



# **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

## **INTERVENCIÓN INTEGRAL EN GESTANTES PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO**

**CARMEN ELISA ABADEANO SANIPATIN**

Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Riobamba-Ecuador

Septiembre 2019



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO**

**CERTIFICACIÓN:**

**EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:**

El trabajo de titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado: **“INTERVENCIÓN INTEGRAL EN GESTANTES PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO”**, de responsabilidad de la Doctora Carmen Elisa Abadeano Sanipatin, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

N.D. Patricio David Ramos Padilla, Mag.

**PRESIDENTE**

**Firma**

Lic. Carlos Gafas González, PhD.

**DIRECTOR**

**Firma**

Dra. Johanna Elizabeth Villafuerte Morales, Esp.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Firma**

Md. Katherine Elizabeth Cubillo Chungata, Esp.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Firma**

Riobamba  
septiembre 2019

## DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Carmen Elisa Abadeano Sanipatin, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



---

CARMEN ELISA ABADEANO SANIPATIN

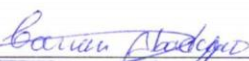
No. Cédula: 1710519644

© 2019 Carmen Elisa Abadeano Sanipatin

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Carmen Elisa Abadeano Sanipatin, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Especialidad.

  
Carmen Elisa Abadeano Saniptin  
No. cédula: 1710519644

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien me dio la vida y me ha acompañado durante mis estudios, dándome inteligencia y salud. A mis padres, hermanos y sobrinos quienes me han brindado su apoyo todo el tiempo, a todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron para que este sueño sea posible.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, al centro de Salud tipo A Jatunpamba, por darme la oportunidad de cumplir otra meta más en mi vida académica. A los docentes compañeros por su paciencia y ayuda desinteresada, han sido una guía importante en el presente trabajo.

Carmen

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....xiii

SUMMARY.....xiv

### CAPÍTULO I 1. INTRODUCCIÓN

..... 1

1.1 Problemas de investigación ..... 3

1.1.1 *Planteamiento del problema* ..... 3

1.1.2 *Formulación del problema* ..... 5

1.1.3 *Justificación*..... 5

1.1.4 *Objetivos* ..... 6

1.1.4.1 *Objetivo general* ..... 6

1.1.5 *Hipótesis general* ..... 6

### CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA ..... 7

2.1 Antecedentes del problema ..... 7

2.2 Bases teóricas ..... 10

2.3 Marco conceptual ..... 12

2.3.1 *Comunicación* .....  
12

2.3.2 *Control prenatal*.....  
..... 12

2.3.3 *Cuidados materno-infantil* ..... 12

2.3.4 *Educación* .....  
.. 12

2.3.5 *Gestantes* .....  
.... 12



2.3.6	<i>Hemorragias</i>	13
2.3.7	<i>Intervención educativa</i>	13
2.3.8	<i>Mortalidad</i>	13
2.3.9	<i>Muerte materna</i>	13
2.3.10	<i>Nivel de conocimiento</i>	14
2.3.11	<i>Puerperio</i>	14
2.3.12	<i>Sepsis</i>	14

### CAPÍTULO III

3.	<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	15
3.1	<b>Tipo y diseño de la investigación</b>	15
3.2	<b>Métodos de la investigación</b>	15
3.3	<b>Enfoque de la investigación</b>	16
3.4	<b>Alcance investigativo</b>	16
3.5	<b>Población de estudio</b>	16
3.6	<b>Unidad de análisis</b>	16
3.7	<b>Selección y tamaño de la muestra</b>	17
3.8	<b>Identificación de variables</b>	17
3.9	<b>Operacionalización de las variables</b>	18
3.10	<b>Matriz de consistencia</b>	20
3.10.1	<b>Aspectos generales</b>	20

3.10.2 Aspectos	específicos	20
3.11 Instrumento de recolección de datos		24
3.12 Técnica de recolección de datos		24
3.13 Procesamiento de la información		29
3.14 Normas éticas		30
<b>CAPÍTULO IV</b>		
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		31
4.1 Resultados		37
4.2 Discusión		37
CONCLUSIONES		43
RECOMENDACIONES		44
BIBLIOGRAFÍA ANEXOS		

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-4:</b> Distribución de gestantes según edad	30
<b>Tabla 2-4:</b> Distribución de gestantes según nivel de instrucción	30
<b>Tabla 3-4:</b> Distribución de gestantes según ocupación	31
<b>Tabla 4-4:</b> Distribución de gestantes según presencia de comorbilidades	31
<b>Tabla 5-4:</b> Distribución de gestantes según tipo de comorbilidades	32
<b>Tabla 6-4:</b> Distribución de gestantes según número de hijos	32
<b>Tabla 7-4:</b> Distribución de gestantes según control prenatal	32
<b>Tabla 8-4:</b> Distribución de gestantes según nivel de conocimiento sobre	33
<b>Tabla 9-4:</b> Distribución de gestantes según nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio en el pretest y nivel educacional	33

<b>Tabla 10-4:</b> Distribución de puérperas según presencia de complicaciones (postest) .....	34
<b>Tabla 11-4:</b> Distribución de gestantes según nivel de conocimiento sobre.....	34
<b>Tabla 12-4:</b> Resultado de la prueba de McNemar comparando el nivel de conocimiento sobre prevención de las complicaciones del puerperio según resultados del pretest y postest .....	34
<b>Tabla 13-4:</b> Resultado de la prueba de McNemar comparando la presencia de.....	35

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-3:</b> Componentes y actividades de la intervención integral de salud. ....	25
<b>Figura 2-3:</b> Componentes y acciones de la intervención integral de salud .....	25
<b>Figura 3-3:</b> Cronograma de ejecución de la intervención integral de salud. ....	26
<b>Figura 4-3:</b> Algoritmo de intervención integral de salud .....	27

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO A:** Consentimiento informado

**ANEXO B:** Cuestionario de investigación

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue disminuir la aparición de complicaciones del puerperio en las gestantes de la comunidad rural Jatunpamba; para esto se aplicó una intervención integral en 30 gestantes de esta comunidad, se incluyeron elementos asistenciales y educativos. El puerperio es considerado como un periodo en el cual pueden presentarse un importante número de complicaciones que pueden poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido. Se aplicó un cuestionario ya validado que permitió obtener la información relacionada con las variables del estudio. Se aplicó la prueba de McNemar para determinar cambios en el nivel de conocimiento de las gestantes sobre prevención de las complicaciones del puerperio. Los principales resultados estuvieron dados por un aumento de gestantes con comorbilidades asociadas (36,67%) y con bajo nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio (70,0%), porcentaje que mejoró después de aplicada la intervención. Solo tres gestantes tuvieron complicaciones en el puerperio. Se concluyó que la intervención integral aplicada generó cambios estadísticamente significativos en el aumento del nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio y en la disminución de la aparición de complicaciones del posparto en las gestantes de la comunidad rural Jatunpamba. Se sugiere planificar, diseñar y ejecutar intervenciones similares orientadas a disminuir la morbimortalidad materna.

Palabras clave: TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS, MEDICINA FAMILIAR, COMPLICACIONES; EMBARAZO; FACTORES DE RIESGO; INTERVENCIÓN; PUERPERIO, GUAMOTE (CANTÓN)



## ABSTRACT

The objective of this research was to reduce the occurrence of complications of the puerperium in pregnant women in the rural Jatunpamba community. Since the puerperium is considered as a period in which a significant number of complications can occur that can endanger the life of the woman and the newborn, for this an integral intervention was applied in 30 pregnant women of this community, it was included healthcare and educational elements. A validated questionnaire was applied that allowed obtaining the information related to the study variables. The McNemar test was applied to determine changes in the level of knowledge of pregnant women about prevention of complications from the puerperium. The main results were given by an increase in pregnant women with associated comorbidities (36.67%) and with a low level of knowledge about prevention of complications from the puerperium (70.0%), a percentage that improved after the intervention was applied. Only three pregnant women had complications in the puerperium. It was concluded that the comprehensive intervention applied generated statistically significant changes in the increase in the level of knowledge about prevention of complications of the puerperium and in the decrease in the occurrence of postpartum complications in pregnant women in the rural Jatunpamba community. It is suggested to plan, design and execute similar interventions aimed at reducing maternal morbidity and mortality.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <COMPLICATIONS>, <PREGNANCY>, <RISK FACTORS>, <INTERVENTION>, <PUERPERIUM>, <(GUAMOTE)>



óptimo estado de salud, a fin de que el embarazo, el parto y el puerperio de desarrollen en las mejores condiciones. Prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura parturienta y su hijo, resulta de interés para la práctica médica, con énfasis en el primer nivel de

atención en salud; por constituir este el espacio propicio en el que se deben implementar acciones encaminadas a ese propósito.

El bienestar materno antes, durante y después de la gestación, está condicionado por el entorno individual, familiar y comunitario en el que la mujer se desenvuelve, el cual tiene impacto directo sobre los hijos de esta. El adecuado funcionamiento de la relación familiar, y como parte de esta de la pareja, resultan fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales.

Debido a la variabilidad de las características fenotípicas de la mujer, lograr un adecuado estado de salud en estas constituye una meta para los profesionales de la salud, la cual se redimensiona en cada ámbito asistencial, en relación con las características socioculturales y biológicas de las mismas.

Desde esa perspectiva, se coincide con Noreña (2015) cuando plantea que, durante el desarrollo femenino, las mujeres se enfrentan a un conjunto de procesos fisiológicos; los que, por la complejidad de su naturaleza pueden derivar en la instauración de complicaciones; las que, de no atenderse de forma oportuna, ponen en peligro la vida del organismo materno y fetal.

El embarazo saludable inicia en una concepción planificada y deseada, el que transita durante el período gestacional de forma placentera, hasta la llegada del recién nacido; sin embargo, a lo largo de la gestación, el parto y el puerperio se asocian eventos y patologías que requieren de la implementación de acciones integrales dirigidas a las gestantes, para de esa forma prevenir ruptura del proceso salud-enfermedad.

Lo antes defendido por la autora de la investigación que se presenta, se inscribe en la necesaria búsqueda de acciones dirigidas a la disminución de la mortalidad materna; indicador por el cual, el parto representa motivo de atención.

Desde esa perspectiva, se coincide con Cáceres et al., (2017) los que reflexionan que la atención humanizada al parto (AHP) constituye un requisito indispensable para disminuir la muerte materna de causa directa e indirecta; complicación de mayor frecuencia en gestantes adolescentes, de alto riesgo o de bajo nivel socioeconómico; debido entre otras, a que en esas pacientes se conjugan desigualdades que agudizan las inequidades en detrimento de la salud de mujeres en desventaja, quienes deberían ser objeto de mayor cuidado, dadas sus condiciones de vulnerabilidad.

De igual manera, durante el puerperio se presentan complicaciones, por lo que la valoración integral de la mujer en busca de síntomas y signos de alarma constituye una prioridad para la salud pública contemporánea (Carrillo 2019, Magaña 2019, Rivas 2019)

Las alteraciones del puerperio condicionan un ambiente inestable en el equilibrio hemodinámico. El cese de producción de hormonas, la involución uterina y la presencia de sangrado vaginal y de loquios generan un estado frágil en la mujer durante este periodo.

Se reportan hemorragia vaginal abundante y la atonía uterina como las complicaciones que más frecuentemente se presentan durante el puerperio inmediato. Los sangrados vaginales secundarios a desgarros, las endometritis y las endometriosis constituyen las morbilidades que con mayor frecuencia se diagnostican durante el puerperio mediato. En el puerperio tardío son las complicaciones de las dos etapas previas son las que mayor representación tienen; (GDG, 2015: pp.263-286).

Múltiples estudios coinciden en señalar que durante el puerperio pueden ocurrir una gran cantidad de complicaciones que generan discapacidad y disminución de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (Suárez et al., 2019: pp. 464-473).

## **1.1 Problemas de investigación**

### ***1.1.1 Planteamiento del problema***

La salud en general y el desarrollo de las mujeres en particular, son considerados como elementos de importancia para la evaluación del progreso de un país. Así, la disminución de la mortalidad materna constituye un indicador de desarrollo social; en tal sentido, la atención al embarazo, parto y puerperio desempeñan un papel primordial en la prevención de complicaciones derivadas de esos procesos, con énfasis en el primer nivel de atención.

Según reportes ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada minuto muere una mujer en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Para este género, el sector más vulnerable lo constituyen las mujeres indígenas, pues



las tres cuartas partes de esa población se encuentra en la pobreza, lo que dificulta el acceso a servicios de salud. (OMS, 2018a).

El organismo internacional antes dicho plantea que las hemorragias posparto (HPP), ocupan el primer lugar entre las causas de muerte prematura materna en el mundo, seguida de las infecciones y sepsis generalizadas. (OMS, 2018b).

Resultados científicos demuestran que alteraciones en lecho placentario y los traumatismos del tracto genital; entre otras, constituyen causas evitables, las que tienen su éxito en la identificación precoz de los síntomas y signos que las evidencian; para lo cual resulta necesario adoptar medidas profilácticas. (Gilligan, 2014: pp.319-329).

Desde esa lógica de atención en la práctica clínica, la prestación de cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades individuales de cada puerpera influye en la prevención de complicaciones; ejemplo de lo anterior lo constituye la estimación de la pérdida del volumen de sangre, la cual puede estar sesgada en dependencia del conocimiento del profesional de la salud sobre los factores de riesgo potenciales asociados a ella y la medida que se utiliza es la estimación visual.

Así, una pérdida sanguínea superior al 40% del volumen total requiere de intervención hospitalaria de urgencia, la que de no identificarse oportunamente conduce al deceso de la mujer. Elemento que aporta a la muerte materna, a la pérdida de años de vida potencialmente perdidos y genera incrementos en los gastos para el Sistema Nacional de Salud por motivos evitables; de igual manera, para la familia y la sociedad provoca disfunción. (Vargas & Vásquez, 2017).

Desde el punto de vista étnico, las poblaciones indígenas presentan malos indicadores de salud como resultado de la pobreza, la desnutrición, la contaminación ambiental y las infecciones prevalentes que los afectan. En América Latina, entre los grupos con mayores desigualdades o inequidades en salud reproductiva y materna están los pueblos indígenas debido a su exclusión social y económica. (OPS/OMS, 2017).

En Ecuador el 30% de mujeres de nacionalidades indígenas tienen acceso a atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio; sin embargo, a pesar de los logros alcanzados en los últimos años en relación al descenso de la mortalidad materna e infantil, esta continúa siendo un problema de salud a nivel país, que está íntimamente ligado a la pobreza, la exclusión, la discriminación por género, etnia y la falta de ejercicio de derechos. (UNPFA, 2015; MSP, 2017).

En el contexto de la zona 3, según información aportada por el MSP en su informe sobre los procesos de vigilancia y provisión de servicios, en la provincia de Chimborazo el indicador muerte materna igualmente muestra una tendencia descendente; sin embargo, este parámetro no alcanza las cifras deseadas; contexto en el que durante el período comprendido entre los años 2009 y 2018 las cifras de mujeres fallecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio osciló entre 17 y 8 respectivamente. (MSP, 2018a).

En la ciudad de Riobamba ocurrieron 5 decesos; de los cuales 3 fueron aportados por el cantón Guamote, uno de estos perteneció al Centro de Salud de Jatunpamba, ámbito donde se desarrolló la investigación que se presenta. (MSP, 2018b).

En ese contexto investigativo, según información obtenida del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS), puede apreciarse que a pesar de que esa población cuenta con acceso a un Centro de Salud tipo A, persiste:

- Sustitución de la asistencia a consulta médica, por la realización de prácticas ancestrales, lo que causa bajo seguimiento prenatal.
- Incremento de los partos extrainstitucionales en el 90% de los casos.
- Insuficiente preparación de las Parteras para asistir los partos culturalmente aceptado en las instituciones creadas por el MSP para esa actividad.
- Aumento de la morbilidad materna y fetal durante la gestación, el parto y puerperio.

Lo referido expresa las condiciones de desigualdad e inequidad que enfrentan las mujeres de nacionalidad kichwa residentes en ámbito investigativo, grupo poblacional en el que se registra un aporte elevado a la morbilidad y mortalidad asociada al embarazo, el parto y el puerperio (ASIS, 2017).

En atención a las determinantes sociales de la salud antes mencionadas, se considera que la aplicación de una estrategia de intervención integral contribuirá a la generación de conocimiento en la población de estudio, como vía dirigida a ofrecer solución de la problemática identificada, relacionada con un bajo nivel de conocimiento de las personas incluidas en la investigación, elemento que de forma directa beneficiará a la disminución de la muerte materna e infantil.

### **1.1.2 Formulación del problema**

¿Existe un incremento de las complicaciones en el puerperio, asociado a inasistencia de las gestantes de la comunidad Jatunpamba ubicada en el cantón Guamote, sin control prenatal, lo que provoca aumento del índice de morbilidad materna en ese contexto?

### **1.1.3 Justificación**

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe constituye un problema de salud pública no resuelto; el que, en el caso de las mujeres de nacionalidades indígenas, resulta ser particularmente grave. La evidencia científica demuestra que en ese grupo poblacional existe una mortalidad materna cinco veces mayor que en mujeres de otras etnias. (Tomalá et al., 2012; y Cordero, 2010).

Se reportan causas inherentes o no al organismo materno, consideradas como responsables de esta problemática. Entre las primeras se ubican los bajos niveles de cobertura sanitaria y la inasistencia de las gestantes al control prenatal; mientras que, formando parte de las segundas, se reportan las causas obstétricas, entre las que se ubica a la hemorragia posparto, la preclampsia, la sepsis y los problemas relacionados con la presentación del feto, como las causas que mayor aportan a la morbilidad materna (Tomalá et al., 2012a).

Una de las vías instrumentadas por los organismos rectores de la salud pública para disminuir la mortalidad materna, lo constituye la aplicación de intervenciones sanitarias, con enfoque educativo, alcance multisectorial y carácter intercultural, las que centran su atención en la capacitación de las mujeres de nacionalidades indígenas sobre el autocuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio. (Tomalá et al., 2012b).

El incremento del nivel de conocimientos en un área particular del conocimiento, es directamente proporcional al desarrollo de conductas generadoras de salud y por consiguiente a la disminución de complicaciones derivadas de la instauración de enfermedades prevenibles.

Desde esa perspectiva, la intervención integral que se propone se sustenta en el desarrollo de acciones dirigidas a elevar el nivel de conocimiento de las mujeres incluidas en el estudio sobre autocuidado en el puerperio.

#### **1.1.4 *Objetivos***

##### **1.1.4.1 *Objetivo general***

Desarrollar una intervención integral para prevenir complicaciones en el puerperio, en las gestantes de la comunidad Jatunpamba, durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2019.

#### **1.1.5 *Hipótesis general***

La aplicación de la intervención integral diseñada si contribuirá a la prevención de complicaciones en el puerperio, en las gestantes de la comunidad Jatunpamba.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO DE REFERENCIA**

#### **2.1 Antecedentes del problema**

La salud materna es una prioridad mundial y asegurar un entorno favorable para la madre y el niño, es un deber de todos los países a la luz de los acuerdos y conferencias internacionales. A pesar de los innegables avances en estas materias que se han experimentado en América Latina en las últimas décadas, estos beneficios no han llegado a los pueblos indígenas, estas inequidades son evidencia tanto de la falta de acceso a la atención de salud, como de la limitada accesibilidad cultural de los programas de salud materno- infantil. (OPS/CEPAL/UNFPA, 2010 y Bedoya et al., 2017).

Esta situación requiere de respuestas inmediatas y específicas, en el terreno sanitario urge un cambio desde un enfoque centrado en la prevención, un instrumento muy eficaz lo constituyen las estrategias de intervención en las que se integran a los pacientes, la familia para el bienestar de su salud y la de sus hijos, además de estar en correspondencia con los centros de salud de manera de lograr una atención de salud eficaz y pertinente en pos del bienestar de los pueblos indígenas (Cordero, 2010, Vargas et al., 2017).

Por otra parte, la OMS para el año 2015, reportó que murieron 303 000 mujeres en el mundo como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Estas cifras se han reducido en un 44% con relación a 1990, pero aún son elevadas, siendo las hemorragias graves y las infecciones las principales complicaciones en el postparto relacionadas con la mortalidad materna las cuales son previsibles, por su severidad pueden llegar hasta comprometer la vida de la madre. (Sanabria et al. 2011).

El puerperio es considerado el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal. Pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal. Las tres principales causas de muerte materna en los últimos 5 años en Latinoamérica fueron: hemorragias, infecciones y eclampsia, con riesgo significativo en gestantes con bajo nivel educativo, las barreras geográficas, económicas, culturales y de calidad de la atención en salud (Vargas & Vásquez, 2017).

Son múltiples los estudios que evidencian que el puerperio es una etapa de contrastes y adaptaciones en la que muchas de las complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido ocurren en esta etapa (Galarza 2016, Prieto 2016 y Tomala 2106).

De forma similar la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define el puerperio como una de las más importantes etapas para el binomio madre-hijo, la cual se ha visto influenciada desde siempre por múltiples prácticas y creencias culturales transmitidas de generación en generación, también describe como, las complicaciones durante el puerperio ocupan un lugar importante como causa de muerte materna (Palacio Hurtado, 2010 y Bula et al., 2017).

Los estudios científicos en relación a las complicaciones en el puerperio son amplios; sin embargo, las investigaciones sobre intervención en gestantes para alcanzar beneficios en la etapa puerperal son escasas. En relación a lo anterior, Romero y Galarza (2016) plantean que las prácticas tradicionales o ancestrales en el parto, el difícil acceso a los servicios de salud y la edad de la madre, constituyen factores que contribuyen a aumentar la tasa de mortalidad materna.

La vulnerabilidad social y de salud a la que están expuestas las comunidades indígenas, contribuye al incremento de la mortalidad materna. La hemorragia posparto representa la principal causa de muerte en ese grupo poblacional; complicación ocasionada por un elevado número de partos que son de forma domiciliaria; y la asistencia es brindada por las madres, abuelas o hermanas mayores de estas, sin la debida preparación. (Gutiérrez 2017, Corrales 2017 y Machado2017)

En relación con el conocimiento que poseen las gestantes sobre el requerido autocuidado a desarrollar en la etapa de puerperio, Alcántara de Jesús, Solano y Berenice (2018) consideran que ese es un tema prioritario a tratar con las futuras madres, el que ofrece un impacto positivo en la disminución de las tasas de morbimortalidad materna e infantil.

Se plantea que la intervención destinada a reducir la mortalidad materna, evidenció que el conocimiento sobre autocuidado en la etapa puerperal y la identificación de los signos de alarma, por parte de las mujeres, sobre las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, son un paso esencial para que las féminas acudan a los servicios de salud en forma oportuna. (Alcántara de Jesús et al., 2018: pp.875-886).

Los resultados aportados por los autores citados, mostraron dificultades en la capacidad de las mujeres para reconocer estos signos, sobre todo en zonas rurales o en poblaciones con desventajas. Las estrategias de implementación de las intervenciones educativas o de asesoramiento no han sido bien estudiadas para estos propósitos. (Solano y Berenice, 2018).

Las comunidades de la región andina ecuatoriana reportan los índices más altos de mortalidad materno infantil en el país (MSP/UNPFA, 2010), contextos altamente afectados debido a la poca accesibilidad a los recursos, los bajos niveles de educación de la población; nivel socioeconómico bajo, desnutrición, entre otros.

En Ecuador, en el 2013 la razón de mortalidad materna fue 45,71 por cada 100 000 nacidos vivos, siendo sus principales causas según egresos hospitalarios la hipertensión gestacional con proteinuria significativa, hemorragia postparto, eclampsia, sepsis puerperal, embarazo ectópico y abortos no especificados. (MSP, 2014).

Estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús en Guayaquil mostró que cuando existe un nivel socio-económico bajo, una mala conducta obstétrica, o condiciones hospitalarias inadecuadas las infecciones junto con las hemorragias constituyen las principales complicaciones y causas de morbimortalidad durante el puerperio en nuestro medio. Por tal motivo la atención médica debe ir encaminada tanto a la prevención como al tratamiento de las numerosas alteraciones que pueden presentarse. (Tomalá et al., 2012 y Castillo, 2017).

Por lo que se recomienda concienciar a la puérpera para realizarse a tiempo sus controles, a fin de descubrir lo más precozmente cualquier desviación de la normalidad, e instituir un

tratamiento etiológico que permita la rápida recuperación de la paciente, se evitaría enormemente el riesgo a padecer complicaciones durante esta etapa, así como también la morbimortalidad materno-infantil. (Tomalá et al., 2012).

Por otra parte, reciente estudio realizado en la comunidad de Peguche de la ciudad de Otavalo con el objetivo de conocer y comprender los principales conocimientos, prácticas y actitudes, así como formas de comprender y vivir el embarazo parto y el puerperio, sin embargo, en relación a los cuidados y atención en estas etapas para evitar complicaciones presentaron un nivel bajo, lo que demuestra la necesidad de aplicar estrategias de intervención educativa en estas comunidades. (Bedoya & Chicaiza, 2017).

## **2.2 Bases teóricas**

El puerperio es el periodo de tiempo que media entre la expulsión del feto y la placenta y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales anteriores al embarazo. Comienza inmediatamente después del parto y se extiende por alrededor de seis semanas (Gilligan, 2014). El cuerpo de la madre regresa a las condiciones previas al embarazo que incluye cambios en los niveles hormonales y el tamaño del útero (Castillo, 2017). Se producen una serie de cambios fisiológicos, que en ningún otro momento de la vida femenina suceden tan importantes y rápidos sin que exista ninguna enfermedad.

La terminación del puerperio es imprecisa, algunos autores señalan que este periodo se encuentra marcada por el retorno de la menstruación, pero esto está en relación con la lactancia materna. (González et al)

Durante el puerperio se produce una serie de cambios involutivos del aparato genital y de todo el organismo femenino. Al mismo tiempo se instaura una nueva función, la lactancia materna y, posteriormente, reaparece la ovulación y la menstruación. Además, debe efectuarse la adaptación de la madre y el recién nacido a las nuevas circunstancias y al entorno familiar (González, & Díaz, 2014)

Se conocen tres tipos de puerperios fijados por el tiempo de evolución, el inmediato que abarca las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé, con mayor riesgo de hemorragia; se recomienda una vigilancia especial. Luego el puerperio clínico; que dura 5 a 7 días y en esta se producen los fenómenos involutivos más importantes.

El puerperio tardío; la duración es entre 5 a 7 semanas (González et al) Las principales complicaciones durante el puerperio son:

- Hemorragias por desgarro, endometritis, entre otros
- Fiebre por infección (endometritis, mastitis)
- Dolor en la parte baja del abdomen dado principalmente por endometritis
- Endurecimiento de una o de las dos mamas
- Loquios fétidos y abundantes (son signo de infección del útero)
- Trastornos en el sueño y cambios de humor, problemas neurológicos
- Ardor al orinar
- Hipertensión arterial
- Mastitis

Todas estas complicaciones pueden traer consecuencias fatales a la madre, como sepsis, infección bacteriana a nivel de las mamas, trombosis de la vena ovárica, producto de la hipertensión puede llevar a un infarto del miocardio, derrame cerebral, mientras que las hemorragias pueden llevar a la madre a un riesgo asociado a histerectomía, fallo renal, hepática, shock hipovolémico, síndrome dificultad respiratorio del adulto, coagulación intravascular diseminada y muerte (Arulkumaran et al., 2013: pp.893-902; Alcántara de Jesús et al.,2018).

En el puerperio se debe dar atención básicamente para: (Encinosa, González, & Díaz, 2014)

- infecciones que son uno de los principales riesgos en esta etapa. Para evitarlos, se recomienda la ducha diaria en lugar del baño.
- Los puntos de episiotomía deben lavarse dos veces al día con agua hervida y sal. Luego se secarán suavemente con una toalla.
- Si hay dolor intenso, fiebre, sangrado vaginal excesivo, con muchos coágulos o mal olor, o si aparecen síntomas de mastitis, es aconsejable consultar con el médico.
- Es preferible usar compresas de algodón (nunca tampones) y ropa interior que permita la transpiración.
- El nuevo cambio hormonal aumenta el riesgo de sufrir la denominada depresión posparto. La madre debe pedir toda la ayuda que necesite.

Las indicaciones en esta etapa atañen fundamentalmente al reposo, a la dieta, a los medicamentos y a los cuidados personales, y deben ser renovados o modificadas diariamente luego de la visita profesional. La puérpera debe permanecer hospitalizada por un periodo de dos a tres días si el parto fue vaginal y de cuatro a cinco días si fue mediante cesárea (Cáceres & Nieves,



2017).

Por otra parte, las intervenciones educativas dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud. Este tipo de capacitación contempla varias actividades que incluyen el autoanálisis y las estrategias comunicativas de tipo informativo con el apoyo de medios que permiten el intercambio de ideas (Menor, & Aguilar, 2017a).

Las intervenciones tienen el propósito de informar y motivar a la población para adoptar y mantener prácticas saludables, además de propiciar cambios ambientales y dirigir la formación de recursos humanos y la investigación. Se han realizado múltiples abordajes con diversas metodologías para llevar a cabo las intervenciones educativas, destacando una tendencia hacia la participación más activa del paciente; por tanto, se considera que a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende (Menor, & Aguilar, 2017b).

Sin embargo, a pesar de todas las ventajas que se les atribuyen a las intervenciones educativas los resultados que se divulgan presentan diferencias y no son frecuentes los estudios que de una manera sistemática evalúen su efectividad, de allí la importancia de además de implementar la estrategia se evalué su efectividad (Menor, & Aguilar, 2017c).

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 *Comunicación***

Se define como el proceso en el cual un emisor y un receptor transmiten e intercambian ideas, emociones, información y habilidades, actos físicos o virtuales, entre los que se incluyen señas, gestos, sonidos, imágenes, uso de tecnologías, y otros. Es un proceso que facilita la participación, la cual, conjuntamente con la comunicación son fundamentales en el campo de la salud (Hamodi, & López, 2015a).

### **2.3.2 *Control prenatal***

Término que incluye la totalidad de actividades, acciones o procedimientos que se ejecuten con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar los factores que desemboquen en afectación durante la gestación y el parto que provocan morbilidad materna o fetal. Estas acciones o procedimientos pueden tener carácter periódico o sistémico (Castillo, 2017).

### **2.3.3 Cuidados materno-infantil**

Son los cuidados que se ejercen sobre la embarazada, el parto y postparto ya sea en la madre como en neonato para garantizar la calidad de vida y evitar las complicaciones (MSP, 2017).

### **2.3.4 Educación**

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria. Aborda la transmisión de información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. No solo incluye la información relativa a condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud; igualmente incluye factores y comportamientos de riesgo (Hamodi, & López, 2015b).

### **2.3.5 Gestantes**

Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto (Hernández Díaz et al., 2016a: pp.477-487).

### **2.3.6 Hemorragias**

El sangrado o hemorragia es la pérdida de sangre, puede ocurrir afuera o dentro del cuerpo por una herida o por lesión a un órgano interno (Hernández Díaz et al., 2016b: pp.477-487).

### **2.3.7 Intervención educativa**

Proceso que se dedica a fomentar en determinados pacientes o grupos de pacientes nuevos conocimientos o consolidar los ya existentes basados en técnicas educativas. Busca perfeccionar mecanismos y estrategias que conduzcan, en el campo de la salud, a hábitos, estilos de vida y conductas saludables en torno al proceso salud enfermedad (Artiles-Visbal et al., 2008 y Gorrita et al, 2016).

### **2.3.8 Mortalidad**

Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Al respecto, los OMS expresa que los datos referentes a este indicador reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. (OMS, 2018).

### ***2.3.9 Muerte materna***

Término estadístico utilizado para describir o informar la muerte de una paciente femenina durante la gestación, el parto o el puerperio; su indicador refleja la salud de los programas indicados a prevenir las muertes maternas; una elevación de la tasa de incidencia de muerte materna refleja problemas estructurales, que pueden estar relacionados tanto con el control de la natalidad, como con la atención de salud que se brinda (Gutiérrez Machado et al, 2017).

### ***2.3.10 Nivel de conocimiento***

Se hace referencia al nivel de conocimiento de una persona sobre un tema determinado, el mismo puede ser influenciado por factores culturales, económicos, sociales y neuroestructurales (Córdova Hernández et al., 2014: pp.18-25).

### ***2.3.11 Puerperio***

Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días (Hernández Díaz et al., 2016: pp.684-693).

### ***2.3.12 Sepsis***

La sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección, cuya incidencia está en aumento. Es así mismo una de las principales causas de enfermedad grave y de mortalidad en todo el mundo (Abalos et al., 2010).

## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Tipo y diseño de la investigación

Se desarrolló una investigación aplicada, descriptiva, transversal, la que siguió un diseño cuasi experimental con grupo único con pre y post-prueba, dirigido en gestantes de nacionalidad indígenas de la comunidad de Jatunpamba en el periodo entre enero y junio del 2019.

#### 3.2 Métodos de la investigación

Se utilizaron métodos del nivel teórico y estadísticos. Dentro de los primeros el histórico lógico, al analítico sintético y el inductivo deductivo. Como parte de los segundos se incluyó la prueba de McNemar, utilización que se describe a continuación:

##### Métodos del nivel teórico

- **Lógico-histórico:** Permitió el análisis de los antecedentes del objeto de estudio (complicaciones en el puerperio), así como las principales características generales de las gestantes indígenas. Además, se empleó para determinar el conocimiento general sobre los cuidados y la atención durante el puerperio través de la identificación de los principales aspectos relacionados con esta temática.
- **Analítico-sintético:** Favoreció el análisis individual del conocimiento que tienen las gestantes indígenas sobre los principales aspectos relacionados con las complicaciones en el puerperio. El empleo de estos elementos permitió, arribar a conclusiones generales sobre la problemática estudiada.
- **Inductivo-deductivo:** Permitió realizar un recorrido de lo general a lo particular relacionados con el problema objeto de estudio y los elementos fundamentales que inciden en su aparición. Análisis utilizado para arribar a conclusiones y apreciar la magnitud del problema estudiado.

##### Métodos del nivel estadísticos:

**McNemar:** Usada para determinar la influencia de la intervención educativa en el incremento del nivel de conocimiento de las gestantes indígenas, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

### **3.3 Enfoque de la investigación**

La investigación se desarrolló siguiendo un enfoque mixto, en el que se incluyeron tanto elementos cuantitativos como cualitativos. Los primeros se exploraron a través de la recolección de datos y la comprobación de la hipótesis planteada, empleando la medición numérica y el análisis estadístico.

### **3.4 Alcance investigativo**

La investigación realizada fue de tipo descriptivo y correlacional, los que se explican a continuación:

El primero alcance descriptivo, permitió especificar las características de las gestantes de nacionalidad indígenas en contexto de estudio, relativas al fenómeno investigado, lo que contribuyó a obtener información, de manera independiente y global, sobre las variables que influyen en la problemática planteada.

El segundo Correlacional: permitió correlaciones entre las variables dependientes e independientes incluidas en la investigación.

### **3.5 Población de estudio**

Se trabajó con la totalidad de la población de estudio, la que quedó conformada por las gestantes (30) del Centro de Salud de la comunidad rural Jatunpamba, del cantón Guamote en la provincia de Chimborazo, Ecuador. La investigación tuvo una duración de 5 meses, la que se llevó a cabo entre enero y junio del 2019.

### **3.6 Unidad de análisis**

Gestantes atendidas en el Centro de Salud de la comunidad rural Jatunpamba, perteneciente al cantón Guamote, en la provincia de Chimborazo, Ecuador.

### **3.7 Selección y tamaño de la muestra**

Se trabajó con la totalidad de la población, por lo que no se calculó tamaño muestral.

### **3.8 Identificación de variables**

**Variable dependiente:** complicaciones del puerperio

**Variable independiente:** nivel de conocimiento sobre prevención complicaciones del puerperio

**Variables intervinientes:** edad, nivel de instrucción, ocupación, presencia de comorbilidades, tipo de comorbilidades, número de hijos, controles prenatales.

### 3.9 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	Menor de 20 años 20 a 24 25 a 29 30 a 34 De 35 años y más	Según años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Frecuencia y porcentaje de gestantes según grupos de edades
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Analfabeto Básica Bachiller Superior	Según último grado de instrucción aprobado al momento de la entrevista.	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según nivel educacional
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Ama de casa Estudiante Trabajador Desempleada	Según ocupación de la gestante en el momento de aplicar el cuestionario	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según ocupación
Presencia de comorbilidades	Cualitativa nominal dicotómica	Con comorbilidades Sin comorbilidades	Según presencia de comorbilidades diagnosticadas y verificadas en la historia clínica de las gestantes.	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según presencia de comorbilidades
Tipo de comorbilidades	Cualitativa nominal politómica	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Hipotiroidismo Obesidad Sobrepeso	Según el tipo de comorbilidad diagnosticada y confirmada en la revisión de la historia clínica de las gestantes	Frecuencia y porcentaje de gestantes según tipo de comorbilidades.
Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador

Número de hijos	Cuantitativa continua	Sin hijos Con un hijo De dos a cuatro hijos Cinco o más hijos	Según número de hijos y/o partos que presente la gestante	Frecuencia y porcentaje según antecedentes obstétricos que presente la gestante.
Controles prenatales	Cuantitativa continua	Menor de 4 controles De 4 a 6 controles De 7 a 9 controles Más de 9 controles	Según la cantidad de controles prenatales que tuvo la gestante durante la gestación	Frecuencia y porcentaje según controles prenatales.
Complicaciones en el puerperio	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia No presencia	Presencia de complicaciones en el puerperio	Frecuencia y porcentaje de gestantes según presencia de complicaciones en el puerperio.
Nivel de conocimiento sobre cuidados y atención en el puerperio	Cualitativa ordinal	Bajo Medio Elevado	Según evaluación del nivel de conocimientos por respuestas del cuestionario de investigación. Elevado: respuestas satisfactorias en 5 dimensiones Medio: respuestas satisfactorias en 3 o 4 dimensiones Bajo: respuestas satisfactorias en menos de tres dimensiones	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según los distintos niveles de conocimiento identificados

Realizado por: Carmen Abadeano, 2019.

### 3.10 Matriz de consistencia

#### 3.10.1 Aspectos generales

Problema de investigación	Objetivo General	Hipótesis General	Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
---------------------------	------------------	-------------------	----------	-------------	---------	-------------



¿Existe un incremento de las complicaciones en el puerperio, asociado a inasistencia de las gestantes de la comunidad Jatunpamba ubicada en el cantón Guamote, al control prenatal, lo que provoca aumento del índice de morbimortalidad materna en ese contexto?	Desarrollar una intervención integral para prevenir complicaciones en el puerperio, en las gestantes de la comunidad Jatunpamba, durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2019.	¿La aplicación de la intervención integral diseñada si contribuirá a la prevención de complicaciones en el puerperio, en las gestantes de la comunidad Jatunpamba?	Dependiente	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según presencia de complicaciones en el puerperio.	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Independiente	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según los distintos niveles de conocimiento identificados	Entrevista	Cuestionario de investigación

Realizado por: Carmen Abadeano, 2019.

### 3.10.2 Aspectos específicos

Preguntas de investigación	Objetivo específico	Hipótesis específica	Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes que influyen en la prevención de las complicaciones del puerperio?	Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas de interés investigativo.	¿Las características sociodemográficas de las gestantes si influyen en la prevención de las complicaciones del puerperio?	Edad	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según grupos de edades	Entrevista	Cuestionario de la investigación
			Nivel educacional	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según nivel educacional	Entrevista	Cuestionario de la investigación
			Nivel de instrucción	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según nivel educacional	Entrevista	Cuestionario de la investigación

			Ocupación	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según ocupación	Entrevista	Cuestionario de la investigación
			Presencia de comorbilidades	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según presencia de comorbilidades	Entrevista	Cuestionario de la investigación
			Tipo de comorbilidades	Frecuencia y porcentaje de gestantes según tipo de comorbilidades.	Entrevista	Cuestionario de la investigación
			Número de hijos	Frecuencia y porcentaje según número de hijos.	Entrevista	Cuestionario de la investigación

Preguntas de investigación	Objetivo específico	Hipótesis específica	Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
			Controles prenatales	Frecuencia y porcentaje según controles prenatales.	Entrevista	Cuestionario de la investigación
¿Cuál es nivel de conocimiento en las gestantes incluidas en el estudio, sobre los cuidados maternos que debe realizarse durante la etapa de puerperio?	Identificar el nivel de conocimientos que, sobre factores de riesgo de complicaciones en el puerperio, poseen las gestantes incluidas en el estudio.	¿Si existe un bajo nivel de conocimiento en las gestantes incluidas en el estudio, sobre los cuidados maternos que debe realizarse durante la etapa de puerperio?	Nivel de conocimiento sobre cuidados y atención en el puerperio	Frecuencia y porcentaje de las gestantes según los distintos niveles de conocimiento identificados	Entrevista	Cuestionario de la investigación

¿Aplicación de una intervención integral disminuirá las complicaciones en el puerperio en gestantes de la comunidad de Jatunpamba?	La Aplicar una intervención integral para disminuir complicaciones en el puerperio, en gestantes de la comunidad de Jatunpamba, previa validación por criterio de especialistas.	¿La aplicación de una intervención integral si disminuirá las complicaciones en el puerperio en gestantes de la comunidad de Jatunpamba?	Complicaciones en el puerperio	Frecuencia y porcentaje de gestantes según presencia de complicaciones en el puerperio	Entrevista	Cuestionario de la investigación
<b>Preguntas de investigación</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Hipótesis específica</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
¿Cómo influye la intervención aplicada en la prevención de complicaciones en el puerperio y disminuirá la muerte materna en el contexto y periodo de estudio?	Determinar la influencia ejercida por la intervención aplicada en la disminución de complicaciones en el puerperio, en las mujeres de comunidad de Jatunpamba.	¿La intervención aplicada en gestantes si influirá en la prevención de complicaciones en el puerperio y disminuirá la muerte materna en el contexto y periodo de estudio?	Complicaciones en el puerperio	Frecuencia y porcentaje de gestantes según presencia de complicaciones en el puerperio	Entrevista	Cuestionario de la investigación

Realizado por: Carmen Abadeano, 2019.

### **3.11 Instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario sobre conocimientos generales para la preparación del parto y la prevención de las complicaciones derivadas de este, validado Smeele, et al, (2018).

El empleo de este instrumento permitió obtener información sobre los elementos de interés investigativo (anexo 2). El mismo está compuesto por 58 preguntas y cuatro secciones. La primera conformada por 16 preguntas, dirigida a obtener información sociodemográfica. La segunda recoge información obstétrica (12 preguntas). La tercera recopila datos sobre la realización de prácticas sobre preparación para el nacimiento y preparación para la complicación (19 preguntas) y la cuarta y última sección explora conocimiento de las señales obstétricas de peligro, mediante 11 preguntas.

### **3.12 Técnica de recolección de datos**

Durante el desarrollo de la intervención integral y de la investigación se utilizaron dos técnicas de investigación fundamentales, la entrevista y la revisión documental. Ambas fueron utilizadas en los dos momentos del estudio, es decir durante el pretest y el postest.

La entrevista se realizó de forma individual y colectiva, siempre lideradas por la investigadora principal, quien tuvo presente todos los elementos logísticos de esta técnica como son seguridad, confort, confidencialidad y otros. Acompañó la aplicación del cuestionario de investigación y facilitó la aclaración de dudas sobre el mismo o sobre cualquier otro aspecto del estudio.

La revisión documental fue la segunda técnica de investigación utilizada. Su objetivo estuvo determinado por la búsqueda de información referente a las variables de investigación y se ejecutó mediante la revisión de las historias clínicas de las gestantes encuestadas, Su utilización permitió obtener información y corroborar datos que no conocían las embarazadas o que resultaban de difícil manejo para las mismas.

La intervención integral de salud aplicada estuvo constituida por dos pilares fundamentales, el componente educativo y el componente asistencial, ambos tuvieron actividades diferentes, pero se realizaron al unísono, con el objetivo de aumentar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la prevención de complicaciones en el puerperio y de modificar algunas

situaciones de salud que pudieran constituir un factor de riesgo de aparición de complicaciones durante el parto (figura 1-3)

<b>Componente</b>	<b>Actividades</b>
Educativo	Charlas educativas
Asistencial	Valoración integral de la gestante Seguimiento de la gestante Atención en el parto Seguimiento del puerperio

**Figura 1-3:** Componentes y actividades de la intervención integral de salud.

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

La intervención tuvo dos fases; la primera de ellas fue la fase de preparación en la que se tuvieron en cuenta todos los elementos previos de ejecución de las mismas, las actividades desarrolladas se muestran en la figura 2-3; la fase de ejecución de la intervención constó con acciones específicas que contribuyeron a lograr el objetivo planteado y comprobar posteriormente la efectividad de la intervención aplicada.

<b>Componente</b>	<b>Acciones</b>
Preparación	Preparación del anteproyecto Selección del Cuestionario Selección de la muestra Reunión de coordinación
Ejecución	Aplicación del pretest Charlas educativas Valoración ginecológica de la gestante Seguimiento de la gestante Atención en el parto Seguimiento del puerperio Aplicación del postest

**Figura 2-3:** Componentes y acciones de la intervención integral de salud

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Para cada una de estas acciones y actividades se trazó un cronograma que permitió llevar un orden cronológico de acciones a realizar. El mismo fue cumplido cabalmente y facilitó realizar las actividades en el tiempo planificado para dar culminación a la investigación según la

planificación realizada. En la figura 3-3 se muestra el cronograma de actividades de la intervención integral de salud.

No	Acciones y actividades realizadas	Meses					
		1	2	3	4	5	6
1	Preparación del anteproyecto	X					
2	Selección del Cuestionario	X					
3	Selección de la muestra	X					
4	Reunión de coordinación	X					
5	Aplicación del pretest	X	X				
6	Charlas educativas		X	X	X	X	
7	Valoración ginecológica de la gestante	X	X				
8	Seguimiento de la gestante		X	X	X	X	X
9	Atención en el parto		X	X	X	X	X
10	Seguimiento del puerperio		X	X	X	X	X
11	Aplicación del postest					X	X
12	Análisis de la información		X	X	X	X	
13	Redacción del informe final					X	X
14	Entrega del informe final						X

**Figura 3-1:** Cronograma de ejecución de la intervención integral de salud.

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Durante la fase de preparación resulta importante destacar la reunión de coordinación. Esta se celebró previa al inicio de la intervención y tuvo como objetivo fundamental coordinar los elementos logísticos de la intervención. Participaron el equipo de investigación, partes de las gestantes ya incluidas en el estudio, familiares, autoridades de salud del centro de salud de Jatunpamba y líderes de la comunidad, de esta forma se logró el carácter integral e inclusivo de la intervención.

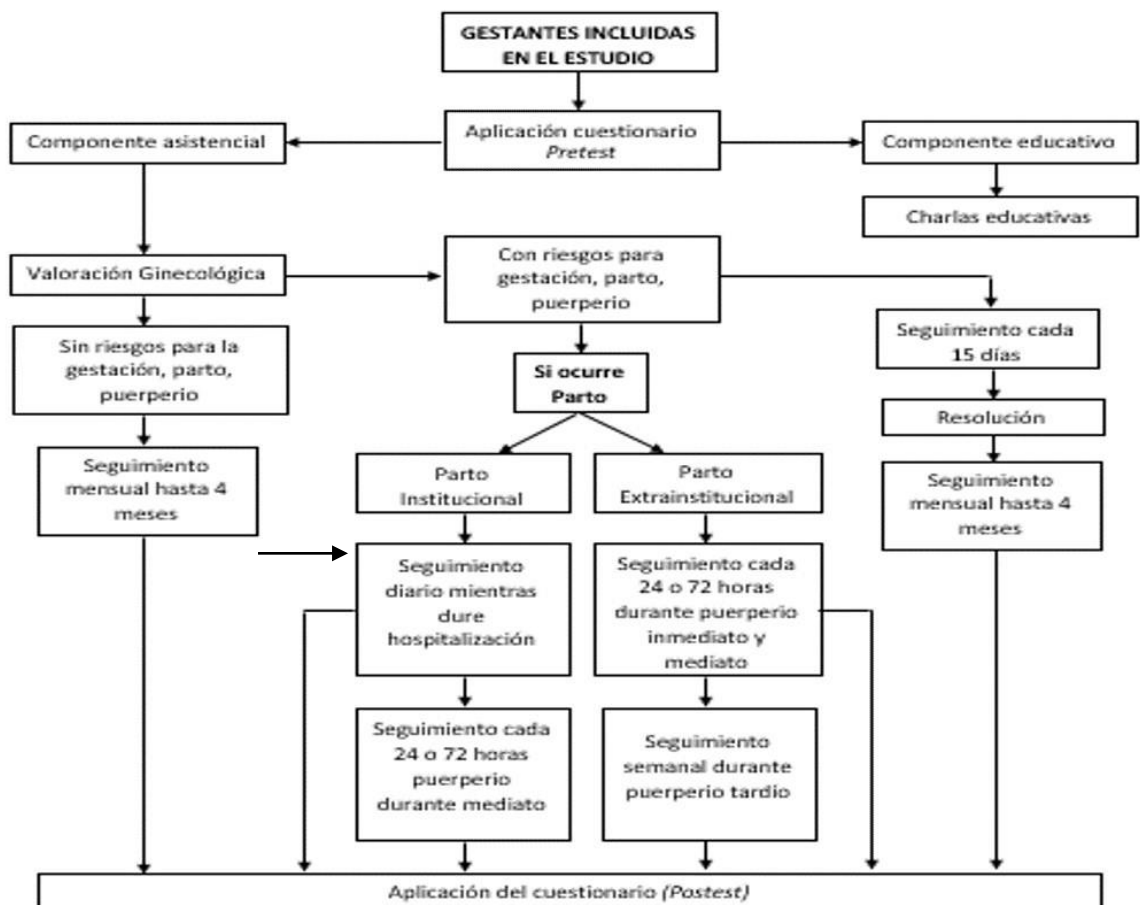
Además de explicar los objetivos, justificación y métodos de la investigación, de aclarar las dudas surgidas y de realizar la presentación del equipo de investigación, se coordinaron elementos básicos como fueron:

- Horario, frecuencia, duración y lugar de realización de las charlas educativas

- Horario, frecuencia y lugar de realización de la valoración integral de las gestantes y del seguimiento de las mismas durante la gestación y el puerperio.
- Facilidades de comunicación para el adecuado flujo de información hacia y de las gestantes que vivían alejadas del centro de salud.
- Otros elementos de interés

Un elemento organizativo de este estudio fue el diseño de un algoritmo de intervención que permitió llevar un orden lógico de acciones y permitió que cada integrante del equipo de salud identificara las acciones y actividades a realizar en el momento y la gestante indicada, De esta forma se garantizó un flujo de gestantes y de información adecuado y organizado que contribuyó al éxito de la intervención integral de salud aplicada (figura 4-3).

La contribución de una especialista en Ginecología y una obstetriz que se incorporaron voluntariamente al estudio; fue fundamental tanto en el orden educativo como asistencial.



**Figura 4-3:** Algoritmo de intervención integral de salud

Realizado por: Carmen Abadeano, 2019.

La principal acción educativa durante la intervención fueron las charlas educativas impartidas. Después de aplicado el pretest se identificó el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la prevención de las complicaciones del puerperio, así como los principales elementos que influían en el desconocimiento resultante. A partir de la identificación de las necesidades de conocimientos se procedió a determinar el tema de las charlas a impartir.

Las charlas tuvieron una duración de 45 minutos, se realizaron con una frecuencia quincenal los días viernes por conveniencia de la investigadora principal. Se optó por este tipo de frecuencia teniendo en cuenta la lejanía de la residencia de algunas de las gestantes incluidas en el estudio. Se impartieron un total de 10 charlas, de ellas 8 fueron planificadas según los temas;

Se ofertaron dos encuentros de recuperación que fueron utilizados para aclarar dudas y para algunas que no pudieron asistir, ya que la incorporación de las gestantes se realizó de forma paulatina, recibieran la información necesaria. En cada actividad educativa se realizaron técnicas pedagógicas que incluyeron la realización de preguntas iniciales para explorar el nivel de conocimiento sobre el tema a tratar y de preguntas de comprobación de conocimientos al término de la actividad.

Los temas que impartidos fueron:

1. Planificación de la gestación. Métodos anticonceptivos
- 2.- Identificación de factores de riesgo preconcepcional, importancia y control
- 3.- Prevención de infecciones durante la gestación.
- 4.- Importancia del control prenatal en la prevención de complicaciones del embarazo
- 5.- Prevención de complicaciones durante el parto y el puerperio.
- 6.- Parto institucional. Ventajas
- 7.- Identificación de los signos de alarma durante gestación, el parto y el puerperio. 8.- Importancia del control y seguimiento sanitario durante el puerperio

Se realizaron varias actividades dentro del componente asistencial de la intervención. La primera de ellas fue la aplicación del cuestionario (pretest) que permitió identificar el nivel de conocimiento de las gestantes y definir los temas de las charlas educativas impartidas. Posteriormente se procedió a la evaluación ginecológica de las embarazadas y a partir de ahí se planificó el seguimiento de las mismas.

Las embarazadas que presentaron algún riesgo importante de salud para la gestación o algún proceso patológico se les planificó seguimiento quincenal hasta que desapareció la enfermedad o



el riesgo identificado, a partir de ese momento se mantuvieron en un seguimiento mensual. Las que no presentaban riesgos para la salud o enfermedades se incluyeron dentro del grupo de gestantes seguidas mensualmente.

Se intentó que los partos se realicen en centros asistenciales, a pesar de tener un porcentaje elevado no fue posible que todas parieran en centros de salud: Las que parieron en centros asistenciales recibieron seguimiento diario durante su internación en el centro asistencial y con frecuencias entre 24 y 72 horas en dependencia de la lejanía entre la vivienda y el centro de salud Jatunpamba y la accesibilidad al lugar de residencia. Durante el puerperio tardío el seguimiento se ofreció con una frecuencia semanal.

En el caso de las gestantes que dieron a luz en su casa fueron atendidas por una obstetriz y una partera, encargadas de realizar los partos en la comunidad, lo que contribuyó a incrementar las actividades prácticas de capacitación. El seguimiento del puerperio de estas gestantes también tuvo frecuencias variables entre 24 y 72 horas, dependiendo de la lejanía y accesibilidad de su residencia, durante el puerperio mediato y semanal en el puerperio tardío.

Después de cuatro meses de seguimiento a las gestantes se dio por terminado el mismo y se procedió a aplicar nuevamente el cuestionario de investigación (postest) respuestas que fueron utilizadas como punto de comparación con el pretest y que determinó, mediante la aplicación de pruebas estadísticas la influencia ejercida por la intervención integral de salud en el nivel de conocimiento de las gestantes sobre prevención de las complicaciones del puerperio.

### **3.13 Procesamiento de la información**

El procesamiento de la información se realizó de forma automatizada con el programa estadístico SPSS en su versión 20,0 para Windows; previamente se había confeccionado una base de datos en el programa Excel que permitió organizar, computar y homogenizar la información obtenida mediante la aplicación del cuestionario de investigación.

Se determinaron, para el procesamiento de variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión; en el caso de variables cualitativas se utilizó la determinación de frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó la prueba no paramétrica de McNemar para determinar cambios en el porcentaje del nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio comparando resultados del pretest y postest.

Se definió el nivel de confianza en el 95%, el margen de error en el 5% y se definió la significación estadística en una  $p=0,05$ . Los resultados se mostraron a través de tablas y figuras estadísticas que facilitaron la comprensión e interpretación de los mismos.

### **3.14 Normas éticas**

Durante el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta todas las normas establecidas en la declaración de Helsinki II para la realización de investigaciones en seres humanos. Cada gestante incluida en el estudio fue debidamente informada sobre los objetivos y metodología de la investigación, se aclararon todas las dudas que surgieron en las mismas y su incorporación al estudio se realizó posterior a la firma del consentimiento informado. Los datos obtenidos por la aplicación del cuestionario se utilizaron solo con fines investigativos y fueron tratados con la más estricta confidencialidad. Se les explicó a las gestantes que la participación en el estudio era voluntaria por lo que podían retirarse del estudio en el momento que lo estimaran conveniente.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados

Los resultados obtenidos durante el desarrollo del estudio son los siguientes:

**Tabla 1-4:** Distribución de gestantes según edad.

Grupo de edades	No.	%
Menor de 20 años	5	16,67
De 20 a 24 años	9	30,0
De 25 a 29 años	8	26,66
De 30 a 34 años	5	16,67
De 35 años y más	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

En la tabla 1-4 se muestra la distribución y porcentaje de gestantes de la comunidad rural Jatunpamba según el grupo de edad al que pertenecen. Destaca el predominio de embarazadas entre 20 y 24 años con 9 casos (30,0%). Le siguieron en orden decreciente de frecuencia y porcentaje las gestantes entre 25 y 29 años (8 casos; 26,67%), mientras que con idéntica frecuencia de 5 casos y 16,67% se presentaron las féminas entre 30 y 34 años y las menores de 20 años.

Un total de 3 gestantes tenían una edad igual o superior a los 35 años en el momento de la entrevista. Sobresale que el 26,67% de las embarazadas se encontraban en edades extremas, es decir, menores de 20 años y de 35 años o más.

**Tabla 2-4:** Distribución de gestantes según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	No.	%
Analfabetas	1	3,33
Básico	26	86,67
Bachiller	3	10,0
Superior	0	0,00

<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	------------

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

La distribución y porcentaje de gestantes según nivel de instrucción mostró un predominio de pacientes con nivel de instrucción básico (26 gestantes; 86,67%); le siguieron las gestantes que terminaron el bachillerato con 3 gestantes y 10,0% de representación. Solamente una de las embarazadas (3,33%) refirió no tener nivel de instrucción ninguno y no se encontraron gestantes con nivel superior de educación (tabla 2-4).

**Tabla 3-4:** Distribución de gestantes según ocupación.

<b>Ocupación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ama de casa	7	23,33
Estudiante	3	10,0
Trabajadoras	16	53,34
Desempleadas	4	13,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Otra de las características generales descritas durante el estudio fue la ocupación; información mostrada en la tabla 3-4 la que expresa la distribución y el porcentaje de las distintas ocupaciones incluidas en el estudio. El 53,34% de las embarazadas (16 mujeres) se encontraban trabajando en el momento de la investigación. Siete mujeres (23,33%) se dedicaban a los quehaceres del hogar; cuatro gestantes (13,33%) se encontraban desempleadas, mientras las restantes 3 embarazadas (10,0%) aún se mantenían estudiando.

**Tabla 4-4:** Distribución de gestantes según presencia de comorbilidades.

<b>Presencia de comorbilidades</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Con comorbilidades	11	36,67
Sin comorbilidades	19	63,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

El 36,67% (11 gestantes) reportaron la presencia de al menos una comorbilidad asociada. El restante 63,33% (19 mujeres) de las mujeres incluidas en el estudio no reportaron presencia de comorbilidades (tabla 4-4).

**Tabla 5-4:** Distribución de gestantes según tipo de comorbilidades.

Tipo de comorbilidades	No.	%
Diabetes mellitus	3	27,27
Hipertensión arterial	6	54,54
Hipotiroidismo	2	18,18
Sobrepeso	5	45,45
Obesidad	3	27,27

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Las comorbilidades que con mayor frecuencia se presentaron fueron la hipertensión arterial, diagnosticada en 6 gestantes (54,54%), el sobrepeso (5 mujeres; 45,45%) y la diabetes y la obesidad que fueron confirmadas en idénticas frecuencias de 3 pacientes y porcentajes de 27,27%. Un total de dos embarazadas (18,18%) tenían diagnóstico confirmado de hipotiroidismo. Como se observa en la tabla 5-4, existieron gestantes con más de una comorbilidad asociada.

**Tabla 6-4:** Distribución de gestantes según número de hijos.

Número de hijos	No.	%
Sin hijos	6	20,0
Con un hijo	8	26,67
De dos a cuatro hijos	11	36,66
Cinco o más hijos	5	16,67
Total	30	100,0

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Al analizar el número de hijos previos se encontró que un total de 11 féminas tenían entre dos y cuatro hijos antes de la gestación actual, por ciento que se eleva hasta el 36,67%. Con un hijo anterior fueron identificadas 8 mujeres (26,67%), mientras que seis gestantes estaban cursando su primer embarazo y no presentaban hijos anteriores (20,0%). Por último, se identificaron 5 gestantes que ya tenían cinco hijos o más, lo que representó el 16,67% (tabla 6-4).

**Tabla 7-4:** Distribución de gestantes según control prenatal.

Control prenatal	No.	%
3 consultas o menos	11	36,67
De 4 a 6 consultas	13	43,33
De 7 a 9 consultas	5	16,67
Más de 9 controles	1	3,33
Total	30	100,0

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

La distribución y porcentaje de gestantes según el número de controles prenatales (tabla 7-4) muestran que la mayoría de las gestantes (13 casos y 43,33%) acudieron a control entre 4 y 6 veces durante la gestación. Un total de 11 mujeres (36,67%) lo hicieron menos de 4 veces; mientras que 5 gestantes (16,67%) acudieron entre 7 y 9 veces y una de ellas (3,33%) acudió más de 9 veces.

**Tabla 8-4:** Distribución de gestantes según nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio en el pretest.

Nivel de conocimiento	No.	%
Bajo	21	70,0
Medio	6	20,0
Elevado	3	10,0
Total	30	100,0

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

El nivel de conocimiento predominante de las gestantes durante el pretest, relacionados con la prevención de complicaciones del puerperio fue el bajo, el mismo estuvo representado por 21 gestantes (70,0%); otras seis embarazadas presentaban nivel medio de conocimiento (20,0%) y las restantes 3 mujeres (30,0%) presentaron un nivel de conocimiento elevado (tabla 7-4).

**Tabla 9-4:** Distribución de gestantes según nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio en el pretest y nivel educacional

Nivel de instrucción	Nivel de conocimiento					
	Bajo		Medio		Elevado	
	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeto	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Básica	13	72,22	4	22,22	1	5,56
Bachiller	7	77,78	1	11,11	1	11,11

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

La tabla 9-4 muestra la distribución de las gestantes incluidas en la investigación en relación a dos variables, nivel de conocimiento y nivel de instrucción. Destaca que la única paciente analfabeta del estudio presentó un nivel de conocimiento bajo. En el grupo de 18 gestantes con nivel básico el 72,22% (13 mujeres) presentaron un nivel de conocimiento bajo, cuatro gestantes presentaron un nivel medio de conocimiento (22,22%), mientras que solo una de ellas (5,56%) presentó un nivel de conocimientos alto. Igualmente se evidenció que las gestantes con nivel de instrucción de bachiller presentaron un nivel bajo el 77,78%, mientras que con nivel medio y alto se mostraron con igual frecuencia y porcentaje (1 caso y 11,11%)

Durante el desarrollo de la intervención un total de 19 mujeres, de las 30 incluidas en el estudio finalizaron la gestación.

**Tabla 10-4:** Distribución de puérperas según presencia de complicaciones (postest).

Presencia de complicaciones	No.	%
Presencia	3	15,79
No presencia	16	84,21
Total	19	100,0

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Dentro de las 19 gestantes que dieron a luz durante el desarrollo de la intervención, solo en tres de ellas (15,79%) presentaron infección urinaria, infección vaginal y trastorno hipertensivo. Las restantes, 16 puérperas para un 84,21%, no presentaron complicaciones durante el parto ni el puerperio.

**Tabla 11-4:** Distribución de gestantes según nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones del puerperio en el postest.

Nivel de conocimiento	No.	%
Bajo	6	20,0
Medio	11	36,67
Elevado	13	43,33
Total	30	100,0

**Fuente:** cuestionario de investigación

**Realizado por:** Carmen Abadeano, 2019.

Después de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario (postest), en este momento el nivel de conocimiento de las gestantes mostró que solo 6 gestantes (20,0%) permanecían con un nivel de conocimiento bajo; un total de 11 gestantes (36,67%) alcanzaron el nivel medio de conocimiento y las restantes 13 mujeres (43,33%) alcanzaron el nivel elevado de conocimiento sobre prevención de las complicaciones durante el puerperio (.tabla 11-4)

**Tabla 12-4:** Resultado de la prueba de McNemar comparando el nivel de conocimiento sobre prevención de las complicaciones del puerperio según resultados del pretest y postest.

Nivel de conocimiento	Pretest	Postest	Significación estadística	
	%	%	Z	p*
Bajo	70,0	20,0	-3,907	0,028
Medio	20,0	36,67		

Elevado	10,0	43,33		
---------	------	-------	--	--

Fuente: cuestionario de investigación \*

p<0,05

Realizado por: Carmen Abadeano, 2019.

La realización de la intervención mostró modificaciones al comparar el nivel de conocimiento entre el pretest y el postest (tabla 12-4). Se observa una disminución del por ciento de gestantes con nivel bajo de conocimiento (pretest 70,0%, postest 20,0%). Contrariamente se muestra un aumento del porcentaje de pacientes con nivel de conocimiento medio (20,0 pretest; 36,67% en el postest) y alto (10,0% en el pretest y 43,33% en el postest).

Al determinar la prueba de McNemar se obtuvo una significación estadística dada por una  $Z=-3,907$  y una  $p=0,028$ ; lo que permite afirmar que existe evidencia suficiente para plantear, con un margen de error del 5%, que la intervención aplicada provocó cambios significativos en el nivel de conocimiento de las gestantes sobre prevención de las complicaciones del puerperio.

**Tabla 13-4:** Resultado de la prueba de McNemar comparando la presencia de complicaciones del puerperio según resultados del pretest y postest.

Complicaciones del puerperio	Pretest	Postest	Significación estadística	
	%	%	Z	p*
Presencia de complicaciones del puerperio	56,31	15,79	-3,439	0,042

Fuente: cuestionario de investigación

\*p<0,05

Realizado por: Carmen Abadeano, 2019.

Se muestra en la tabla 13-4 la comparación de los resultados obtenidos en el pretest y el postest en relación a la presencia de complicaciones. Se observa que antes de realizar la investigación (pretest) el 56,31% de las mujeres presentaban complicaciones durante el puerperio, sin embargo, después de realizada la investigación el porcentaje de aparición de complicaciones del puerperio disminuyó al 15,79. Se aplicó la prueba de McNemar y se obtuvo un resultado estadísticamente significativo, lo que permite afirmar que la intervención aplicada provocó cambios estadísticamente significativos ( $p=0,042$ ) en la disminución de la presencia de complicaciones del puerperio en las mujeres de la comunidad rural Jatunpamba.

## 4.2 Discusión

El puerperio es considerado como el proceso final de la gestación, en el mismo se puede describir una serie de complicaciones que pueden llegar a poner en peligro la vida de la madre y



del niño (Abalos et al., 2010). Durante este periodo se presentan una serie de afecciones que son descritas como las complicaciones del puerperio y que afectan a la madre y al recién nacido (Fernández Cué et al., 2018: pp.32-37).

Al analizar la edad de las gestantes incluidas en la investigación se observó que existe un número elevado de mujeres con edades menores de 20 años y superiores a 35 años. Este resultado es similar al reportado por Amado Herrera y Munares-García (2019) en el cual estudiaron a 422 gestantes y encontraron que el 16,7% de ellas se encontraban fuera de la edad ideal para concebir la gestación (Amado Herrera, & Munares-García, 2019).

Estas edades son descritas como potenciales de riesgo no solo para la aparición de complicaciones del puerperio, sino también de otras alteraciones de la gestación dentro de las que se incluyen la diabetes gestacional y los trastornos hipertensivos (García-De la Torre et al., 2016).

Las gestantes menores de 20 años, presentan diversos grados de inmadurez endocrina que pueden generar alteraciones hormonales que modifican la contracción muscular pudiendo favorecer la aparición de sangrado vaginal y atonía uterina (Suárez González et al., 2017: pp.1-10).

Un estudio realizado en Atacames en el año 2018 demostró que la gestación en la adolescencia trae consigo un índice de complicaciones mayor que las gestantes no adolescentes (Velasteguí Eguez et al., 2018).

Por su parte se señala que las gestantes mayores de 35 años también pueden presentar alteraciones hormonales con disminución de la producción de catecolaminas que actúan inhibiendo el sistema nervioso simpático y disminuye la contracción de la musculatura lisa; se afecta tanto la fibra muscular como los músculos de la íntima y la media vascular (Suárez González et al., 2017: pp.464-473)

Este resultado demuestra la necesidad de consolidar la planificación familiar en el primer nivel de atención. Se debe insistir en que las mujeres planifiquen su gestación en las edades óptimas y sobre todo en el periodo en que exista un estado de salud adecuado por parte de la futura gestante. Se debe insistir en el uso de anticonceptivos según la edad y las condiciones físicas y de paridad de la mujer; estas medidas podrán disminuir la aparición de gestaciones no deseadas sin limitar la actividad sexual de la mujer y su pareja.

Esta situación se torna extremadamente difícil en el contexto de investigación por dos motivos fundamentales, el tipo de población (indígena) y la lejanía de las viviendas del centro de salud. Estos elementos conspiran en la utilización de métodos anticonceptivos y en la planificación adecuada de la gestación se ve favorecida por el bajo nivel de instrucción de las gestantes, donde predominó el nivel básico. Si las gestantes no tiene un nivel de instrucción elevado es difícil que espontáneamente acudan a controles.

En las comunidades indígenas la mayoría de los partos no se hacen de manera institucional, sino que se auxilian de personas de la comunidad las cuales no tiene suficientes conocimientos para afrontar el partos y menos aún para enfrentar posibles complicaciones.

El equipo de salud debe insistir en que el parto sea institucional, ya sea en instituciones públicas o privadas, en ellas se cuenta con personal capacitado que puede hacer frente correctamente al parto y a las complicaciones del puerperio. De estas producirse en las comunidades la lejanía, la escases de transporte y la incomunicación conspiran en contra de una atención de salud que garantice la vida de las puerperas.

Se describen estudios como el Chacón O'Farrill y Cortes Alfaro (2018), los que indican que los efectos de la realización de intervenciones educativas en gestantes para aumentar el nivel de conocimiento y de esa forma minimizar la presencia de complicaciones durante la gestación, parto y posparto. En esta investigación se concluye que mediante este tipo de acciones se logra aumentar el conocimiento sobre elementos medulares de determinadas complicaciones, lo que garantiza que las gestantes tengan un accionar más adecuado y conciente hacia la gestación y la presencia de las complicaciones (Chacón O'Farrill, y Cortes Alfaro, 2018: pp.1-13)

Por su parte Hernandez y colaboradores (2015) realizaron una revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones educativas en mortalidad neonatal. Concluyen que estas acciones son eficaces en relación a promoción de salud y prevención de enfermedades. Estas acciones constituyen los pilares fundamentales del accionar del especialista en medicina Familiar y comunitaria.

Es importante señalar que si se pretende disminuir las complicaciones del puerperio se debe insistir en las gestantes sobre la importancia que representa asistir a consultas, controlar los factores de riesgo, que el parto se produzca de forma institucional o que sea asistido por personal preparado científica y técnicamente para enfrentar el mismo y las posibles complicaciones; por último debe existir un seguimiento adecuado del puerperio en toda su extensión y posterior a este

periodo una adecuada incorporación y que exista un seguimiento adecuado del puerperio, y posterior a este una adecuada incorporación al riesgo preconcepcional para continuar con el control de la salud de la mujer.

Este es el camino a seguir para minimizar las complicaciones del posparto, no se cuentan con esquemas terapéuticos ni fármacos que sean capaces de minimizar o erradicar las mismas; por lo tanto, se debe insistir en la educación a las mujeres en edad fértil sobre estos importantes elementos.

La ocupación fue otro de los aspectos analizados, pero en este sentido se debe señalar que la gestante indígena se mantiene trabajando hasta el final de la gestación. Esta situación, propia de la idiosincrasia de la población del contexto de la investigación, no favorece la evolución de la gestación ni del proceso del parto y posparto. Por el contrario hace que la gestante se enfrente a riesgo de accidentes y que llegue con cansancio físico al momento del parto, lo cual puede insidrir negativamente en su repercusión y durante el trabajo de parto.

La presencia de comorbilidades fue un aspecto negativo en este estudio. Se determino que casi el 40% de las gestantes encuestadas presentaban al menos una comorbilidad asociada. Este resultado es similar al que reporta Pupo Jiménez (2017) en un estudio en el cual concluye que la gran mayoría de las gestantes que ingresan a cuidados intensivos presentan comorbilidades a sociadas a la gestación (Pupo Jiménez, 2017).

Un estudio sobre trastornos hipertensivos durante la gestación y también informa un elevado porciento de gestantes con comorbilidades asociadas; concluye que las comorbilidades constituyen un factor de riesgo para presencia de complicaciones durante la gestación, el periparto y el posparto (Pacheco Romero, 2018: pp.169-174).

Este aumento de comorbilidades durante la gestación es el reflejo de un deficiente control de riesgo preconcepcional; las mujeres conciben la gestación sin un proceso previo de control médico que certifique que se encuentran en actas físicamente para llevar a cabo un embarazo.

Las comorbilidades que con mayor frecuencia se presentaron en esta investigación, y que coinciden con otros estudios fueron, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; ambas comorbilidades han sido señaladas con mayores porcentajes de aparición en adolescentes y mujeres mayores de 35 años de edad (Delance Reyes et al., 2018).

La gestación, a pesar de ser un proceso fisiológico, trae consigo una elevada morbimortalidad, múltiples son los procesos que pueden generar complicaciones durante su transcurso, el parto y el puerperio; de ahí la importancia de mantener un seguimiento adecuado a través de consultas prenatales donde el profesional de la salud no solo puede advertir elementos que se alejan del curso normal de la gestación, sino que también transmite confianza, seguridad y conocimiento con el proceso del parto y el puerperio.

En esta intervención se encontró una pobre asistencia a consultas prenatales, lo cual se motiva por la lejanía de la residencia de las gestantes, el bajo nivel de conocimiento sobre la importancia del seguimiento obstétrico y la presión del trabajo agrícola como principal modo de subsistencia de esta población.

La cantidad de hijos de las gestantes incluidas en la investigación también es un reflejo del bajo nivel de instrucción y de las deficiencias de la planificación familiar y el control de riesgo preconcepcional. La población indígena, producto a sus costumbres, considera que la principal función de la mujer es la reproducción y por eso no se tiene en cuenta que cada gestación es un peligro potencial para la salud; de ahí que muchas complicaciones obstétricas tengan dentro de sus factores de riesgo la multiparidad.

Al comienzo de la intervención se obtuvo que las gestantes tenían niveles de conocimiento bajos sobre las acciones necesarias para prevenir las complicaciones del puerperio, las que unidas a la poca frecuencia de asistencia a controles prenatales y la elevada presencia de comorbilidades ensobrecían el panorama.

Se procedió a realizar una evaluación obstétrica integral, se controlaron enfermedades como la diabetes gestacional y los trastornos hipertensivos, se administraron fármacos protectores de aparición de preeclampsia y eclampsia en gestantes con riesgo de estas afecciones, se realizó pesquiza y tratamiento de infecciones vaginales y se insistió en la realización de charlas educativas sobre la importancia de todos estos elementos durante la gestación como única alternativa para minimizar la aparición de complicaciones en el puerperio y su afectación materna y al recién nacido.

Durante el transcurso de la intervención un total de 19 mujeres llegaron al final de la gestación y de ellas tres casos presentaron complicaciones en el puerperio. Todas las gestantes recibieron atención durante el puerperio cuyo seguimiento estuvo determinado por el lugar donde

se realizó el parto. Una de ellas presentó una preeclampsia sin signos de gravedad, mientras que las otras dos puerperas presentaron endometritis.

Es importante señalar que la preeclampsia y la eclampsia son señaladas como la principal causa de morbimortalidad materna en Ecuador y en el mundo (Torrez Morales, & Añez Saravia, 2016). En la gestante afectada de esta complicación se siguieron todas las medidas farmacológicas y de seguimiento estipuladas por la Guía de Prácticas Clínicas del Ecuador para esta enfermedad, hay que destacar que fue una gestante de 32 años, con cinco hijos previsto, obesa y con HTA crónica, Al comienzo de la gestación contaba con 31,3 semanas de gestación por lo que no se le administró fármacos protectores de la preeclampsia.

Las restantes dos gestantes fueron de las que realizaron el parto en el domicilio y que fue atendido por personal de la comunidad, en el momento que el equipo de investigación se enteró del evento acudió al lugar de residencia y visitó a las puerperas de 2 y 5 días de paridas, se detectó la complicación y se procedió a prescribir los fármacos indicados, se le brindó un seguimiento según el flujograma de la investigación (figura 1-3).

Las tres puerperas con complicaciones del puerperio presentaron una evolución favorable y fueron dadas de alta con adecuadas condiciones de salud de ellas y de sus hijos.

Con la aplicación de la intervención se logró aumentar significativamente el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la prevención de las complicaciones del puerperio, secundariamente se obtuvo también un resultado favorable en la disminución de la presencia de complicaciones del puerperio en el grupo estudiado; aunque algunas gestantes aún no daban por terminado su embarazo.

Estos resultados fueron corroborados por datos estadísticos que demostraron existir significación que permite afirmar que la intervención aplicada generó cambios positivos en el aumento del nivel de conocimiento de las gestantes de la comunidad Jatunpanba y en la disminución de complicaciones del puerperio de la comunidad de Jatunpamba.

El aumento del nivel de conocimiento y el control de factores de riesgo de potenciales complicaciones constituye la única alternativa viable a esta problemática de salud que ha llegado a costar vidas humanas en el contexto de la investigación.

## **CONCLUSIONES**

Se encontró un elevado porcentaje de gestantes en edades extremas (menores de 20 años y por encima de 35 años), con nivel de instrucción básicos y que no asisten regularmente a consulta. También se encontró un elevado número de gestantes multíparas, con presencia de comorbilidades asociadas. Las comorbilidades más frecuentemente reportadas fueron la diabetes gestacional y la hipertensión crónica.

Al inicio de la investigación se encontró un bajo nivel de conocimiento sobre prevención de las complicaciones, el cual se elevó paulatinamente durante la realización de la investigación gracias a la aplicación del componente educativo.

Se aplicó una intervención integral en las gestantes de la comunidad Jatunpamba que incluyó actividades educativas y asistenciales, con seguimiento directo y estrecho del parto y el puerperio en determinados casos.

La intervención aplicada provocó cambios significativos en el aumento del nivel de conocimiento de las gestantes de la comunidad Jatunpamba sobre prevención de las complicaciones del puerperio y en la disminución de la aparición de las complicaciones del puerperio en las embarazadas incluidas en la investigación, lo que fue determinado mediante la aplicación de pruebas estadísticas.

## **RECOMENDACIONES**

Consolidar la aplicación del programa de riesgo preconcepcional para lograr un mejor control de las mujeres en edad fértil. Lo que facilitará el control de factores de riesgo y de otros parámetros como edad gestacional, multiparidad, etc. que repercutirán positivamente en la disminución de las complicaciones de la gestación, el parto y el puerperio.

Planificar, diseñar y ejecutar intervenciones similares orientadas a grupos poblacionales con otros problemas de salud para disminuir la morbimortalidad general en la comunidad rural Jatunpamba.

Capacitar a las personas de la comunidad que asisten a las gestantes a la parturienta, con técnicas de atención de parto y la importancia del control prenatal y cuidado intercultural para prevenir posibles complicaciones relacionadas con la manipulación y la asepsia y antisepsia.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abalos, E., Ramos, S., Romero, M., & Chapman, E. (2010). *Intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna*. Recuperado de [http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas\\_informativas/Hoja\\_Informativa\\_OSSyR\\_02.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_02.pdf)
- Alcántara de Jesús, O., Solano, G., & Berenice, T. (2018). Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *JONNPR*, 3(11), pp.875-886. Recuperado de <file:///C:/Users/Admin/Downloads/2621-8707-2-PB.pdf>
- Amado Herrera, L., & Munares-García, O. (2019). Práctica de lactancia materna en el puerperio inmediato e influencia de la paridad. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 44(4). Recuperado de: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/388>
- Abadeano Sanipatin, C. (2017). *Análisis de la situación integral de Salius de la comunidad de Jatnpamba*.
- Artiles Visbal, L., Otero Iglesias, J., & Barrios Osuna, I. Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- Arulkumaran, N., & Singer, M. (2013). Puerperal sepsis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 27(6), pp.893-902. Recuperado de doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004
- Bedoya, AC., & Chicaiza, D. L. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado del embarazo, parto y puerperio de las Mujeres Indígenas de la Parroquia de Peguche de la Ciudad de Otavalo en el Periodo Octubre-Marzo 2017*. Universidad Central del Ecuador . Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10131/3/T-UCE-0006124.pdf>
- Bula R, J.A., & Galarza, K. (2017). Mortalidad materna en la gestante wayúu de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. *Enfermería*, 6(1). Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S239366062017000100046](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239366062017000100046)
- Burneo, G., González, V., & Contento, B. (2018). Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1), pp.21-25. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/324096682\\_Atencion\\_de\\_enfermeria\\_durante\\_el\\_puerperio\\_en\\_un\\_hospital\\_de\\_Machala\\_Ecuador](https://www.researchgate.net/publication/324096682_Atencion_de_enfermeria_durante_el_puerperio_en_un_hospital_de_Machala_Ecuador)
- Cáceres-Manrique, F.M., & Nieves-Cuervo, G.M. (2017). Atención humanizada el parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), pp.128-134. <https://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>



- Castillo, I. (2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana De Enfermería*, 33(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840>
- Chacón O'Farrill, D., & Cortes Alfaro, M. (2018). Intervención educativa del síndrome de flujo vaginal en gestantes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), pp.1-13. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2018000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2018000200004&lng=es&tlng=es)
- Cordero M.L. (2010). *Salud de la mujer indígena : intervenciones para reducir la muerte materna*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Salud-de-la-mujer-ind%C3%ADgenaIntervenciones-para-reducir-la-muerte-materna.pdf>
- Córdova Hernández, J., & Bulnes López, R. (2014). Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. *HORIZONTE SANITARIO*,6(2), pp.18-25.
- Delance Reyes, K., Rodríguez López, N., Torres García, M., Peña Anglin, M., & Flores Ruiz, I. (2018). Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital ginecobstétrico Fe del Valle Ramos. *MULTIMED*, 21(6). Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/677>
- Encinosa, G., González, D., & Díaz, E. (2014). Recuperado el 12 de agosto de 2018, de Puerperio complicado, un reto clínico. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*;13(3). Recuperado de <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/35/92>
- Fernández Cué, L., Miranda Hernández, J.L., Gómez Viera, N., & Valhuerdi Porto, C. (2018). Desmielinización osmótica pontina y extrapontina durante un puerperio complicado. *Revista Cubana de Medicina*, 57(3), pp.32-37. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232018000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232018000300005&lng=es&tlng=es)
- Freire, W.B., Ramírez, M.J., & Belmont, P. (2013). *Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT ECU 2011-2013. INEC/MSP: Quito*.
- García-De la Torre, J.I., Rodríguez- Valdez, A., Delgado-Rosas, A. (2016). Factores de riesgo de macrosomía fetal en pacientes sin diabetes mellitus gestacional. *Ginecol Obstet Mex*;84(03). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71507>
- Gerónimo Carrillo, R., Magaña Castillo, M., Rivas Acuña, V., Sanchez Lagunes, L., Cruz Leon, A., & Morales Ramon, F. (2016). Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista CONAMED*, 21(1).

Recuperado de

<http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/365>

Gilligan, C. (2014). Recuperado el 12 de agosto de 2018, de La construcción médica del puerperio.

Un análisis de bibliografía de obstetricia. *Revista de Antropología*

*Experimental*, 14(22), pp.319-329. Recuperado de:

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/viewFile/1800/1558>

Gorrita Pérez, R.R., Brito Linares, D., & Ruiz Hernández, E. (2016). Educational intervention in breastfeeding in the first six months of life. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(2).

Recuperado

de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475312016000200003&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312016000200003&lng=es&tlng=en)

[ng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312016000200003&lng=es&tlng=en)

Gutiérrez Machado, M., Quincose Rodríguez, M., Suárez González, J.A., Corrales Gutiérrez, A.,

Sevilla Bermúdez, G., & Machado Benavides, H.L. (2017). Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara (2001 - 2015). *Revista Cubana de Obstetricia y*

*Ginecología*,

43(1)

Recuperado

de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013800X2017000100004&lng=](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013800X2017000100004&lng=es&tlng=es)

[es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013800X2017000100004&lng=es&tlng=es)

Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) & (2015). Guía de práctica clínica para la prevención,

detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio:

sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM). *Revista*

*Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66 (4), pp.263-286. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/1952/195243540005.pdf>

Hamodi, L., & López P. (2015). *Conceptos básicos en educación*. Biblioteca Universitaria.

Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/10372>

Hernández, A., Pasupuleti, V., Benites-Zapata, V., Velásquez-Hurtado, E., Loyola-Romaní, J., &

Rodríguez-Calviño, Y., et al. (2015). Revisión sistemática sobre la efectividad de

intervenciones basadas en la comunidad en la disminución de la mortalidad neonatal.

*Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(3), pp.532-545.

Recuperado

de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342015000300019](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342015000300019)

[&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342015000300019)

Hernández Cabrera, Y., Ruiz Hernández, M., Rodríguez Duarte, L., Cepero Águila, L., & Monzón

Rodríguez, M. (2017). Alternativas quirúrgicas conservadoras del útero ante la hemorragia

postparto. *MediSur*, 15(5), pp.684-693. Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2017000500014&lng](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000500014&lng)

[=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000500014&lng=es&tlng=es)

- Hernández Díaz, D, Sarasa Muñoz, N.L., Cañizares Luna, O., Orozco Muñoz, C., Lima Pérez, Y., & Machado Díaz, B. (2016). Maternal anthropometry and trophic condition of the newborn. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(5), pp.477-487. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552016000500004&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552016000500004&lng=es&tlng=en)
- Menor, M. J., & Aguilar, M.J. (2017). Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *Medisur*, 15(1). Recuperado el 19 de 1 de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2017000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000100011)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017). Recuperado el 25 de diciembre de 2018, de Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2017-2021: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe sobre los procesos de vigilancia y provisión de servicios. (2018). Gaceta de muerte materna SE 34. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-34-MM-1.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador-El Fondo de Población de las Naciones Unidas (MSP/UNFPA) (2010). Recuperado el 25 de mayo de 2018, de El enfoque intercultural en las normas de salud materna. Ecuador., Family Care Internacional.: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D208.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D208.pdf)
- Noreña Herrera, C. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), pp.2635-2648. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>
- Ordinola Ramírez, C.M., Barrena Gurbillón, M.A., Gamarra Torres, O.A., Rascón, J., Corroto, F., Taramona Ruiz, L.A., & Mejía Coico, F.R. (2019). Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Arnaldoa*, 26(1), pp.325-338. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.22497/arnaldoa.261.26115>
- Organización Mundial de la Salud del Ecuador (OMS). (2018). Recuperado el 12 de diciembre de 2018, de Mortalidad materna. Datos y cifras: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas*. doi:[http://www.paho.org/salud-en-lasamericas2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=310&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-lasamericas2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es)

- Organización Panamericana de la Salud-comision Economica para America Latina y el CaribeEl Fondo de Poblacion de las Naciones (OPS/CEPAL/UNFPA). (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: Aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural* . Recuperado de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Salud\\_OPS\\_Final.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Salud_OPS_Final.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2017). Recuperado el 2 de diciembre de 2018, de El conocimiento ancestral de las parteras se articula al Sistema de Salud: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1872:elconocimiento-ancestral-de-las-parteras-se-articula-al-sistema-de-salud&Itemid=360](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1872:elconocimiento-ancestral-de-las-parteras-se-articula-al-sistema-de-salud&Itemid=360)
- Pacheco-Romero, José. (2018). Redefinition of arterial hypertension and considerations in pregnant women and in preeclampsia: Introduction to the symposium. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), pp.169-174. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2074>
- Palacio Hurtado, M. (2010). *Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna en cifras mundiales. Sección 1. Colombia*. Obtenido de Maternidad saludable: <http://www.col.opsoms.org/familia/maternidad/3cifras.htm>
- Prieto, B.M. (2012). Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría de los cuidados. *Programa de Enfermería UDES. Cuidarte* . Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a17.pdf>
- Pupo Jiménez, J. (2017). Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos / Critical ill maternal patient according to causes of admission to the intensive care unit. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16(3). Recuperado de <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/49-60>
- Sanabria, Z.E., & Fernández, C. (2011). Comportamiento patológico del puerperio. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 37(3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300005)
- Smeele, P., Kalisa, R., van Elteren, M., van Roosmalen, J., & and van den Akker, T. (2018). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women admitted in a rural hospital in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, pp.18,190. Recuperado de: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1818-x>
- Suárez González, J.A., Gutiérrez Machado, M., Milián Espinosa, I., Pérez López, A., & Moya Arechavaleta, O.A. (2017). Use of Carbetocin versus Oxytocin in Cesareans with High Risk of Uterine Atony. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(2), pp.1-10. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000200010&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200010&lng=es&tlng=en)

- Suárez González, J.A., Santana Beltrán, Y., Gutiérrez Machado, M., Benavides Casal, M.E, & Pérez Pérez de Prado, N. (2016). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(4), pp.464-473. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2016000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2016000400008&lng=es&tlng=es)
- Tomalá, C., Medrano, A., & Paladines, R. (2012). Factores de riesgo y complicaciones más frecuentes del puerperio: estudio realizado en el hospital materno infantil Mariana de Jesús. Disponible en el repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado de <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/532>
- Torrez Morales, F., & Añez Saravia, C. (2016). Maternal mortality and morbidity associated with preeclampsia in the Intensive Care Unit HMIGU. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(2), pp.88-90. Recuperado en 28 de julio de 2019, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S101229662016000200006&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662016000200006&lng=es&tlng=en)
- El Fondo de Poblacion de las Naciones (UNFPA). (2015). Recuperado el 25 de noviembre de 2018, de Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna: <https://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-saludmaterna>
- Vargas, M.E., & Vásquez, M. (2017). *Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general, Perú - 2016*. Lima, Perú . Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6165/Vargas\\_mm.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6165/Vargas_mm.pdf?sequence=1)
- Velasteguí Eguez, J., Hernández Navarro, M., Real Cotto, J., Roby Arias, A., Alvarado Franco, H., & Haro Velastegui, A. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 34(1). Recuperado de <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/373>

## **ANEXOS**

### **Anexo A. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Dra. Carmen Elisa Abadeano Sanipatin, posgradista de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Intervención integral en gestantes para prevenir complicaciones en el puerperio, Jatunpamba 2019”, como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a las gestantes para determinar el

conocimiento que poseen sobre los cuidados maternos e infantiles que se realizan durante la etapa del puerperio. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a esas mujeres, con el propósito de prevenir y/o disminuir las complicaciones en esta etapa. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

#### **Anexo B. Cuestionario**



### **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CUESTIONARIO**

Código: \_\_\_\_\_

Reciba un cordial saludo. Yo, Carmen Elisa Abadeano Sanipatin, médico posgradista de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH y trabajadora del Centro de Salud tipo A Jatumpamba, realizo una investigación sobre el tema “Intervención integral en gestantes para prevenir complicaciones en el puerperio, Jatumpamba 2019”, para lo cual se utiliza el presente cuestionario para obtener información referida por usted sobre los cuidados maternos e infantiles que se realizan durante la etapa del puerperio.

Su colaboración es de alta importancia para este estudio, la cual se realiza en beneficio de su salud y la de su hijo. Su participación anónima y voluntaria; de la cual sólo se precisa su honestidad en

las respuestas. De las preguntas formuladas, deberá escoger solo la respuesta que usted considere correcta.

Muchas gracias.

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS GENERALES PARA LA  
PREPARACIÓN DEL PARTO Y LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES  
DERIVADAS DE ESTE**

**SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

<b>No</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>código</b>
1.1	¿Cuál es tu edad?	-----Años	
1.2	¿Cuál es su estado civil actual?	1. Casado / en unión / cohabitación 2. Viuda 3. Divorciado 4. Separado 5. Soltero	
1.3	¿A qué religión perteneces?	1. cristianos 2. católicos 3. Otro (especifique)	
1.4	¿Dónde está su lugar de residencia (distrito)?	1. Jatunpamba 2. Guasan 3. Chismaute Alto 4. Chismaute Telan 5. Otro (Especifique)	

1.5	¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó?	1. Ninguno 2. Detenido en primaria 3. Primaria completa 4. Secundaria inferior y superior	
1.6	¿Cuál es su ocupación?	1. Ninguna / Ama de casa 2. Empleado informal 3. Empleado formal / asalariado 4. Otro (especifique)	
1.7	Tienes seguro médico	1. Seguro General 2. Seguro Campesino 3. Otro (especifique) 4. Ninguna	
1.8	Edad del esposo (años)	-----Años	
1.9	¿Cuál es el nivel educativo más alto de tu esposo?	1. Ninguno 2. Primaria incompleta	
<b>No</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>código</b>
		3. Primaria completa 4. Secundaria inferior y superior	
1.10	¿Cuál es la ocupación actual de su esposo?	1. Empleado informal 2. Empleado formal / sueldos 3. Empleado privado 4. Comerciante 5. Otro especifique .....	
1.11	Ingresos mensuales de su marido.		
1.12	Tamaño de la familia		
1.13	¿Qué es una distancia a pie hasta el centro de salud cercano (Horas)?	1. < 1 2. 1-2 3. > 2	
1.14	Quién toma las decisiones sobre la búsqueda de servicios de salud durante el embarazo, el parto y el período posparto?	1. Yo 2. Marido 3. Trabajador comunitario de salud. 4. Otro (especifique)	
1.15	¿A qué medios de comunicación accedes en tu casa? (más de una opción es posible)	1. Radio 2. Televisión 3. Otro especifique	



1.16	¿Algún miembro de su casa tiene un teléfono / teléfono móvil?	1. Sí 2. No	
------	---------------------------------------------------------------	-------------	--

## SECCIÓN 2. INFORMACIÓN OBSTÉTRICA

No.	Preguntas	RESPUESTAS ALTERNATIVAS	Código
2.1	¿Qué edad tenía usted en su primer embarazo?	-----Años	
2.2	¿Cuántas veces quedaste embarazada en tu vida?	1. 1 2. 2-3 3. 4 4.> 5	
2.3	Según tu orden de nacimiento, ¿a dónde pertenece este nacimiento?	1 primero 2 segundos	

No.	Preguntas	RESPUESTAS ALTERNATIVAS	Código
		3. Tercero 4. Cuarto y superior	
2.4	¿Cuáles fueron los resultados de los embarazos?	1. Hijos vivos 2. El aborto 3. Todavía nacimiento	
2.5	¿Asististe al centro de salud durante este embarazo?	1. si 2. No 3. No sabe	
2.6	Si es así, ¿cuántas veces asististe a centro de salud?	1. 1 2. 2-3 3.> 4	
2.7	¿En cuántas semanas / meses de embarazo asistió al centro de salud?	semanas / meses	
2.8	¿Qué personal revisó primero durante su primer control en el centro de salud?	1. Doctor 2. Enfermera / Partera 3. Trabajador comunitario de salud. 4. Otro (Especifique)	

2.9	¿Alguna vez has escuchado el término "preparación para el nacimiento"?	1. Si 2. No	
2.10	En caso afirmativo; ¿De quién obtuvo la información? (más de una respuesta es posible)	1. Profesional de la salud 2. Miembros de la comunidad 3. Madre / suegra y familiares 4. Medios de comunicación: TV o radio. 5. Otro (especifique) _	
2.11	En su opinión, ¿necesita una mujer preparación para el parto?	1. Si 2. No	
2.12	En su opinión, ¿cuáles son algunas de las cosas que una mujer puede hacer para prepararse para el parto? (más de una respuesta es posible)	1. Identificar el lugar de parto 2. Ahorrar dinero	
<b>No.</b>	<b>Preguntas</b>	<b>RESPUESTAS ALTERNATIVAS</b>	<b>Código</b>
		3. Prepare los artículos esenciales para una entrega limpia y un período posterior al parto 4. Identificar SBA 5. Conocer las señales de una emergencia y la necesidad de actuar de inmediato. 6. Designar a quien toma las decisiones sobre ella. 7. Organizar una manera de comunicarse con una fuente de ayuda. 8. Organización de fondos de emergencia. 9. Identificar un modo de transporte.	

		10. Otro (especifique)	
--	--	------------------------	--

**SECCIÓN 3. PRÁCTICAS SOBRE PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO Y PREPARACIÓN PARA LA COMPLICACIÓN**

	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>Código</b>
3.1	¿Identificaste el lugar de parto?	1. Si 2. No	
3.2	En caso afirmativo, ¿dónde estaba previsto el lugar de parto?	1. Hospital del gobierno 2. Centro de salud 3. Dispensario 4. Inicio 5. Otros especifican	

	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>Código</b>
3.3	¿Dónde preferiste que sea el parto desde aquí?	Hospital del gobierno	

3.4	Si es en casa, ¿por qué prefieres el parto en casa?  (Más de una respuesta es posible)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demasiado costo de los Hospitales</li> <li>2. Instalaciones demasiado lejos</li> <li>3. Servicio de mala calidad de Hospitales</li> <li>4. No hay proveedor femenino en Hospitales</li> <li>5. El marido no permitirá</li> <li>6. Necesito estar con familiares.</li> <li>7. Presencia de TAPS.</li> <li>8. El parto fue suave y corto.</li> <li>9. La entrega a domicilio anterior era normal</li> <li>10. La falta de compañía.</li> <li>11. Me dijeron que mi embarazo es normal.</li> <li>12. Falta de transporte.</li> <li>13. Otros especificar</li> </ol>	
3.5	¿Por qué prefieres en instalaciones de salud? (más de una respuesta es posible)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital estaba cerca de mí</li> <li>2. Necesita mejor servicio</li> <li>3. Anterior mejor resultado con la atención en el hospital</li> <li>4. Me dijeron que asistiera al parto en establecimientos de salud.</li> <li>5. Parto difícil</li> <li>6. Mal resultado con parto previo.</li> <li>7. El parto en hospital siempre es necesario.</li> <li>8. Otro</li> </ol>	
3.6	¿Cuál fue el modo de parto?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parto vaginal espontáneo</li> <li>2. Cesárea</li> <li>3. Entrega instrumental</li> <li>4. Otro especifique</li> </ol>	
3.7	¿Planeaste asistente calificado durante el parto?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	

	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>Código</b>
3.8	En caso afirmativo, ¿quién planeaba ayudarlo?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doctor en medicina</li> <li>2. Partera / Enfermera</li> <li>3. Otro (especifique)</li> </ol>	

3.9	¿Quién fue tu asistente de parto?	1. Profesional de la salud 2. trabajador comunitario de salud 3. Madre / Suegra / Familiares 4. Si es otro, explique	
3.10	¿Habías planeado ahorrar dinero para una emergencia obstétrica?	1. Si 2. No	
3.11	¿Habías ahorrado dinero para una emergencia obstétrica?	1. Si 2. No	
3.12	¿Habías planeado un medio de transporte al lugar de entrega durante una emergencia?	1. Si 2. No	
3.13	En caso afirmativo, ¿qué modo de transporte había planeado? (pregunte a los planeados para transporte de emergencia)	1. A pie 2. Motocicleta 3. Llevado por otras personas 4. Automóvil 5. Ambulancia 6. Otros especifican	
3.14	¿Puedes detectar signos tempranos de una emergencia?	1. Si 2. No	
3.15	¿Tuvo algún problema de salud durante el parto, el parto e	1. Si 2. No	
	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>Código</b>
	inmediatamente después del nacimiento?		

3.16	Si es así, ¿cuáles fueron los problemas? (más de una respuesta es posible)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exceso de sangrado vaginal.</li> <li>2. Trabajo de parto prolongado (&gt; 12hrs)</li> <li>3. Placenta retenida (&gt; 1hrs)</li> <li>4. Mentira fetal anormal</li> <li>5. Muerte fetal</li> <li>6. Ruptura temprana de la membrana.</li> <li>7. Pérdida de conciencia.</li> <li>8. Otro especifique</li> </ol>	
3.17	¿Fuiste referida a un hospital lejano? (pregunte a los que enfrentaron el problema)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	
3.18	Si fue referido al hospital, quien lo acompañó	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marido</li> <li>2. Madre / suegra / parientes</li> <li>3. Parteras</li> <li>4. Solas</li> <li>5. Otros especifican</li> </ol>	
3.19	Si fue referido a un centro de salud, ¿qué medio de transporte utilizó para llegar al centro de salud? (pregunta referida)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A pie</li> <li>2. La motocicleta</li> <li>3. Llevado por otras personas</li> <li>4. Coche</li> <li>5. Ambulancia</li> <li>6. Otros especifican</li> </ol>	

#### SECCIÓN 4. CONOCIMIENTO DE LAS SEÑALES OBSTÉTRICAS DE PELIGRO

No.	Preguntas	Respuestas Alternativas	Código
4.1	¿Existen signos de peligro obstétrico que puedan ocurrir durante el embarazo, el parto y el posparto?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	

No.	Preguntas	Respuestas Alternativas	Código
-----	-----------	-------------------------	--------

4.2	Si es así, ¿de dónde escuchaste estas señales de peligro? (más de una respuesta es posible)	1. Profesionales de la salud 2. Trabajador comunitario de salud 3. Radio 4. La televisión 5. Leer de los libros. 6. Otro (especifique)	
4.3	¿Existen signos de peligro que puedan ocurrir durante el embarazo?	1. Si 2. No	
4.4	¿Cuáles son estas señales de peligro? (Espere a que mencionen espontáneamente algo o no) más de una respuesta es posible)	1. Sangrado vaginal 2. Dolor de cabeza severo 3. Visión borrosa 4. Convulsiones 5. Manos / rostro hinchados. 6. Fiebre alta 7. Pérdida de conciencia. 8. Dificultad para respirar. 9. debilidad severa 10. Dolor abdominal severo 11. Movimiento fetal acelerado / reducido 12. Saltos de agua sin trabajo. 13. Otro (Especifique)	
4.5	En su opinión, ¿podrían las mujeres morir por [este problema] alguno de estos problemas?	1. Si 2. No 3. No sé	
4.6	¿Existen signos de peligro que puedan ocurrir durante el parto o el parto?	1. Si 2. No	
4.7	¿Cuáles son estas señales de peligro? (Espere a que mencionen espontáneamente algo o no) más de una respuesta es posible)	1. Hemorragia vaginal severa 2. dolor de cabeza severo 3. Convulsiones 4. fiebre alta 5. Pérdida de conciencia. 6. Trabajo duradero > 12 horas	
<b>No.</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas Alternativas</b>	<b>Código</b>

		7. Placenta no entregada 30 minutos después del parto. 8. Otro (Especifique)	
4.8	En su opinión, ¿podrían las mujeres morir por [este problema] alguno de estos problemas?	1. Si 2. No 3. No sé	
4.9	¿Existen signos de peligro que puedan ocurrir durante el posparto?	1. Si 2. No	
4.10	¿Cuáles son las señales de peligro que pueden ocurrir durante el posparto? (Espere a que mencionen espontáneamente algo o no) más de una respuesta es posible	1. Hemorragia vaginal severa 2. Dolor de cabeza severo 3. Visión borrosa. 4. Convulsiones 5. Manos / rostro hinchados 6. fiebre alta 7. Pérdida de conciencia. 8. Dificultad para respirar. 9. debilidad severa 10. Secreción vaginal maloliente. 11. Otros (especifique)	
4.11	En su opinión, ¿podrían las mujeres morir por este o algunos de estos problemas?	1. Si 2. No 3. No sé	

Gracias por su tiempo y valiosa información que nos dio. ¿Tiene alguna pregunta que pueda abordar por usted?