas a causas indirectas representaron el 27,5% de todas las muertes. Las principales causas de mortalidad materna son las siguientes: (Filippi, Chou, Ronsmans, Graham, & Say, 2016)

Hemorragia postparto

Hipertensión

Sepsis

Resultados abortivos

Embolismo y otras causas directas

Tres causas de muerte: abortos inseguros, trabajo obstruido y causas indirectas, son de considerable interés programático, pero son particularmente difíciles de captar. (Filippi, Chou, Ronsmans, Graham, & Say, 2016)

Causas directas e indirectas de mortalidad materna.

Causas directas de muerte.

Trombosis y tromboembolismo

Hemorragia del anteparto y hemorragia postparto

Embolia de líquido amniótico

Sepsis del tracto genital

Embarazo temprano / embarazo ectópico

Pre-eclampsia y eclampsia

Anestesia

Causas indirectas de muerte.

Cardíaco

Sepsis indirecta - influenza , neumonía / otros

Afecciones neurológicas indirectas, incluyendo epilepsia

Psiquiátrico

Muertes maternas tardías

Sangrado del primer trimestre de embarazo

El sangrado vaginal en el primer trimestre ocurre en aproximadamente una cuarta parte de los embarazos alrededor de la mitad de los que sangran perderán. La valoración se rige en la presencia masa anexial o signo clínico de sangrado intraperitoneal, además se debe utilizar ecografía transvaginal y la subunidad beta de las pruebas de gonadotropina coriónica humana (B-HCG) ayuda a distinguir entre las múltiples causas de sangrado del primer trimestre. Las posibles causas de sangrado incluyen hemorragia subcorial, muerte embrionaria, embarazo anembrionario, aborto incompleto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional. Cuando la subunidad B-HCG alcanza niveles de 1.500 a 2.000 mIU por ml (Snell, 2009).

Un embarazo normal debe presentar un saco gestacional por ecografía transvaginal, cuando tiene más de 10 mm de diámetro, debe estar rodeado de un saco vitelino, con la presencia de actividad cardíaca cuando la longitud de la corono-fémur es mayor de 5 mm, la subunidad B-HCG aumenta en un 80 por ciento cada 48 horas. La ausencia de cualquier hallazgo discriminatorio normal es consistente con el fracaso prematuro del embarazo, pero no distingue entre embarazo ectópico y embarazo intrauterino fallido. La presencia de una masa anexial o líquido pélvico libre representa un embarazo ectópico hasta que se demuestre lo contrario. (Deutchman , Tubay , & Turok , 2009).

El tratamiento se fundamenta en la administración médica con misoprostol es altamente efectiva para el fracaso precoz del embarazo intrauterino, con la excepción de la enfermedad trofoblástica gestacional, que debe ser evacuada quirúrgicamente. El tratamiento expectante es efectivo para muchos pacientes con aborto incompleto. El uso de metotrexato es altamente efectivo para pacientes seleccionados con embarazo ectópico. El seguimiento después de la pérdida temprana del embarazo debe incluir atención a la planificación futura del embarazo, la anticoncepción y los aspectos psicológicos de la atención (Deutchman , Tubay , & Turok , 2009). El sangrado durante el embarazo y el aborto previo se asociaron significativamente con el parto prematuro familiar. La magnitud del efecto de la hemorragia durante el embarazo fue mayor con los nacimientos prematuros anteriores. Estas asociaciones merecen una investigación más profunda (Yang, y otros, 2004). El aborto espontáneo recurrente se refiere a la ocurrencia consecutiva de pérdida fetal (peso corporal <1000 g) que ocurre más de 2 veces antes de las 28 semanas de gestación con la misma pareja sexual. La incidencia oscila entre el 2% y el 4%, de los cuales casi el 80% aparecen en el primer trimestre (Yang, Wang, Wang, Zhao, Wang, & Zhao, 2017).

Embarazo embrionario.

Presencia de un saco gestacional mayor de 18 mm sin evidencia de tejido embrionario (saco vitelino o embrión); Este término es preferible al término más antiguo y menos preciso "óvulo desgarrado"

Embarazo ectópico.

El embarazo fuera de la cavidad uterina (más comúnmente en la trompa de Falopio), pero puede ocurrir en el ligamento ancho, ovario, cuello uterino o en cualquier otra parte del abdomen

Muerte embrionaria.

Un embrión mayor de 5 mm sin actividad cardíaca; Esto reemplaza el término "aborto perdido"

Enfermedad trofoblástica gestacional o mola hidatiforme.

Mola completo: proliferación placentaria en ausencia de feto; La mayoría tiene una composición cromosómica 46, XX; Todos derivados de fuentes paternas. Mola parcial: placenta molar que ocurre con un feto; La mayoría son genéticamente triploides (69, XXY)

Embarazo heterotópico.

Embarazo simultáneo intrauterino y ectópico; Los factores de riesgo incluyen la inducción de la ovulación, la fecundación in vitro y la transferencia de gametos intrafalópicos.

Pérdida recurrente del embarazo.

Más de dos pérdidas consecutivas de embarazo; También se ha utilizado el "aborto habitual", pero ya no es apropiado.

Aborto espontáneo.

Pérdida espontánea de un embarazo antes de las 20 semanas de gestación

Aborto completo.

Paso completo de todos los productos de la concepción

Aborto incompleto.

Ocurre cuando algunos, pero no todos, de los productos de la concepción han pasado

Inevitable aborto.

Sangrado en presencia de un cuello uterino dilatado; Indica que el paso del concepto es inevitable

Aborto séptico.

Aborto incompleto asociado con infección ascendente del endometrio, parametrio, anexos o peritoneo

Hemorragia subcorial.

Hallazgo ecográfico de sangre entre el corion y la pared uterina, generalmente en el marco de sangrado vaginal

Amenaza de aborto

Sangrado antes de la gestación de 20 semanas en presencia de un embrión con actividad cardíaca y cérvix cerrado

Sangrado del segundo trimestre de embarazo

Placenta previa

Abruptio placentae

Vasa previa

Amenaza parto prematuro

Laceraciones genitourinario

Infecciones genitourinarios

Desordenes en el embarazo (Wagner, 2013).

El desprendimiento placentario complica alrededor del 1% de los embarazos y es una causa principal de sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. También es una causa importante de mortalidad y morbilidad perinatal. El efecto materno del desprendimiento depende primordialmente de su gravedad. Los factores de riesgo de desprendimiento incluyen antes de desprendimiento, el fumar, trauma, uso de la cocaína, la gestación múltiple, hipertensión, preeclampsia, trombofilia, edad materna avanzada, ruptura prematura de las membranas, infecciones intrauterinas e hidramnios, la separación del 50% de la placenta se asocia frecuentemente con la muerte fetal (Yang, Wang, Wang, Zhao, Wang, & Zhao, 2017).

La coagulopatía intravascular diseminada debe ser manejada agresivamente. Cuando el desprendimiento ocurre en gestación a término y el estado materno y fetal son tranquilizadores, el manejo conservador con el objetivo del parto vaginal puede ser razonable. Sin embargo, en presencia de compromiso fetal o maternal, a menudo se indica el parto por cesárea. La mayoría de los casos de desprendimiento de la placenta no se pueden predecir ni prevenir. Los síntomas primarios del desprendimiento de la placenta se asociaron con el parto prematuro, la preeclampsia (Riihimäki , y otros, 2017).

Sangrado del tercer trimestre de embarazo.

El sangrado vaginal en el tercer trimestre puede ser muy preocupante para un paciente y un clínico. Al evaluar a un paciente con este problema, es importante considerar todos los posibles diagnósticos para llegar a la conclusión y tratamiento apropiados. Las causas más comunes de sangrado vaginal en el tercer trimestre son:

Hemorragia cervical asociada con el cambio cervical

Desprendimiento de placenta

Placenta previa

Vasa previa (Wagner, 2013).

Los trastornos hipertensivos, el tabaquismo y la cesárea previa son factores de riesgo de ácreta en pacientes con placenta previa. Placenta previa-ácreta se asocia con una mayor morbilidad materna, pero resultados neonatales similares en comparación con los pacientes con placenta

previa aislada Placenta previa en mujeres mayores de 34 años con cesárea previa tiene un alto riesgo de desarrollar placenta ácreta / increta / percreta, por todas estas consideraciones es un problema creciente.

Esta enfermedad causa hipervascularidad en el suelo pélvico y aumenta el riesgo de penetración de la placenta en la vejiga (Usta , Hobeika, Musa , Gabriel , & Nassar , 2015). El enfoque de equipo multidisciplinario es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal y materna. El pilar del tratamiento es la histerectomía por cesárea, sin embargo en casos cuidadosamente seleccionados, las opciones conservadoras pueden ser consideradas con precaución (Allahdin, Voigt, & Htwe, 2013).

Estados hipertensivos del embarazo

La hipertensión en el embarazo es el problema médico más común que se encuentra durante el embarazo, complicando el 2-3% de los embarazos. Los trastornos hipertensivos durante el embarazo se clasifican en 4 categorías:

Hipertensión crónica

Preeclampsia-eclampsia

Preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica

Hipertensión gestacional (hipertensión transitoria del embarazo o hipertensión crónica identificada en la segunda mitad del embarazo), es preferible a la hipertensión inducida por el embarazo (PIH), ya que es más precisa (Mammaro, y otros, 2009).

Hipertensión crónica en el embarazo

La hipertensión crónica es la presión arterial alta que precede al embarazo, se diagnostica dentro de las primeras 20 semanas de embarazo, o no se resuelve en el examen postparto de 12 semanas. Se reconocen dos categorías de gravedad: leve (hasta 179 mm Hg sistólica y 109 mm Hg) y severa (≥ 180 sistólica o 110 diastólica). La hipertensión crónica complicada está presente alrededor del 5% de todos los embarazos en general, y las tasas de prevalencia e incidencia están aumentando debido al retraso en la procreación y controles prenatales adecuados. Es por ello que en la actualidad como norma del MSP se adopta el score MAMA para valorar y detectar la gravedad o severidad de la embarazada y actuar en el momento preciso (Mammaro, y otros, 2009).

Hipertensión Gestacional

La hipertensión gestacional, antes conocida como hipertensión inducida por el embarazo o PIH, es el nuevo inicio de la hipertensión después de 20 semanas de gestación. El diagnóstico requiere que el paciente tenga:

Presión arterial elevada (sistólica ≥ 140 o diastólica ≥ 90 mm Hg,)

Presiones sanguíneas previamente normales

Proteinuria negativo

Sin signos de alarma eminente

No hay manifestaciones de preeclampsia-eclampsia. (Mammaro, y otros, 2009).

Preeclampsia

La preeclampsia es un proceso de enfermedad multiorgánica de etiología desconocida, caracterizada por el desarrollo de hipertensión y ureína tras 20 semanas de gestación. Existen varias teorías de la patogénesis de la preeclampsia. La teoría más popular es inmunológica. Durante un embarazo normal, los trofoblastos sincitiales fetales penetran y remodelan las arterias espirales maternas, haciendo que se dilaten en grandes vasos flácidos.

Esta remodelación acomoda la vasta circulación materna necesaria para una adecuada perfusión placentaria. Esta remodelación se evita de algún modo en los embarazos preeclámpsicos: la placenta es incapaz de enterrar adecuadamente en los vasos sanguíneos maternos, lo que conduce a la restricción del crecimiento intrauterino y otras manifestaciones fetales del trastorno.

Otras teorías de la patogénesis de la preeclampsia son factores angiogénicos (aumento de sFlt-1, disminución de los niveles de factor de crecimiento placentario), la mala adaptación cardiovascular y la vasoconstricción, la predisposición genética (maternal, paternal, trombofilia), intolerancia inmunológica entre el tejido feto placentaria y materna, activación de plaquetas, el daño endotelial vascular o disfunción (Mammaro, y otros, 2009).

Infecciones en el embarazo

Antes del advenimiento de los antibióticos, el embarazo era un factor de riesgo reconocido de complicaciones graves de la neumonía neumocócica, incluida la muerte. La pandemia de influenza de 2009 proporcionó un recordatorio más reciente de que ciertas infecciones pueden afectar desproporcionadamente a las mujeres embarazadas. En comparación con las mujeres no embarazadas, las mujeres embarazadas están más gravemente afectadas por infecciones con algunos organismos, como el virus de la gripe, el virus de la hepatitis E, el virus del herpes simple y los parásitos de la malaria.

La evidencia es más limitada para los organismos que causan coccidioidomicosis, sarampión, viruela y varicela. El umbral para la evaluación diagnóstica, así como la hospitalización y el tratamiento, puede ser menor para las mujeres embarazadas que para otros pacientes, y este factor puede sesgar algunos de los informes de aumento de la gravedad de la enfermedad. (Kourtis, Read, & Jamieson, 2014).

Influenza

Infección por el virus de la hepatitis E

Infección por virus del herpes simple (diseminación con infección primaria)

La malaria (*Plasmodium falciparum*)

Listeriosis

Sarampión

Infección por virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1

Varicela

Coccidioidomicosis (Kourtis, Read, & Jamieson, 2014).

Las infecciones urinarias en mujeres embarazadas siguen planteando un problema clínico y un gran reto para los médicos. Aunque la incidencia de bacteriuria en esta población es sólo

ligeramente mayor que en mujeres no embarazadas, sus consecuencias para la madre y el feto son más graves. Existe un riesgo mayor del 40% de progresión a pielonefritis, y posiblemente un mayor riesgo de preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer neonatal. Esto está relacionado con profundos cambios estructurales y funcionales del tracto urinario, típicos del embarazo.

En aproximadamente el 80% de las mujeres embarazadas se observa dilatación del tracto urinario combinado con ligera hidronefrosis, causada en parte por una reducción del tono del músculo liso con disminución del peristaltismo ureteral y en parte por relajación del esfínter uretral. Esto puede deberse a los altos niveles de progesterona circulante. Simultáneamente, el útero agrandado comprime la vejiga urinaria, aumentando así la presión intravesical, lo que puede resultar en reflujo vesico-ureteral y retención de orina en la vejiga después de la micción, comúnmente observada en mujeres embarazadas. La estasis urinaria y el deterioro del mecanismo fisiológico antirreflujo crean condiciones favorables para el crecimiento bacteriano y la infección ascendente (Matuszkiewicz-Rowińska, Małyszko, & Wieliczko, 2015).

Principales infecciones en las embarazadas.

	F	%
Infección de vías urinarias	77	36
Vaginitis	68	31,8
Vaginositis	48	22,4
Otras	21	9,8

Fuente: Mujeres embarazadas, post parto del hospital de jipijapa.

Elaborado por: Investigadores.

Se observó que las infecciones de vías urinarias son las más frecuentes en las embarazadas, en relación a la vaginitis y la vaginosis. Los profesionales en la rama de ginecología determinaron que las infecciones de vías urinarias en primer lugar y las vaginitis y vaginosis corresponden patologías que provocan amenaza de parto prematuro, por motivos de prácticas inadecuadas en el control del embarazo. Se reportó que el 68,39% de mujeres embarazadas tuvieron vaginosis bacteriana, mientras que el 46,21% tenían infección de vías urinarias, principales factores de riesgo materno, las consecuencias fueron que eran adolescentes que mantenían ocultos sus embarazos y no llevaban un adecuado control prenatal.

Hemorragia postparto (HPP)

La hemorragia, definida como la pérdida de sangre de 500 ml o más, es una causa principal de muerte materna globalmente. La hemorragia postparto (HPP) contribuye a una mayor proporción de la mortalidad materna en los países en desarrollo, en particular en los entornos rurales con limitaciones en la infraestructura, la disponibilidad de parteras calificadas, y uterotónicos para el manejo de la HPP.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas 5, reducir la mortalidad materna en un 75% para 2015, la oxitocina es la droga de elección para la prevención de la PPH, pero la viabilidad de uso es limitada en muchos entornos porque la oxitocina sólo está disponible en forma inyectable y requiere refrigeración. A pesar de estos riesgos, el uso no monitorizado e inadecuado de uterotónicos parece ser común en los países en desarrollo, incluso en hasta el 69% de los nacimientos en casa. (Karolinska, Stockholm, & Sweden, 2014)

Conocimiento, actitudes y prácticas sobre factores de riesgo materno

Generalidades

Las mujeres con bajo nivel educativo están más propensas a consumir tabaco en comparación con las mujeres con más de cinco años de escolaridad. Los datos muestran que las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos tienden a tener menos educación y, por lo tanto, están menos informados sobre los efectos nocivos del tabaquismo sobre sí mismo y otros. Las evidencias revelan que tener mayor ingreso económico y alto nivel educativo se encuentran asociados con un mejor conocimiento en las embarazadas.

Por lo tanto, es importante investigar el nivel de conocimiento de las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos. La literatura sobre el conocimiento de los efectos sobre la salud del tabaquismo activo y pasivo es limitada para nuestra población. Las conclusiones de los estudios determinan que un mejor conocimiento sobre los factores de riesgo, una actitud positiva y prácticas sostenibles para dejar de hábitos indeseables como el de fumar mejora las perspectivas para disminuir la mortalidad materna y neonatal (Passey, D'Este, & Sanson-Fisher, 2012).

Conocimiento de los factores de riesgo materno

Es sorprendente y no alentador que en esta época las mujeres todavía no conocen sobre un factor que puede afectar negativamente a ellas y a su neonato lo que conduce a la mortalidad materna e infantil. Como un asunto todas las mujeres deberían tener acceso a la atención básica de maternidad durante el embarazo y parto. Esto incluye atención prenatal, entrega limpia y segura, así como la atención posparto para madres e hijos.

Al menos 40% de todas las mujeres embarazadas suelen experimentar algún tipo de complicación durante sus embarazos. Alrededor del 15% de esta complicación es potencialmente amenazante. Tales complicaciones pueden ocurrir durante el embarazo, durante el trabajo de parto, Parto y posparto que requieren atención obstétrica de alta calidad (Eni-Olorunda, Akinbode, & Akinbode, 2015).

Factores del conocimiento sobre factores de riesgo materno

Los factores que pueden estar asociados con los factores de riesgo del embarazo incluyen;

La mala nutrición de las mujeres

Espacio intergenésico corto

Edad materna (menores de 15 años y mayor de 35 años)

Atención prenatal inadecuada

Comportamientos de estilo de vida como: Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Abuso de drogas

Relaciones sexuales no seguras

Sobrepeso, obesidad

Pobreza

Los estudios revelan y afirman que varios factores de riesgo influyen en la mortalidad materna estas incluyen: paridad, edad materna, raza, estado civil, tabaquismo, bajo peso al nacer, edad gestacional, complicación del parto, atención prenatal todos estos influyen en partos desfavorables con sus complicaciones como hemorragias postparto, las muertes neonatales entre otros. Además, otros factores se asocian a la morbilidad tales como la malaria y la infección por el VIH, las malas condiciones socioeconómicas, mal estado nutricional durante el embarazo se han asociado a daño irreversible al cerebro infantil y al sistema nervioso central. Existen pruebas que la obesidad y las enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular comienzan infancia (Eni-Olorunda, Akinbode, & Akinbode, 2015).

Actitudes ante los factores de riesgo materno

Las actitudes respecto a los principales factores de riesgo en el embarazo indican que aproximadamente un tercio de las mujeres se muestran muy preocupadas por causar daño al feto o al recién nacido con sus comportamientos de riesgo y sólo el 25% de la muestra coincidía en que el alcohol, el tabaquismo y el tabaco pasivo causa daño al feto o al recién nacido (Esposito, Ambrosio, Napolitano, & Di, 2015). La actitud negativa de la madre hacia el embarazo durante las primeras etapas es un factor de riesgo materno, en cambio una actitud positiva hacia el embarazo no se asocia con muerte fetal o muerte post-neonatal.

Factores que influyen en las actitudes sobre factores de riesgo materno

Actitudes para proporcionar asesoramiento y percepción de las barreras y facilitadores para dejar de fumar en las mujeres embarazadas es un factor fundamental para la reducción de la mortalidad materna, los estudios revelan que aconsejar a las mujeres gestantes a dejar de fumar fue una de las principales cosas que podrían hacer para ayudar a las mujeres a tener bebés sanos, y que era una responsabilidad de servicio para hacerlo, sin diferencia por estado de evaluación. Otro riesgo potencial es la edad materna y la atención prenatal. (Passey, D'Este, & Sanson-Fisher, 2012)

Dejar de fumar es una de las principales cosas que se pueden hacer para ayudar a las mujeres a tener bebés sanos

Dar consejos sobre el tabaco y sus consecuencias

El servicio de salud tiene la responsabilidad de alentar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar

Factores que influyen en las prácticas sobre factores de riesgo materno

Las evidencias postulan factores porque las embarazadas toman actitudes inherentes a sus controles prenatales frente a los establecimientos de salud, estos percances radican en altos costos de hospitalización por gastos familiares, desconocidas prácticas inadecuadas del personal, restricciones con respecto a la asistencia de los miembros de la familia antes de buscar atención institucional. Otros factores que se evidencian son:

Percepciones negativas de la calidad de la atención prestada,

Burocracia,

Falta de medicamentos y otros suministros,

Ningún equipo en funcionamiento,

Ausencia de médicos especialmente por la noche

Actitudes aparentemente hostiles (Esposito, Ambrosio, Napolitano, & Di, 2015)

Ausencia de especialistas

Importancia sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre factores de riesgo materno

Los modelos teóricos han sugerido que además de muchos otros factores, el conocimiento, las actitudes y las prácticas juegan un papel importante en iniciar el proceso de cambio de comportamiento sobre los factores de riesgo materno. Para que cualquier intervención sea efectiva, el conocimiento de los efectos adversos es esencial, ya que facilita la progresión de una persona desde la contemplación previa a la fase de contemplación del ciclo conductual, donde se puede tomar la decisión de actuar.

La investigación ha demostrado que el conocimiento sobre los riesgos para la salud materna es un factor preventivo para la mortalidad materna. Además, un mejor conocimiento conduce a una menor tolerancia y reduce la mortalidad materna y neonatal. Los modelos de intervención tienen un enfoque dirigido a dos niveles; el individual y comunitario (Bhanji, Andrades, Taj, & Khuwaja, 2011).

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo relacionados con mortalidad materna en las embarazadas.

	Alternativas	F	%
Conocimientos de factores de riesgo materno	Si	95	44,4
	No	83	38,8
	No se	36	16,8
Actitudes ante factores de riesgo materno	De acuerdo	92	43
	Indeciso	79	36,9
	Desacuerdo	43	20,1
Practicas sobre los factores de riesgo materno	Si	99	46,3
	No	115	53,7

Fuente: Mujeres embarazadas, post parto del hospital de Jipijapa.

Elaborado por: Investigadores.

Se observó que las embarazadas no tienen buenos conocimientos sobre los factores de riesgo materno de la población en estudio. Las embarazadas tampoco tienen buenas actitudes ante los factores de riesgo, referente a las prácticas sobre los riesgos se observa que tienen problemas en su realización. Los profesionales de la salud manifiestan que las embarazadas en ocasiones no ponen en acción la información que se les proporciona debido a la falta de grupos de apoyo a las embarazadas. Se analizaron los conocimientos y actitudes de las embarazadas revelaron resultados comparativos a la investigación realizada, la mayoría de las madres el 75,5% están bien informadas sobre factores de riesgo en el embarazo. La actitud de las madres como se revela en este estudio mostró que la mayoría no ven nada malo en ser embarazada, porque consideran que el embarazo es un proceso fisiológico.

Intervenciones sobre los conocimientos, actitudes y prácticas para disminuir la mortalidad materna

Las intervenciones obstétricas básicas de emergencia, como los antibióticos, los oxitócicos, los anticonvulsivos, la extirpación manual de la placenta y el parto vaginal instrumentado, son vitales e importantes para mejorar las posibilidades de supervivencia. Las intervenciones basadas en la evidencia para reducir la mortalidad materna se centran estratégicamente en las principales causas de muerte.

El consenso entre las organizaciones internacionales es que la atención de calidad requiere servicios durante toda la vida reproductiva de la mujer. Estas organizaciones diseñan programas que se centran en mejorar los resultados durante el período intraparto y posparto, ofreciendo servicios de planificación familiar, ofreciendo abortos seguros y aumentando la atención antes del parto (Nour, 2015).

Período Intraparto y Posparto

Se han implementado intervenciones centradas en el período intraparto. Por ejemplo, los esfuerzos para tratar o tratar la hemorragia posparto y la infección en los centros de salud se han hecho proporcionando oxitócicos y antibióticos, extracción manual de la placenta, transfusión de sangre y, si es necesario, histerectomía. Los centros de salud están más familiarizados con el tratamiento de prevención de la eclampsia con anticonvulsivos.

Los partos vaginales instrumentados son alentados y el equipo quirúrgico básico para las cesáreas se requiere. Debido a que la mayoría de las mujeres en las naciones en desarrollo entregan en el hogar, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, el Instituto de Medicina, el Banco Mundial y el Grupo de Dirección de Supervivencia Materna de la Lancet priorizan la asistencia profesional al parto.

Los estudios han determinado una relación directa entre la existencia de parteras cualificadas durante el parto y la disminución de las tasas de mortalidad materna. Los programas diseñados para las entregas en el hogar recomiendan que los asistentes de parto capacitados lleven botiquines de primeros auxilios de emergencia y un fácil acceso a los servicios de salud si la mano de obra se vuelve disfuncional. (Nour, 2015).

Planificación familiar

Los donantes, las organizaciones de las Naciones Unidas y los gobiernos han hecho grandes progresos en la promoción de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos. Debido a este esfuerzo, se han prevenido millones de muertes maternas. Sin embargo, el uso de anticonceptivos en muchas naciones pobres en recursos todavía no está en los niveles óptimos. La falta de acceso a anticonceptivos es de un 50%, con un mínimo del 4% en Europa y un 57% en países africanos.

Esta falta de acceso a la anticoncepción genera embarazos no deseados, aumento de la demanda de abortos y muertes relacionadas con abortos inseguros. La medición de la mortalidad materna requiere que la madre esté embarazada, por lo que la prevención del embarazo hace difícil cuantificar cuántas muertes se han prevenido. Sin embargo, si se previenen embarazos no deseados, los datos sugieren que entre el 25% y el 40% de las muertes maternas podrían ser eliminadas. (Nour, 2015).

Abortos Seguros

Dado el alto índice de muerte materna debido a embarazos no deseados, algunos países, como Sudáfrica, Túnez y Cabo Verde, están reconociendo la importancia de desarrollar un mayor acceso a abortos seguros. En países como Malí, Sudán, Benin y Burkina Faso, donde el acceso legal, político y cultural al aborto crea una disputa interna, los gobiernos han permitido a las mujeres acceder a abortos seguros en circunstancias específicas, como en casos de violación o

malformación fetal. Todavía hay algunos países donde el acceso de las mujeres a abortos seguros es inexistente y las comunidades médicas enfrentan resistencia cuando abogan por el cambio de políticas. Las mujeres que buscan ayuda pueden ser condenadas al ostracismo. (Nour, 2015)

Cuidado Anteparto

Los objetivos están dados y claros como mejorar la atención anteparto para identificar embarazos de alto riesgo. Aunque parece lógico que debe ser un componente básico de la salud materna, las evaluaciones de los programas demuestran que la atención anteparto tiene poco impacto en la reducción de la mortalidad materna. Las pruebas de detección durante el período prenatal fueron ineficientes y abrumaron a los centros de referencia.

Además, las mujeres ofrecen atención prenatal gratuita no necesariamente usarlo porque sentían que estaban bien y no necesita ver a un profesional de la salud. Esto no refuta la necesidad de atención anteparto o su importancia, sino que indica que los recursos podrían ser asignados a otros lugares para tener un mayor impacto en la mortalidad materna. (Nour, 2015)

Otros desafíos.

Mejorar el sistema de salud en general es sin duda un componente crítico para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud general de una nación. Sin embargo, medir con exactitud las naciones de progreso está haciendo y evaluando programas es un desafío inesperado. Dos tercios de las naciones no tienen la capacidad de recolectar datos, y la recopilación de datos varía de un país a otro en cantidad y calidad.

Las muertes maternas no se informan. Otro desafío es la falta de consenso claro sobre las mejores prácticas para la intervención técnica y la falta de compromiso de los ministerios de salud. Aunque los donantes y los gobiernos deben alcanzar un consenso general, se pueden diseñar programas adaptados a los países que satisfagan las causas específicas del contexto para lograr un éxito óptimo. Por último, el compromiso político con esta cuestión varía. Si bien la comunidad internacional se centra en el progreso de los Objetivos del Milenio en los países, las organizaciones nacionales de salud y profesionales están comenzando a abogar e involucrar a sus líderes políticos. (Nour, 2015).

Fuentes de información

En cuanto a las fuentes de información, dos tercios de las mujeres indican que reciben información de los médicos sobre los factores de riesgo en el embarazo. Sin embargo, la mayoría de las gestantes declaran que no necesitaban más información. Es interesante observar que sólo el 43,7% de las embarazadas afirmaron que recibieron información sobre posibles daños asociados con todos los principales factores de riesgo en el embarazo durante los exámenes ginecológicos.

Este hallazgo destaca la necesidad de que los obstetras aumenten el tiempo dedicado a proporcionar información sobre estos temas muy importantes para la salud de las mujeres y los niños por nacer. Las principales fuentes de información sobre los factores de riesgo en el embarazo son los médicos. Otras fuentes fueron la televisión y periódicos e internet. Más de un tercio de las mujeres creía que la información que recibían sobre los factores de riesgo durante el embarazo era muy útil y más de la mitad no necesitaban información adicional. (Esposito, Ambrosio, Napolitano, & Di, 2015).

CONCLUSIONES

Cada día se va incrementando la incidencia de embarazadas adolescentes con cifras muy alarmantes, nuestro estudio de caso no se escapa de esta realidad, siendo el grupo más vulnerable para las múltiples complicaciones que se presentan en el embarazo. No identifican correctamente los factores de riesgo con el 51,4%.

El desconocimiento, actitudes y prácticas sobre los riesgos maternos es provocado por muchos factores de riesgo en la cual destacaron en el estudio, la edad, pertenecer a la zona rural, bajo nivel educativo, reciben información relacionada a riesgos maternos de personas no inmersas a la salud.

Las patologías más frecuentes que tienen mayor impacto son las infecciones de vías urinarias, seguida de la vaginitis, posteriormente las vaginosis bacteriana para provocar problemas en las embarazadas como partos prematuros.

El conocimiento, actitudes y practicas sobre los factores de riesgo materno de las complicaciones del embrazo y en consecuencia con la mortalidad materna, se reflejó que el 55% de la población en estudio son inadecuados, sigue en aumento porque no existe una buena orientación y educación tanto en el hogar como en las unidades de salud. Las embarazadas adolescentes tienen inadecuados conocimientos, actitudes y prácticas sobre factores de riesgo materno, el bajo nivel educativo incide en tener buenos conocimientos sobre factores de riesgo.

Bibliografía

- Filippi, V., Chou, D., Ronsmans, C., Graham, W., & Say, L. (5 de Abril de 2016). *Levels and Causes of Maternal Mortality and Morbidity*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361917/>
- Yang, J., Wang, Y., Wang, X.-y., Zhao, Y.-y., Wang, J., & Zhao, Y.-y. (17 de Julio de 2017). *Adverse Pregnancy Outcomes of Patients with History of First-Trimester Recurrent Spontaneous Abortion*. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5536133/>
- Allahdin, S., Voigt, S., & Htwe, T. (31 de Enero de 2013). *Management of placenta praevia and accreta*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21280984>
- Bauserman , M., Lokangaka , A., Thorsten , V., Tshefu , A., Goudar , S., Esamai , F., y otros. (8 de Junio de 2015). *Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low- and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort analysis*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26062992>
- Bhanji, S., Andrades, M., Taj, F., & Khuwaja, A. (24 de Mayo de 2011). *Factors related to knowledge and perception of women about smoking: a cross sectional study from a developing country*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605469>
- Coonrod, D., Bruce, N., Malcolm, T., Drachman, D., & Frey, K. (19 de Abril de 2009). *Knowledge and attitudes regarding preconception care in a predominantly low-income Mexican American population*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19380123>

- Curtis, M., Steve, A., Schulkin, J., Williams, J. L., & M, E. (29 de Julio de 2006). *Do We Practice What We Preach? A Review of Actual Clinical Practice with Regards to Preconception Care Guidelines*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592243/>
- Deutschman , M., Tubay , A., & Turok , D. (1 de Junio de 2009). *First trimester bleeding*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19514696>
- Douglas, J. M., & Fenton, K. A. (Marzo de 2013). *Understanding Sexual Health and Its Role in More Effective Prevention Programs*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562741/>
- Eni-Olorunda, T., Akinbode, O., & Akinbode, A. (11 de Noviembre de 2015). *Knowledge and attitude of mothers on risk factors influencing pregnancy outcomes in abeokuta south local government area, ogun state*. Obtenido de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/5456>
- Esposito, G., Ambrosio, R., Napolitano, F., & Di, G. G. (29 de Diciembre de 2015). *Women's Knowledge, Attitudes and Behavior about Maternal Risk Factors in Pregnancy*. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4694714/>
- Gómez, J., Rivera, C., & Lazo, L. (5 de Junio de 2017). *Percepción de la campaña Ecuador sin muertes maternas en el cantón Santa Rosa*. . Obtenido de <http://investigacion.utmachala.edu.ec/proceedings/index.php/utmach/article/view/113>
- Harellick, L., Viola, D., & Tahara, D. (24 de Mayo de 2011). *Preconception health of low socioeconomic status women: assessing knowledge and behaviors*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602055>
- Hirshberg , A., & Srinivas , S. (18 de Agosto de 2017). *Epidemiology of maternal morbidity and mortality*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823579>
- Jong-Potjer, L., Elsinga, J., Cessie, S., Van, P., KM, B., Neven, A., y otros. (3 de Noviembre de 2006). *GP-initiated preconception counselling in a randomised controlled trial does not induce anxiety*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17083722>
- Karimi-Zarchi, M., Ghane-Ezabadi , M., Vafaienasab , M., Dehghan , A., Ghasemi , F., Zaidabadi , M., y otros. (25 de Febrero de 2016). *Maternal mortality in Yazd Province, Iran*. Obtenido de Electron Physician: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27054003>
- Karolinska, Stockholm, & Sweden. (2014). *Preparing midwives as a human resource for maternal health*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/70341088.pdf>
- Kourtis, A., Read, J., & Jamieson, D. (5 de Junio de 2014). *Pregnancy and infection*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24897084>
- Li , Q., & Tsui , A. (Junio de 2016). *Maternal Risk Exposure and Adult Daughters' Health, Schooling, and Employment: A Constructed Cohort Analysis of 50 Developing Countries*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27154342>

- Mammaro, A., Carrara, S., Cavaliere, A., Ermito, S., Dinatale, A., Pappalardo, E., y otros. (3 de Enero de 2009). *Hypertensive disorders of pregnancy*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22439030>
- Mastroiacovo, P., Nilsen, R., Leoncini, E., Gastaldi, P., Allegri, V., & Boiani, A. (23 de Noviembre de 2014). *Prevalence of maternal preconception risk factors: an Italian multicenter survey*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264313/>
- Matuszkiewicz-Rowińska, J., Małyszko, J., & Wieliczko, M. (16 de Marzo de 2015). *Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25861291>
- Nour, M. (2015). *An introduction to maternal mortality*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18769668>
- Ouma , M., Chemwolo, B., Pastakia, S., & Christoffersen, D. (Octubre de 2012). *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. Obtenido de Pilot study of single-use obstetric emergency medical kits to reduce maternal mortality.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22889547>
- Passey, M., D'Este, C., & Sanson-Fisher, R. (7 de Marzo de 2012). *Knowledge, attitudes and other factors associated with assessment of tobacco smoking among pregnant Aboriginal women by health care providers: a cross-sectional survey*. . Obtenido de <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/.../1471-2458-12-165>
- Riihimäki , O., Paavonen, J., Luukkaala , T., Gissler , M., Metsäranta, M., Andersson, S., y otros. (19 de Septiembre de 2017). *Mortality and causes of death among women with a history of placental abruption*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28832915>
- Say , L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller , A., Daniels, J., y otros. (1 de Junio de 2014). *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. Obtenido de Lancet Glob Health.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>
- Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (Septiembre de 2014). *Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/>
- Shamsa , Z., Rachel, J.-B., Atif, R., James , P., & Nynke , R. (21 de Septiembre de 2015). *Bang RA, BMaternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention: A prospective observational study in Gadchiroli, India*. Obtenido de BJOG Int J Obstet Gynaecol: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577127/>
- Smedberg, J., Lupattelli , A., Mårdby, A., & Nordeng , H. (25 de Junio de 2014). *Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24964728>
- Snell, B. (Noviembre de 2009). *Assessment and management of bleeding in the first trimester of pregnancy*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19879521>

- Temel, S., Voorst, S., Jack, B., Denktas, S., & Steegers, E. (28 de Agosto de 2013). *Evidence-based preconceptional lifestyle interventions*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23985430>
- Usta, I., Hobeika, E., Musa, A., Gabriel, G., & Nassar, A. (Septiembre de 2015). *Placenta previa- accreta: risk factors and complications*. Obtenido de https://ulib.aub.edu.lb/report-med-annual/capaub_annrepmed_2005-06.pdf
- Van, E. A., Lindblade, K., Odhiambo, F., Peterson, E., Sikuku, E., & Ayisi, J. (18 de Marzo de 2012). *Reproductive health issues in rural Western Kenya*. Obtenido de <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-7-1>
- Wagner, S. A. (2013). *Third-trimester vaginal bleeding*. Obtenido de <https://accessmedicine.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=498§ionId=41008608>
- Walfisch, A., & Koren, G. (Octubre de 2011). *Preconception counseling: rational, practice and challenges*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926950>
- Whitworth, M., & Dowswell, T. (7 de Octubre de 2009). *Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821424>
- Yang, J., Hartmann, K., Savitz, D., Herring, A., Dole, N., Olshan, A., y otros. (15 de Julio de 2004). *Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15234932>
- Zee, B., Van, D., Beaufort, I., Temel, S., Wert, G., Denktas, S., y otros. (1 de Agosto de 2013). *Preconception care: An essential preventive strategy to improve children's and women's health. J Public Health Policy*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5303769/>