

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr.Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos, R.S.J. Octubre 2005 – Mayo 2006.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNAN -LEON**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL
TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE
GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. LUIS FELIPE
MONCADA DEL MUNICIPIO SAN CARLOS, RIO SAN JUAN
OCTUBRE 2005 - MAYO 2006.**

AUTORES:

BR. RODOLFO RAMON SANDOVAL RAMOS.

TUTOR: DR. JORGE ALEMAN PINEDA

Leon-Nicaragua, Mayo 2006.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr.Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos, R.S.J. Octubre 2005 – Mayo 2006.

HOSPITAL LUIS FELIPE MONCADA

SAN CARLOS RÍO SAN JUAN



DEDICATORIA

Al Creador Omnipotente, artífice de mi existencia y quien ha estado junto a mí en todo momento; aún en los momentos más difíciles.

A mi Madre Edi Maria, quien me enseñó el invaluable don de la perseverancia.

A mi Esposa Martha y a mis hijos Ulises y Cristel Marielos, por el tiempo permitido en el transcurso de mis estudios.

Rodolfo Ramón Sandoval Ramos

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo no es fruto de la suerte sino de la desinteresada ayuda de un grupo de sinceros amigos que siempre se mantienen a mi lado, incluso en las más profundas adversidades.

Agradezco primeramente a Dios, Fuente de mi Existencia y Sabiduría.

A mi Familia por brindarme siempre su apoyo incondicional.

Al Dr. Jorge Alejandro Alemán Pineda, quien me ha orientado desde el inicio de la mejor manera posible para la realización de este estudio.

Al personal auxiliar de enfermería especialmente a Lic. Dora Florián y Yajaira Guillén por su ayuda incondicional.

Al Dr. Azarias Escoto por permitirme concluir tan importante estudio.

A todas las personas que de una u otra forma estuvieron involucradas en este estudio, especialmente a las embarazadas que me brindaron su tiempo, esfuerzo y dedicación en el llenado de las encuestas.

A todos ellos, Gracias.

Rodolfo Ramón Sandoval Ramos.

OPINION DE GUIA

La práctica de la Investigación es una herramienta que permite también evaluar los Sistema de Salud y el funcionamiento de estos ante los problemas de salud de la población.

La muerte materna es un indicador que traduce lo agreste de las condiciones de vida ante lo sublime de la maternidad; el que sea mayor o menor significa también una cuota de responsabilidad de cada uno de nosotros como trabajadores de la salud.

El ejercicio que nos presenta el Dr. (Inf) Rodolfo Sandoval Ramos es una buena exposición de estos dos aspectos, la necesidad de investigar y de revisar aspectos sentidos de la población en general.

A pesar de lo adverso en las condiciones de trabajo y de investigación, nos hace un recorrido de dicha problemática mediante un estudio CAP, el cual aporta información que será de utilidad principalmente para las autoridades locales de salud.

Felicito al Dr. Sandoval y le insto a seguir manteniendo viva esta sana práctica de investigar.

DR. JORGE ALEMÁN PINEDA
TUTOR

RESUMEN

En Nicaragua, la mortalidad materna continúa siendo una de las causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva.

Por lo que consideré necesario un estudio de dicha envergadura donde se determine los conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto a Factores de riesgo asociados a Mortalidad Materna y de esta manera valorar las necesidades de nuestra población, sembrando así un granito de arena en pro del bienestar de nuestra población de mujeres en edad fértil.

Se estudiaron 200 casos de mujeres embarazadas, en base a sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre Factores de riesgo asociados a Mortalidad Materna.

De los casos estudiados se encontró que la mayoría de mujeres tiene un nivel de conocimiento BUENO sobre Conocimientos sobre Factores de Riesgo de Mortalidad Materna, sean estos Antecedentes patológicos personales, antecedente gineco obstétricos y Signos y Síntomas de peligro al estar en estado de gravidez.

En cuanto a las Actitudes de las 200 mujeres del estudio, predominó un nivel FAVORABLE, ya que el 100 % de las mujeres acertaron en las respuestas correctas.

En lo concerniente a las Prácticas identificadas en las embarazadas de nuestro estudio, predominantemente un 78.6 % ejercen prácticas ADECUADAS ante Factores de Riesgo asociadas a muerte materna.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr.Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos, R.S.J. Octubre 2005 – Mayo 2006.

En conclusión puedo afirmar que este Trabajo Investigativo ha ayudado a las mujeres encuestadas en la toma de decisiones; ante Actitudes y Prácticas a realizar frente a Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna.

INDICE	PÁGINAS
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACION	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	9
MARCO TEÓRICO	10
MATERIAL Y MÉTODO	36
RESULTADOS	45
DISCUSION Y ANALISIS	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	
1. Cuadros referidos al estudio.	
2. Guía Instrumento de Recolección de Información.	

INTRODUCCIÓN

La mujer es un componente importante en nuestra sociedad, dotada por naturaleza para generar vida a la humanidad destacando por tanto mayor relevancia cuando se encuentra en estado grávido ³³.

En poblaciones con tasa de fecundidad elevada como en nuestro país, estos riesgos se incrementan ya que la vida reproductiva se inicia a una temprana edad, por lo que se tiene un mayor número de embarazos y en algunas ocasiones embarazos no deseados. Además se debe asociar a esto la accesibilidad de algunas zonas de nuestro país en donde las muertes pasan casi siempre desapercibida para los sistemas de registro de salud.

La mortalidad materna es una gran tragedia para la salud reproductiva esencialmente para las mujeres y las familias. La organización mundial de la salud (O.M.S.), estima que cada año mueren en el mundo 500,000 mujeres debido a complicaciones del embarazo y del parto ⁴.

Al igual que en todo el mundo, la mortalidad materna en el continente americano ha mostrado una tendencia general a la disminución durante los últimos 25 años ¹.

Según reportes del Ministerio de Salud de nuestro país (MINSA) la mortalidad materna, no ha descendido significativamente registrándose tasas de 110 para 1994, 156 para 1995, 197 en 1996 y 133 para 1997 por 100 000 nacidos vivos. Los Departamentos con más altas tasas de Mortalidad Materna son Río San Juan (469), RAAS (389), Jinotega (386), RAAN (367), Chontales (305) ¹⁸.

Es obvio que el Departamento de Río San Juan en este período se encuentra dentro del grupo de departamentos con tasas elevadas de Mortalidad Materna, este departamento por sus características geográficas existe una gran dispersión

poblacional, por lo que los servicios de salud se brindan a través de un centro de salud en la cabecera municipal y una red de puestos de salud (7 puestos) en las comunidades.

La mortalidad materna es un hecho evitable en la mayoría de los casos, sus principales causas son conocidas y se cuenta desde hace mucho tiempo con los conocimientos y la tecnología para lograr su disminución.

Para lograr esto de manera objetiva es importante tomar en cuenta las mejoras de los servicios de salud brindando educación a las embarazadas y promoviendo en la población el uso de los servicios de salud en su comunidad.

Ante esta situación nos planteamos realizar un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en relación a causas de muerte materna que tienen las embarazadas del Departamento de Rio San Juan que nos permita identificar de manera específica estos aspectos y a partir de ellos contribuir a definir o plantear medida que ayuden a disminuir la tasa de mortalidad materna.

ANTECEDENTES

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores de salud que se han aceptado como expresión confiable del grado de desarrollo socioeconómico alcanzado por un país o por cualquier grupo de población en estudio.

La iniciativa en pro de la mortalidad sin riesgos es relativamente nueva. Durante decenios ha habido publicaciones sobre las defunciones maternas en los países en desarrollo, pero sólo desde la conferencia sobre mortalidad sin riesgos en Nairobi en 1987, se realizó un esfuerzo concertado a nivel mundial, para enfocar la atención en este problema y buscarle solución ¹⁸.

En los países desarrollados las principales causas de muerte son el Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus complicaciones, la hemorragia, el Tromboembolismo Pulmonar y las complicaciones anestésicas. En nuestro País, esto es un poco diferente según registro del sistema de vigilancia de mortalidad materna, el 71% corresponden a muertes maternas obstétricas directas y el 13% a las obstétricas indirectas. De las directas el 42% corresponden a la retención placentaria, el 20% a la eclampsia, el 6% a rotura y atonía uterina, el 4% a Placenta Previa, 3% para embolia de Líquido amniótico y el 2% para Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (D.P.P.N.I.). De las muertes maternas, el 32% ocurren en el embarazo, el 31% en el parto y el 37% en el puerperio ¹⁸.

En período 1983-1993, se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque (H.B.C.R.), se encontró que las principales causas de mortalidad fueron la retención placentaria, hemorragia, sepsis y síndrome hipertensivo gestacional; La mayoría (61%) tenían edades entre 20 y 35 años; respecto a escolaridad la mayoría (45%) de ellas habían cursado o aprobado la primaria, seguido por el grupo (38%) que eran analfabetas ³¹.

Otro estudio realizado en el H.B.C.R. durante Enero 1996 a Diciembre 1997 revela que los factores de riesgo obstétrico identificados en el embarazo actual son: eclampsia, aborto séptico y anemia; durante el parto encontramos la eclampsia y hemorragia; y en el puerperio hemorragia, sepsis, aborto séptico complicado y eclampsia. El riesgo de muerte materna es casi dos veces más alto en las mujeres multíparas independientemente de la edad, e igualmente en aquellas sin control prenatal o bien en las que tienen intervalo intergenésico corto alcanzando hasta seis veces más el riesgo de morir cuando están presentes estos tres factores. Por su parte, las pacientes con anemia durante el embarazo tienen dos veces mayor probabilidad de fallecer y es casi tres veces mayor cuando presentan aborto séptico y eclampsia ³².

En el SILAIS Río San Juan en el período 1994-1998, otro estudio, concluyó que las principales causas de mortalidad materna obstétrica directa fueron la hemorragia y la eclampsia, durante el puerperio el factor frecuentemente asociado fue la hemorragia debido a retención placentaria, y durante el parto el factor frecuentemente asociado fue el parto domiciliar ⁹.

Un estudio realizado en el período enero 1999 a diciembre 2002 en el HBCR encontró que los factores de riesgo asociados a mortalidad materna son la paridad, el intervalo intergenésico corto, el número de CPN y el antecedente de Cardiopatías ¹⁹.

En el área de Salud Reproductiva, se han realizado otros estudios que obedecen a determinar los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y materna, así como los conocimientos propios de la población sobre los programas que se brindan a nivel institucional para cubrir la atención prenatal.

Así un estudio realizado durante noviembre de 1992 dirigido a evaluar conocimiento del componente del control prenatal en el personal de salud en el departamento de Río San Juan, encontró que existe mal conocimiento de este componente principalmente en el personal de enfermería de los cuatro Municipios donde se realizó el estudio ¹⁰.

Un estudio llevado a cabo durante Enero 1992-Julio 1993 en el Centro de Salud Francisco Morazán se encontró como factores de riesgo más frecuentes que permiten clasificar a pacientes como Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.) los siguientes: edad, antecedentes obstétricos y escolaridad, las patologías más frecuentes fueron Infección de Vías Urinarias (I.V.U.) y Anemia ²⁰.

Se encontró un estudio realizado durante septiembre-noviembre 1997, titulado “Factores de peligro en el embarazo reconocido por mujeres atendidas en tres puestos médicos del distrito 6.2 de Managua”. Este reveló que el 100% de las mujeres en estudio reconocieron algunos de los signos y síntomas de peligro en el embarazo, el 90% de las mujeres encuestadas acudirían a uno de estos 3 puestos médicos ante la presencia de un factor de peligro en el embarazo ²⁷.

Un estudio realizado durante el I trimestre del 2000, sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna en el Centro de Salud San José Matiguás-Matagalpa, reveló que en las pacientes del estudio predominó un nivel de conocimiento bueno (92), con actitudes en su mayoría Muy Favorables (51.3%) y Favorables (37.3%) y con Prácticas sin riesgo predominantemente (74.7%) ²⁵.

Es importante señalar que no se encontró estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre causas de Muerte Materna en el departamento de Río San Juan.

JUSTIFICACIÓN

Una muerte materna es una verdadera tragedia para la salud reproductiva, esencialmente para la mujer y la familia, implica la desaparición de una mujer joven o no por causas que en la mayoría de los casos pueden prevenirse, esta muerte condena a niños pequeños a la orfandad; con frecuencia entre sus repercusiones se cuenta la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado laboral.

En nuestro país, la mortalidad materna debe ser prioridad para el sector salud y sobre todo en aquellos municipios en los que no se cuentan con medios disponibles para enfrentar una complicación durante el embarazo, parto y/o puerperio que puede llevar a la muerte.

Así, en el Departamento de Rio San Juan, se han realizado capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva dirigido a mujeres de comunidades rurales principalmente, pero las instituciones (el MINSA y Organismos No Gubernamentales) realizan estas acciones con muy poca base para elaborar planes de educación, además son dirigidos a pequeños grupos de mujeres sin hacer énfasis en las embarazadas lo que contribuye a que se dificulte la disminución de las Muertes Maternas. Estas muertes maternas se podrían evitar mediante acciones organizadas y adecuadamente planificadas de los servicios de salud.

Estas acciones deben iniciarse mediante la detección de las debilidades o necesidades en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de un segmento importante de la población en esta materia (en este caso la mujer gestante), para poder realizar intervenciones según estas necesidades y que generen el impacto deseado o esperado.

Por ello es considerado de importancia la realización de este estudio ya que identificará el nivel de conocimientos actitudes y prácticas que tienen las mujeres embarazadas en relación a factores de riesgo asociados a muertes maternas, y a la vez generará información a partir de la cual se podrán planificar y ejecutar estrategias educativas de intervención acordes a la realidad, contribuyendo así a disminuir la tasa de Mortalidad Materna.

JUSTIFICACIÓN

Una muerte materna es una verdadera tragedia para la salud reproductiva, esencialmente para la mujer y la familia, implica la desaparición de una mujer joven o no por causas que en la mayoría de los casos pueden prevenirse, esta muerte condena a niños pequeños a la orfandad; con frecuencia entre sus repercusiones se cuenta la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado laboral.

En nuestro país, la mortalidad materna debe ser prioridad para el sector salud y sobre todo en aquellos municipios en los que no se cuentan con medios disponibles para enfrentar una complicación durante el embarazo, parto y/o puerperio que puede llevar a la muerte.

Así, en el Departamento de Rio San Juan, se han realizado capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva dirigido a mujeres de comunidades rurales principalmente, pero las instituciones (el MINSA y Organismos No Gubernamentales) realizan estas acciones con muy poca base para elaborar planes de educación, además son dirigidos a pequeños grupos de mujeres sin hacer énfasis en las embarazadas lo que contribuye a que se dificulte la disminución de las Muertes Maternas. Estas muertes maternas se podrían evitar mediante acciones organizadas y adecuadamente planificadas de los servicios de salud.

Estas acciones deben iniciarse mediante la detección de las debilidades o necesidades en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de un segmento importante de la población en esta materia (en este caso la mujer gestante), para poder realizar intervenciones según estas necesidades y que generen el impacto deseado o esperado.

Por ello es considerado de importancia la realización de este estudio ya que identificará el nivel de conocimientos actitudes y prácticas que tienen las mujeres embarazadas en relación a factores de riesgo asociados a muertes maternas, y a la vez generará información a partir de la cual se podrán planificar y ejecutar estrategias educativas de intervención acordes a la realidad, contribuyendo así a disminuir la tasa de Mortalidad Materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Mortalidad Materna, es un indicador de salud importante que refleja las diferencias en cuanto a condiciones de salud y de vida entre los pueblos.

Para poder hacer intervenciones eficaces, es necesario medir cual es el comportamiento de nuestra población ante este problema y para ello debe determinarse el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas ante esta situación, por esto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen las embarazadas en relación a Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos RSJ Octubre 2005- Mayo 2006 ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen las embarazadas en relación a Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr.Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos RSJ Octubre 2005 – Mayo 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir los datos sociodemográficos de la población en estudio.
2. Determinar las fuentes de información y el nivel de Conocimientos que tiene la población en estudio en relación a factores de riesgo asociados a mortalidad materna.
3. Identificar las Actitudes que tienen la Población en estudio ante factores de riesgo asociados a mortalidad materna.
4. Identificar las Prácticas que realiza la Población en estudio frente a factores de riesgo asociados a mortalidad materna.

MARCO TEÓRICO

MARCO CONTEXTUAL

Para conocer los datos sociodemográficos de la población en estudio; iniciaré describiendo el Departamento de Rio San Juan esta ubicado en la esquina suboriental de Nicaragua. Este Departamento tiene una extensión territorial de 7292 Kms² incluyendo El Almendro el que representa el 61% del total del territorio del Departamento.

El Departamento de Rio San Juan, tiene comunicación por vía terrestre y acuática a través del lago de Nicaragua entre Granada, Morrito, San Miguel y San Carlos, con el Castillo existe comunicación por vía acuática a través del Rio San Juan, también cuenta con comunicación aérea a Managua.

El Hospital Dr. Luis Felipe Moncada está situado en el Municipio de San Carlos, Cabecera Departamental de Rio San Juan y como segundo nivel de atención es el único en el SILAIS. Tiene una cobertura directa de 17,000 habitantes del casco Urbano y rural de San Carlos y a 62,000 usuarios que están ubicados en los municipios y que son atendidos por transferencia de las unidades de salud.

Esta unidad de salud, cuenta con una estructura física con módulos que albergan los diferentes servicios incluyendo el área administrativa.

- Consejo de dirección.
- Sub dirección Médica.
- Jefatura de enfermería.
- Administración financiera.

Posee especialidades básicas:

- Cirugía.
- Neonato.
- Pediatría.
- Ginecoobstetricia.
- Medicina Interna.
- Ortopedia y Traumatología.

Además se ofertan los siguientes servicios;

- Laboratorio clínico.
- Rayos X
- Ultrasonido.
- Consulta externa.
- Servicio de emergencia las 24 horas.

MARCO CONCEPTUAL.

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.), la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de terminación del embarazo y por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo mismo o su manejo; pero no por causa accidental o incidental. Cuando el fallecimiento ocurre después de los 42 días la complicación fatal se debe haber iniciado dentro de este intervalo ¹.

Las Muertes Maternas se pueden originar en causas directas o indirectas. Las primeras resultan como consecuencia de una complicación del embarazo, parto o puerperio. Las indirectas se relacionan con enfermedades que ya presentaba la embarazada antes de comenzar su período gestacional, que se desarrollaron durante el embarazo o que se agravaron por el mismo, pero que no son causa directa del fallecimiento ⁵.

Una Muerte Materna se debe analizar desde los siguientes aspectos: causa, ya sea directa o indirecta, prevención es decir, si era evitable o no y persona responsable ya sea médico, la paciente, la familia o la comunidad ⁵.

El indicador utilizado para medir la mortalidad materna es la tasa de mortalidad materna, siendo esta la expresión de la frecuencia con que ocurre la muerte materna en un período de tiempo y espacio determinado.

$$\text{TMM} = \frac{\text{Defunciones Maternas (Directas e Indirectas)}}{\text{Nacimientos Vivos Registrados}} \times 100\,000 \text{ N.V}$$

En sentido estricto esta medida es una razón y no una tasa porque el número de nacidos vivos no coincide con el número de embarazadas expuestas al riesgo de morir por esta causa. Sin embargo se ha preferido usar este denominador porque es muy difícil obtener información fidedigna y de calidad semejante entre Países sobre el número de embarazos que terminan en aborto o nacidos muertos ⁵.

En países en desarrollo se notifican con frecuencia tasas de 100-300 muertes por 100 000 nacimientos y las tasas son más elevadas en muchas zonas rurales. En dramático contraste, la mortalidad materna en los países desarrollados oscila entre 7-15 muertes por 100 000 nacidos vivos ²⁶.

La calidad de los cuidados médicos hospitalarios así como el incremento de la consulta prenatal fueron factores importantes para la disminución de la mortalidad materna en los países industrializados.

ENFOQUE DE RIESGO:

Entre los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y a la muerte se encuentra el materno infantil. La susceptibilidad para las mujeres en edad reproductiva nace de los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo. Los que modifican profundamente el organismo materno y aumentan su vulnerabilidad⁷.

Una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal, es la aplicación del enfoque de riesgo. Este, obedece a la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada, de modo que quienes más lo necesitan, reciban una mayor atención de acuerdo a la condición de riesgo que presenten.

Este enfoque se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos/as, dicha probabilidad es mayor que para otros/as.

Para la comprensión del enfoque de Riesgo se hace necesario la definición de algunos conceptos:

Riesgo: Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.

Daño: Es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.

Factor de Riesgo: Es toda característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño. (Normas de atención prenatal)

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) los factores de riesgo son las características o atributos cuya presencia se asocia como aumento de la probabilidad de padecer un daño. Riesgo es un concepto que está indisolublemente vinculado a un daño específico. Por tanto debe de definirse claramente cual es el daño al que se hace referencia, sea esta por morbilidad, mortalidad o por cualquier otra causa ⁸.

No todas las madres corren igual riesgo de enfermarse o morir. Se sabe actualmente que numerosos factores ocupacionales, ambientales y biológicos aumentan las posibilidades de que algunas mujeres más que otras, desarrollen complicaciones serias o fatales para ellas o el feto durante su embarazo, parto y/o puerperio. El conocimiento de estos factores y la puesta en marcha de acciones que los minimicen o eliminen pueden convertirse en una herramienta de prevención de indudable importancia ³.

En relación con la atención materno infantil, la probabilidad de enfermar y/o morir de una madre o de un hijo está influenciada por múltiples factores, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados.

Entre mayor sea el número de factores determinantes, la probabilidad de sufrir daño será mayor.

Los factores de riesgo pueden ser ¹⁶:

- Causales.
- Predictivos.
- Endógenos.
- Exógenos.
- Preconcepcionales.
- Del embarazo.
- Del parto.
- Del post-parto.
- Neonatales.

Embarazo de Bajo Riesgo: Cuando existen factores (sociales, genéticos, biológicos, etcétera) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos y que pueden ser manejadas y resueltas por métodos clínicos simples.

Embarazo de Alto Riesgo: Cuando existen factores de riesgo (sociales, genéticos y fundamentalmente biológicos, etcétera) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, el parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos ¹⁶.

En Nicaragua la mortalidad materna continúa siendo una de las causas de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva ²³.

Según el sistema de vigilancia de la mortalidad materna en 1995 la tasa fue de 156 por 100000 nacidos vivos.

Del conocimiento de esta situación, el enfoque de riesgo se basa en la premisa de que la mayoría de los problemas y daños para la salud tienen su origen en un limitado número de elementos o factores que prevalecen en una proporción minoritaria de la población.

En el terreno de la salud materno infantil, un ejemplo claro de esto es la relación que existe entre las mujeres en edad fértil que presentan factores de riesgo reproductivo y la mortalidad materno infantil a que dan lugar. En efecto, se puede considerar que alrededor de una tercera parte de las mujeres en edad fértil, que son quienes tienen riesgo reproductivo elevado, da lugar a dos terceras partes de la mortalidad materna y a tres cuartas partes de la perinatal, debido a la proporción de embarazos de alto riesgo ¹⁷.

No es factible satisfacer los requerimientos de salud de poblaciones tan numerosas, frecuentemente marginales y dispersas, mediante el incremento del número de unidades médicas cuyo costo es muy elevado, sino identificando a la población que presenta los mayores riesgos para la salud y orientando hacia ella, de manera preferencial, los recursos disponibles.

La utilidad del concepto de riesgo reproductivo y la definición consiste en que tiene aplicación tanto en la vertiente clínica como en la epidemiológica ¹⁷.

La vertiente epidemiológica permite:

- ⇒ Conocer el comportamiento epidemiológico de los principales factores de riesgo reproductivo.

- ⇒ Prevenir los embarazos de alto riesgo en los grupos de mujeres en edad fértil con mayor susceptibilidad a ellos, mediante la regulación de la fecundidad con métodos anticonceptivos.
- ⇒ Brindar educación a la población sobre los factores de riesgo que se relacionan a las patologías maternas.

PRINCIPALES FACTORES QUE PROPICIAN LA MUERTE MATERNA:

Se ha identificado que las mujeres que experimentan mortalidad materna, presentan con mayor frecuencia ciertos factores de riesgo. Estos se refieren a algunas características, tanto de su historia reproductiva como de su condición biomédica, que aumenta la probabilidad de que se presente la mortalidad señalada ¹.

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.

- 1) Asociadas a factores socio-económicos.
- 2) Asociadas a factores de alto riesgo reproductivo.
- 3) Asociadas a factores de alto riesgo obstétrico.
- 4) Asociadas a factores de los servicios de salud.

1) *Factores socio-económicos:*

Son condiciones que influyen en el estado de salud de los individuos y las poblaciones y por tanto inciden en la salud reproductiva de los niños. Estas condiciones promoverán y determinarán el estilo de vida de cada uno. Estas condiciones son:

- a. Baja condición socio-económica (bajos ingresos, pobreza, desempleo, analfabetismo).
- b. Deficiente vivienda (hacinamiento).
- c. Deficiente educación.
- d. Falta de agua potable.
- e. Sin adecuado depósito de excretas.
- f. Patología Psico-social.

- g. Discriminación de la mujer.
- h. Violencia familiar.
- i. Madre sola.
- j. Madre obrera, agricultora, militar.

2) *Factores de riesgo reproductivo:*

2.1) Antecedentes Generales:

- a. Factores socio-económicos.
- b. Edades extremas de la vida reproductiva (adolescente, edad materna avanzada)
- c. Peso corporal (obesa, desnutrida).
- d. Talla baja.
- e. Circunferencia craneana pequeña.
- f. Malos antecedentes genéticos personales y familiares.
- g. Trabajo con predominio de actividad física.

2.2) Antecedentes Patológicos Personales:

- a. Diabetes.
- b. Hipertensión arterial.
- c. Tuberculosis.
- d. Neuropatías.
- e. Cardiopatías.
- f. Hepatopatías.
- g. Endocrinopatías.
- h. Trastornos Psiquiátricos.
- i. Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- j. Otras patologías ginecológicas: miomectomías, miomatosis, plastías uterinas, cirugías pélvicas o uterinas, esterilidad e infertilidad, cáncer ginecológico.
- k. Várices en miembros inferiores.
- l. Hábito de fumar.

- m. Alcoholismo.
- n. Drogadicción.

2.3) Antecedentes Patológicos Obstétricos:

- a. Primiparidad, gran multiparidad.
- b. Intervalo intergenésico corto.
- c. Prematurez.
- d. Embarazo prolongado.
- e. Incompetencia istmito-cervical.
- f. Enfermedad del trofoblasto.
- g. Embarazo ectópico.
- h. Aborto.
- i. Parto obstruido.
- j. Cesárea.
- k. Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- l. Hemorragia Obstétrica.
- m. Infección postparto-postaborto.
- n. Defectos al nacimiento.
- o. Muertes perinatales.
- p. Aplicación de fórceps.
- q. No planificación familiar.

3) *Factores de alto riesgo obstétrico:*

3.1) Existencia de factores de riesgo reproductivo en el embarazo actual.

3.2) Factores de alto riesgo obstétrico presentes en el embarazo actual:

- a. Embarazo no deseado.
- b. Deficiente control prenatal.

- c. Hábito de fumar.
- d. Alcoholismo.
- e. Drogadicción.
- f. Amenaza de Aborto.
- g. Infección de Vías Urinarias.
- h. Anemia, Mala nutrición.
- i. Poca o excesiva ganancia de peso corporal.
- j. Complicaciones médico quirúrgicas asociadas al embarazo.
- k. Virosis (rubéola), dengue, malaria, ITS.
- l. Alteración del crecimiento uterino.
- m. Incompatibilidad sanguínea feto-materna.
- n. Hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- o. Amenaza de parto prematuro.
- p. Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- q. Desproporción Cefalo-Pélvica (DCP).
- r. Ruptura Prematura de Membranas.
- s. Infección Ovular.
- t. Embarazo Múltiple.
- u. Crecimiento Intrauterino Retardado.
- v. Aborto en malas condiciones.
- w. Alteraciones de frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales.

3.3) *Factores de alto riesgo obstétrico durante el parto:*

- a. Agravamiento de enfermedades o complicaciones pre-existentes.
- b. Hemorragia intra parto: placenta previa, DPPNI.
- c. Inducción y conducción del trabajo de parto.
- d. Parto prematuro.
- e. Insuficiencia cardio-respiratoria.
- f. Situación transversa, presentación anómala (pélvica, cara, frente).
- g. Macrosomía.

- h. Distocia de contracción, distocia ósea.
 - i. Sufrimiento fetal agudo.
 - j. Líquido amniótico meconial.
 - k. Trabajo de parto prolongado.
 - l. Mala atención del parto y mala vigilancia.
 - m. Parto instrumental.
 - n. Procidencia de cordón o de partes fetales.
 - o. Múltiples tactos.
 - p. Malformaciones congénitas (monstruos dobles).
 - q. Falta de capacidad para resolver emergencias de parto.
 - r. Falta de preparación de personal.
 - s. Maniobras obstétricas.
 - t. Hemorragia del alumbramiento.
 - u. Ruptura uterina e inversión uterina.
 - v. Trabajo de parto obstruido y detenido.
- 3.4) *Factores de riesgo obstétricos durante el puerperio:*
- 3.4.1 Inmediato:
 - a. Hemorragia.
 - b. Inversión uterina.
 - c. Retención de placenta y membranas.
 - d. Infección puerperal.
 - e. Hipotonía uterina.

3.4.2 Tardío:

- a. Anemia.
- b. Fístulas.
- c. Prolapso uterino.
- d. Infertilidad.
- e. Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

3.5) *Factores de riesgo del recién nacido.*

3.5.1 Inmediatos:

- a. Depresión neonatal.
- b. Pequeño para Edad Gestacional.
- c. Prematurez.
- d. Malformaciones congénitas.
- e. Infecciones.
- f. Membrana Hialina.

3.5.2 A largo plazo:

- a. Retardo Mental.
- b. Parálisis Cerebral.
- c. Epilepsia.
- d. Dificultad del Aprendizaje.
- e. Problemas del comportamiento.

4) *Factores de servicios de salud:*

La dramática diferencia entre los países en desarrollo y los países desarrollados no sólo se debe al alto riesgo reproductivo y las complicaciones obstétricas sino a la falta de accesibilidad a los servicios y disponibilidad de tratamiento adecuado.

En los países en desarrollo, especialmente en las zonas rurales, los problemas más importantes son:

- a. Falta de accesibilidad y asequibilidad a la atención materna.
- b. Número insuficiente de personal adiestrado.
- c. Escasez de personal de salud.
- d. Suministro inadecuado de medicamentos y equipos.
- e. Escasez crónica de personal de salud.
- f. Tratamiento médico ineficaz.
- g. Ausencia de servicios de planificación familiar.
- h. Deficiente calidad en la atención.
- i. Deficiente capacidad de respuesta de los servicios de emergencia.
- j. Inadecuado sistema de referencia y contra-referencia.

Muchas veces la mortalidad Materna es el resultado final de una mala salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por décadas de desnutrición y miseria. Estos procesos pueden empezar antes del nacimiento, proseguir durante la infancia y adolescencia, y continuar más tarde en las vidas de las embarazadas, comprende una amplia gama que va desde deficiencias vitamínicas y minerales hasta problemas derivados de embarazos múltiples, embarazos en edades extremas e intervalos intergenésicos cortos ¹⁵.

Debemos estar claros de que las complicaciones obstétricas se presentan aún en las mujeres atendidas en las mejores condiciones, pero generalmente pueden ser controladas o tratadas reduciendo al mínimo las secuelas graves; ya que la mayor parte de las muertes maternas son evitables si contamos con los recursos suficientes para esta atención ¹⁵.

A continuación se presenta un análisis de las principales causas y factores de riesgo relacionada con la mortalidad materna:

1. HEMORRAGIAS:

Las hemorragias son la causa más frecuente de muertes maternas. Las principales condiciones clínicas asociadas con la hemorragia que causa la muerte de la madre son la Rotura de un embarazo ectópico, DPPNI, Coagulación Intravascular Diseminada (CID), Placenta Previa, Aborto, Retención Placentaria ²⁹.

2. ABORTO:

El aborto es en nuestro país una de las principales causas de muerte materna. Esta se define como la interrupción espontánea o inducida antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso inferior a 500 gramos.

La mortalidad notificada por aborto realizado legalmente es una de las más bajas, de uno o dos por 100 000 abortos legales, sin embargo el aborto ilegal es causa importante de mortalidad materna en nuestros pueblos. Aunque no se dispone de métodos para estimar el número de abortos ilegales, una estimación confiable de la mortalidad por aborto ilegal es de mil muertes por cada 100 000 procedimientos, es decir uno por cada 100 abortos ilegales ¹.

Entre los factores que determinan la morbilidad y mortalidad por aborto figuran ¹⁵:

- Situación legal del aborto.
- Capacidad del personal de salud.
- Acceso y calidad de los servicios médicos.
- Métodos de aborto.
- Duración del embarazo.

3. SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL:

En nuestro país la enfermedad hipertensiva gestacional constituye otra causa importante de muerte materna representando el 20% de las muertes maternas directas.

Las complicaciones de la hipertensión inducidas por el embarazo en otros países son la causa del 12% de las muertes maternas que ocurren antes de la finalización del embarazo.

La preeclampsia está asociada con el 35% de estas muertes, el 58% con la eclampsia y el 7% corresponden a otro estado hipertensivo. Las complicaciones cerebrovasculares están presentes en el 65% de los casos son responsables del 20% de la mortalidad materna en la eclampsia ¹².

Los factores que más frecuentemente se asocian a la hipertensión inducida por el embarazo son:

- a. La nuliparidad aproximadamente el 75% de los casos y si la edad es de 35 años o más el riesgo de presentar la enfermedad es más alto.
- b. Antecedentes Familiares.
- c. Embarazo múltiple es cinco veces mayor que la observada en la población en general.
- d. La existencia de Diabetes Mellitus, polihidramnios y Mola hidatidiforme la aparición de preeclampsia, eclampsia es más frecuente sobre todo en las molas de gran tamaño y cuando las manifestaciones clínicas aparecen antes de lo habitual.
- e. Hipertensión crónica, la incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado.
- f. Factores ambientales: el riesgo es mayor en las madres que viven a más de tres mil metros sobre el nivel del mar.

g. Desnutrición y Obesidad.

4. INFECCIONES:

Dentro de este grupo encontramos a las complicaciones del puerperio las cuales constituyen un conjunto de causas de mortalidad materna cuya interpretación se remite habitualmente a la cobertura y a la calidad de los servicios de atención del parto y de vigilancia del período puerperal. Uno de los factores que contribuye al mantenimiento de la elevada tasa de mortalidad materna por complicaciones del puerperio es el exceso de intervención médica durante el parto y en particular la práctica indiscriminada de las cesáreas, al punto que hoy se puede hablar sin riesgo de error de una mortalidad materna por cesárea. El abuso de la cesárea se transforma en un problema adicional ya que existen evidencias de que el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en la cesárea, en relación al parto vaginal ².

Otros factores relacionados con la mortalidad materna son los factores de riesgo reproductivo entre ellos, la edad de la madre. Si la edad materna es inferior a 20 años, el riesgo relativo es dos veces mayor. Cuando la edad materna es superior a 40 años el riesgo relativo de muerte es diez veces más alto ¹².

ACCIONES PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA.

La prevención de la mortalidad materna puede lograrse con mayor eficiencia en los países en vías de desarrollo, utilizando el enfoque de riesgo en sus dos vertientes más importantes que son ¹:

- Identificar a las mujeres con factores de riesgo reproductivo y obstétrico.
- Prevenir el embarazo de alto riesgo.
- Identificar a las mujeres con embarazos de alto riesgo.
- Brindar atención en frecuencia y calidad acorde con el riesgo.
- Asegurar el acceso al tratamiento de las emergencias.
- Mejorar la calidad del tratamiento de emergencia.
- Mejorar los servicios periféricos.
- Organizar a la comunidad para detectar síntomas de peligro y garantizar transporte.
- Capacitar parteras empíricas.
- Establecer casas maternas.
- Mejorar servicio de control pre-natal.
- Optimizar servicios de Planificación Familiar.
- Disminuir el embarazo no deseado.
- Mejorar la atención del aborto y sus complicaciones.

MORTALIDAD MATERNA Y LOS ESTUDIOS SOBRE CAP:

El establecimiento de una política nacional para la educación sobre las medidas para disminuir la tasa de Mortalidad Materna., pero particularmente para el montaje de una campaña de información por todos los medios posibles, tiene que iniciar necesariamente con la realización de estudios orientados a medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en grupos poblacionales significativos en el tema como lo son las mujeres embarazadas, para poder enfocar de manera científica estas campañas educativas y así obtener resultados eficaces que modifiquen al individuo hacia un comportamiento que sea de autocuidado. Sólo así, se podrá mejorar este indicador, al tener una población más informada que sea capaz de tomar actitudes y realizar prácticas adecuadas y acordes a la realidad ²¹.

La realización de las encuestas tipo CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) han probado ser una herramienta eficaz y de bajo costo para medir los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, referente a distintos tipos de problemas, particularmente el SIDA y ETS, su estructura y bajo costo las hace fácilmente aplicables a otros problemas tales como la Mortalidad Materna.

Según el manual de encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS de la OPS/OMS, estas encuestas se encargan de investigar el proceso por el cual los conocimientos y habilidades se transforman en comportamientos de autocuidado constantes a lo largo del tiempo. El propósito principal de encontrar estas explicaciones, es el de proponer intervenciones educativas que sean eficaces para producir cambios en el comportamiento de los individuos ²¹.

En este estudio, en primera instancia, se realiza diseño y creación de una herramienta que permita medir cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas de una población particular, en este caso enmarcada en las embarazadas que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos, Río San Juan, pero que puede servir de punto de partida, para investigaciones posteriores y más grandes que sean capaces de medir poblaciones mucho mayores y más diversas ²¹.

Los estudios CAP, son una de las mejores alternativas para medir al menos, cual es el estado del comportamiento de nuestra población ante este problema, y a partir de ello poder dar inicio a un proyecto que contribuya a educar a la población sobre este problema en la medida de las posibilidades de nuestro sistema de salud ²¹.

El someter a estudio a las embarazadas ante causas de Mortalidad Materna, nos permite crear un marco de referencia para medir los Conocimientos,

Actitudes y Prácticas en un grupo importante de la población, de lo cual se podría hipotetizar que por su condición están más informadas con respecto a ciertos aspectos sobre este problema que el resto de la población en general; aunque no se busca a dar respuesta a esta hipótesis a través de este estudio por estar fuera del enfoque de su diseño, si se plantea para la realización de estudios posteriores que le puedan dar respuesta al estudiar estos aspectos en poblaciones mucho mayores ²¹.

Se debe mencionar también el hecho de que al estudiar las tres variables (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) se busca, como caracterizar la relación entre ellas. El hecho de investigar la interrelación entre estas variables, se basa en que las tres se encuentran estrechamente relacionadas.

Finalmente, es preciso hacer énfasis en el beneficio que implica para un país como el nuestro, la realización de estudios de esta naturaleza sobre problemas o situaciones de distintos tipos que afectan a grandes grupos de población. Lo que probablemente es más importante, son aquellos aspectos que están bajo el control total del individuo, en este caso la capacidad de acudir de forma temprana a la unidad de salud, esto sólo puede lograrse a través de la obtención de conocimientos adecuados que originen actitudes favorables y prácticas ajustadas a la realidad a cerca de factores de riesgo de mortalidad materna ²¹.

BREVE RESEÑA ACERCA DE LAS ENCUESTAS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS (CACP).

Una encuesta es un método de recolección de información, en donde se hace contacto directo con los sujetos bajo estudio, la información se recoge de manera sistemática y organizada a través de entrevistas con cuestionarios, en una fracción de la población. La información derivada de estos estudios, puede ser utilizada por personas que están interesadas y en posición de ayudar a los

miembros de una comunidad a aumentar y modificar sus conocimientos, a adquirir actitudes positivas y a desempeñar prácticas adecuadas con relación a un objeto y/o situación determinada. Las encuestas CACP contienen variables que pueden ser agrupadas en ocho grandes grupos ²¹:

01. Medios de comunicación.
02. Estructuras comunitarias.
03. Estructuras individuales.
04. Creencias.
05. Actitudes.
06. Conocimientos.
07. Prácticas.
08. Contexto sociodemográfico.

La interrelación entre creencias, actitudes y conocimientos determinarán las prácticas, lo cual no ocurre necesariamente en forma secuencial, puesto que las prácticas pueden anteceder a las actitudes o a los conocimientos. La presencia de actitudes, creencias o conocimientos favorables tampoco produce necesariamente que se presenten comportamientos de autocuidado. Este proceso estará determinado por el contexto sociodemográfico, los medios de comunicación, la estructura comunitaria y la estructura individual. Se pretende que una encuesta en particular contenga todas las variables que son útiles para los objetivos de ella de acuerdo al modelo teórico que se ha seleccionado en el contexto sociodemográfico en el que se aplicará ²¹.

En el estudio se incluye 5 de las variables antes mencionadas:

- ♣ Contexto Sociodemográfico.
- ♣ Medios de comunicación.
- ♣ Conocimientos.
- ♣ Actitudes.
- ♣ Prácticas.

Contexto Sociodemográfico: Este es un elemento indispensable a tomar en cuenta ya que es uno de los factores que modifica el que los conocimientos y destrezas se transformen en comportamiento de autocuidado.

La encuesta plantea una serie de preguntas enfocadas a investigar, cuales son las ideas que los sujetos de diferentes poblaciones o grupos tienen en cuanto al proceso salud-enfermedad. Es indudable que la cultura y el medio social juegan un papel muy importante en el establecimiento de medidas tendientes al bienestar y la salud de la comunidad. Lo que para un sector constituye una enfermedad puede no serlo para otro, dadas las características culturales de cada una de ellas. Dentro de este área se consideran distintos indicadores ²¹.

El método comúnmente utilizado para medir variables sociodemográficas es a través de frecuencias y porcentajes. Así estudios realizados en San Rafael del Norte-Jinotega, San Dionisio-Matagalpa y en el Hospital Escuela de Tegucigalpa Honduras, en Julio-Septiembre 2002, Mayo-Junio 2000 y Octubre 2000 respectivamente, evalúan estas variables de la manera antes mencionado ^{6, 11, 28}.

Medios de comunicación: El modelo de comunicación considera dos aspectos: los que originan el proceso de comunicación y los que constituyen sus resultados.

Al considerar los aspectos de comunicación es importante tomar en cuenta las características de los elementos que originan el proceso de comunicación y que se enumeran a continuación:

- a) Fuente: La eficacia de las fuentes se incrementa cuanto más creíble, atractiva y fuerte sea. Las fuentes pueden ser muy diversas: gubernamentales, no gubernamentales, académicas, comunitarias, etcétera.

- b) Mensaje: Constituye el mecanismo (verbal, no verbal, o visual) que se utiliza para transmitir la comunicación. Los mensajes incluyen tanto el contenido como la manera en que se expresan. La capacidad de convencimiento de un mensaje se incrementa si el mensaje es claro, usa metáforas, extrae conclusiones explícitas, maneja los argumentos en contra y tiene argumentos propios fuertes.
- c) Canal: Es el sistema que se utiliza para transmitir el mensaje: televisión, radio, material impreso, mecanismos interpersonales. La selección del canal depende principalmente del tamaño de la audiencia y del número de veces que cada individuo debe recibir el mensaje.
- d) Receptor: Constituye la audiencia a la que va dirigido el mensaje y que está formada por individuos que comparten varias características (edad, sexo, preferencia sexual, actitudes o comportamientos). Un mensaje dirigido a un receptor puede no ser útil para otro tipo de receptor.
- e) Objetivo: Se refiere a elementos que se desea modificar ya sea actitudes, conocimientos o comportamientos.

Los resultados se refieren al proceso que ocurre entre el sujeto que se expone al mensaje y que actúa de acuerdo a ello ²¹.

El método comúnmente utilizado para evaluar esta variable es por medio de frecuencias y porcentajes, así estudios realizados de julio a Septiembre 2002 en San Rafael del Norte-Jinotega y marzo-agosto de 1991 en Managua, evaluaron dicha variable mediante preguntas cerradas y expresan resultados según frecuencias y porcentajes ^{6, 22}.

Conocimientos: Implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también como comprensión y análisis.

El conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga conciente las razones para adaptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas ²¹.

El método para evaluar conocimientos exige que las preguntas que se incluirán en la versión final del cuestionario sean previamente analizadas en una muestra de individuos representativa de la colectividad de personas que será investigada posteriormente. Es habitual que la selección de las preguntas se base en la determinación del índice de dificultad, el que consiste en seleccionar las preguntas que son contestadas de manera correcta en un porcentaje que oscila entre el 20 y el 80% de los sujetos de una muestra ²¹.

Por regla general, al evaluar los conocimientos de una muestra de sujetos, en el cuestionario, se incluirá una cantidad suficiente de preguntas difíciles y otra cantidad de preguntas fáciles para garantizar la distribución normal de los puntajes. Se evita así que al llenar un cuestionario sobre conocimientos, existan individuos que no puedan responder correctamente ninguna pregunta. También debe evitarse la posibilidad contraria, ya que en ninguno de estos dos casos podría determinarse diferentes niveles de conocimiento ²¹.

Cuando no se dispone de los recursos económicos necesarios para realizar amplios estudios estadísticos que permitan establecer la calidad psicométrica de las preguntas incluidas en un cuestionario, es aceptado recurrir a la opinión de jueces o expertos, cuyo parecer es considerado criterio suficiente para determinar la validez y la utilidad de una pregunta²¹.

Actitudes: La investigación de las actitudes ha sido uno de los más importantes campos de estudio de la psicología social. Existe una variedad enorme de definiciones las cuales, pueden ser agrupadas en pocas categorías:

- a) Las definiciones que acentúan el aspecto afectivo de una actitud según este punto de vista, una actitud es un conjunto de sentimientos positivos o negativos hacia un objeto.
- b) Las definiciones que sostienen que una actitud constituye una predisposición o tendencia a actuar de una manera determinada.
- c) Las definiciones que toman en cuenta que una actitud tiene tres diferentes tipos de componentes: el afectivo, el cognoscitivo y el conductual ²¹.

Son estas definiciones las que gozan de mayor aceptación en la actualidad. Tradicionalmente, las actitudes han sido estudiadas en relación con un objeto. Rokeach, sin embargo, ha insistido en que las actitudes pueden también referirse a situaciones. Este autor propone que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes son adquiridas y no heredadas, por tanto su desarrollo implica socialización y hábitos.

Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas.

Existen muchos y muy diferentes métodos y procedimientos para medir actitudes, todos ellos de distintos grados de complejidad. Cada método es especialmente adecuado para la obtención de tipos específicos de datos y sus ventajas y desventajas varían según los propósitos de una investigación; estos se clasifican de la siguiente manera:

a) Métodos de autodescripción:

- *Entrevista y encuesta
- *Cuestionario
- *Escalas

b) Métodos de descripción por otros:

*Observación

*Cuestionario

*Entrevista

*Informe

c) Métodos sociométricos

*Evaluación de pares

*Técnicas de elección social

d) Protocolos

*Archivos

*Expedientes

Para la medición de actitudes, los cuestionarios y las escalas son adecuados cuando las personas investigadas:

- a Son capaces de comprender las preguntas que se les hacen,
- b Tienen suficiente conciencia de sí mismos y del tema como para comunicar la información necesaria, y
- c Responden con honestidad a las preguntas, sin distorsionar deliberadamente sus respuestas ²¹.

Prácticas: El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que acontece al individuo y de lo que él participa, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común. El proceso de educación en todo momento, si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuada o no y está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto.

La frecuencia y magnitud que un evento tiene en una población puede ser medido a través de diferentes indicadores. El indicador más crudo para medir prácticas es el número total de eventos por unidad de tiempo ²¹.

Métodos Usados Para Medir Conocimientos, Actitudes y Prácticas:

En estudios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas realizados en Nicaragua, se hace uso con mayor frecuencia de dos métodos para evaluar estas variables, estos son:

*Índices sumatorios (puntuaciones o calificaciones sumadas): Utilizadas para medir las tres variables. Este método consiste en realizar preguntas básicas respecto al tema, asignándole un valor distinto de Cero si la respuesta fue correcta y valor de Cero si la respuesta fue incorrecta, posteriormente se realiza suma de puntajes y se categoriza.

*Escalas: Frecuentemente utilizadas para medir actitudes. Estas constan de una serie de proposiciones positivas o negativas que expresan un punto de vista acerca del tema, teniendo puntuaciones que estarán en dependencia de la respuesta que da el encuestado, finalmente resulta un puntaje total y basado en este se categoriza.

Finalmente, la realización de estudios sobre CAP contribuyen a un mejor entendimiento del comportamiento de las personas ante ciertos problemas que presentan un peligro importante para la salud de un segmento significativo de la población, tal es el caso de la Mortalidad Materna en las embarazadas del Departamento de Río San Juan.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal.

UNIVERSO:

Estuvo constituido por todas las mujeres embarazadas que asistieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada Municipio de San Carlos, Río San Juan, durante el periodo de Octubre 2005 a Mayo del 2006.

MUESTREO:

Se realizó un muestreo a las embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada Municipio de San Carlos, Río San Juan. Octubre 2005 – Mayo 2006.

MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 200 (Doscientas) pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Embarazadas que desearon participar del estudio.
- ❖ Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada del Municipio de San Carlos Río San Juan, Octubre 2005-Mayo 2006

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Embarazadas que no deseaban participar del estudio.
- ❖ Pacientes que acudieron al servicio de Ginecoobstetricia pero que no estaban embarazadas.

- ❖ Embarazadas que no acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del HLFM.

VARIABLES:

- ❖ Edad
- ❖ Escolaridad
- ❖ Ocupación
- ❖ Religión
- ❖ Estado civil.
- ❖ Procedencia
- ❖ N° de embarazo
- ❖ Semanas de gestación
- ❖ N° de C.P.N.
- ❖ Conocimiento sobre Factores de Riesgo asociados a Muerte Materna.
 - Antecedentes patológicos personales de riesgo asociados a Muerte Materna.
 - Antecedentes obstétricos y patológicos de riesgo asociados a Muerte Materna.
 - Signos y síntomas de peligro asociados a Muerte materna.
- ❖ Actitudes ante Factores de Riesgo asociados a Muerte Materna.
- ❖ Prácticas ante Factores de Riesgo asociados a Muerte Materna.
- ❖ Fuentes de información

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio.	Lo referido por el paciente.	
Escolaridad	Concerniente al tipo o grado de instrucción que ha cursado un individuo	Lo referido por la paciente.	Analfabeto Primaria Secundaria Universidad
Ocupación	Actividad productiva que genera o no ingresos a los que la realizan.	Lo referido por la paciente	Ama de casa Estudiante Comerciante Maestra Otro
Religión	Virtud que promueve a dar culto a Dios, fe, creencia.	Lo referido por la paciente	Católica Evangélica Otro Ninguna
Estado Civil	Situación conyugal que tiene la paciente.	Lo referido por la paciente.	Soltera Casada Unión Libre {Hecho Estable}

Variable	Definición	Indicador	Escala
Semanas de gestación.	Es el tiempo transcurrido desde la concepción hasta el momento de la valoración por el personal de salud.	Semanas de gestación.	Primer trimestre Segundo trimestre.
Procedencia	Área geográfica poblacional donde vive el paciente.	Lo referido por la paciente.	San Carlos La Esperanza Sábalos Los Chiles El Castillo Etc.
Nº de Embarazos	Cantidad de Gestaciones que tiene la paciente hasta el momento del estudio.	Lo referido por la paciente.	Ninguno 1-3 >3
Nº de C.P.N.	Número de Controles Prenatales durante el embarazo actual.	Lo referido por la paciente.	Ninguno 1-3 >3
Conocimientos sobre Factores de Riesgo Asociados a muerte materna.	Información que tiene la paciente sobre factores de riesgo asociados a Muerte Materna. Enfocados a antecedentes patológicos personales, antecedentes gineco obstétricos, y signos y síntomas de peligro.	39 preguntas de 1 punto c/u.	0-13 ptos: Malos 14-27 ptos: Regulares 28-39 ptos: Buenos

Variable	Definición	Indicador	Escala
Conocimientos sobre Antecedentes patológicos personales de riesgo asociados a muerte materna.	Información que tiene la paciente sobre factores de riesgo asociados a Muerte Materna.	12 preguntas con valor de 1 punto cada una	0-3 Malo 4-08 Regular 09-12 Bueno
Conocimientos sobre Antecedentes obstétricos de riesgo asociados a Muerte Materna.	Historia de las enfermedades que puedan influir en el estado de salud de las embarazadas.	11 preguntas con valor de 1 punto cada una.	0-3 Malo 4-7 Regular 8-11 Bueno
Conocimientos sobre los signos de peligro.	Información que sabe la embarazada sobre señales que indican que el embarazo no progresa normalmente.	16 preguntas de 1 punto c/u. Lo referido por la paciente.	0-5 Malo 6-10 Regular 11-16 Bueno
Actitudes entorno al cuidado del embarazo	Forma de pensar de las embarazadas respecto a factores de riesgo asociados a Muerte Materna. Enfocados a antecedentes gineco obstetricos, antecedentes patológicos personales y signos y síntomas que predispone a reaccionar de una manera determinada.	05 preguntas de 5 punto cada respuesta correcta.	5-12 ptos: Desfavorables 13-19 ptos: Indiferentes 20-25 ptos: Favorables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Prácticas de atención al embarazo.	Conductas tomadas por las pacientes ante factores de riesgo asociados a Muerte Materna como respuesta establecida ante una situación.	05 preguntas de 1 punto c/u.	0-2 ptos: Inadecuadas 3-5 ptos: Adecuadas
Fuentes de información	Son los medios a través de los cuales la embarazada ha obtenido algún conocimiento sobre Mortalidad Materna.	Lo referido por el paciente	Personal de salud Brigadista Partera Familiares o Amigos La Radio La televisión Escuela o Colegio Otros

Para sistematizar la información obtenida sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas se utilizaron índices sumatorios, asignando valor de un punto a las respuestas correctas. Una vez cuantificadas las respuestas se establecieron las escalas referidas.

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario. Para la elaboración del cuestionario se consultaron instrumentos CACP, dicho cuestionario consta de preguntas donde se exploraron las características sociodemográficas, fuentes de información, conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres embarazadas en relación a muertes maternas.

El cuestionario se aplicó a través de encuestas-entrevistas dirigidas a mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, municipio de San Carlos, Rio San Juan.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Luego se codificó la encuesta-entrevista, se creó una base de datos en el programa SPSS 1.2, posteriormente los resultados se pasaron a tablas que se elaboraron en el programa Excel.

Para evaluar las variables de Conocimientos, Actitudes y Prácticas se utilizó la metodología de Puntuaciones o Calificaciones sumadas que consiste en asignar un puntaje a las preguntas de un cuestionario cuyas respuestas son correctas, posteriormente se realizó sumatoria de los puntajes por variables y se agruparon en categorías según calificaciones obtenidas.

Para determinar el nivel de conocimiento:

Se utilizaron 3 preguntas con respuesta cerrada, en ellas se evaluaron un total de 39 reactivos, las opciones de respuesta fueron Si, No, y No Sé.

Estas preguntas abordaron los aspectos de: Antecedentes Patológicos Personales, Antecedentes Ginecoobstétricos y Signos y Síntomas. Las que se calificaron en conjunto, asignándosele valor distinto de cero a las respuestas correctas para obtener así un puntaje total. La validez y confiabilidad del instrumento en este acápite se aseguró mediante la metodología de someterla a la opinión de un experto.

A partir de esta matriz, se establecieron criterios (según puntajes sumados obtenidos) de la siguiente manera: este acápite en la encuesta cuenta con un total de 39 reactivos, a las cuales se les dio el valor de 1 punto a cada una

respondida correctamente y 0 punto a las respondidas incorrectamente, acumulando un total de 39 puntos, clasificándose como: 0-13 Malo, 14-26 Regular y 27-39 Bueno.

Para valorar actitudes:

Para seleccionar las preguntas incluidas en la versión final del instrumento, se utilizó la misma metodología utilizada para la selección de las preguntas sobre conocimientos.

Posteriormente se establecieron criterios (según calificaciones sumadas obtenidas) de la siguiente forma: el acápite actitudes en la encuesta tiene 5 preguntas en total, las que se evalúan mediante una escala de Likert, se dan puntajes según el reactivo a evaluar y la respuesta según el continuo del acuerdo/desacuerdo en la escala, obteniendo un puntaje total de 25 puntos como máximo y 5 puntos como mínimo, clasificándose como: 5-12 desfavorable, 13-19 indiferente y 20-25 favorable.

Para evaluar prácticas:

Para seleccionar las preguntas incluidas en la versión final del instrumento, se utilizó la misma metodología utilizada para la selección de las preguntas sobre conocimientos.

Luego se establecieron criterios (según puntajes sumados obtenidos) de la manera siguiente: el acápite prácticas en la encuesta tiene un total de 5 preguntas, las cuales se les dio un valor de 1 punto a las contestadas correctamente y 0 punto a las contestadas incorrectamente para obtener los mismos 5 puntos de acumulado y se clasificó como: 0-2 inadecuado y 3-5 adecuado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS TOMADAS EN LA INVESTIGACION:

El propósito de la investigación fue medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres embarazadas en relación a causas de muerte materna con el fin de impulsar estrategias de información, educación y comunicación en ellas para tratar de disminuir la tasa de Mortalidad Materna.

Se les explicó a las personas encuestada el objetivo de la investigación y la posterior utilización de la misma.

El cuestionario se respondió de forma anónima, brindándole a la paciente entrevistada la privacidad que merece, y las respuestas del mismo se obtuvieron de forma voluntaria.

La información que se recolectó se manejó de forma confidencial y al finalizar la encuesta-entrevista se agradeció a la paciente la información brindada.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal en 200 mujeres que acudieron al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, Río San Juan, durante el periodo de Octubre 2005 a Mayo del 2006.

En cuanto a edad de los pacientes en estudio, el grupo etéreo predominante fue el de 19 a 35 años con 148 mujeres embarazadas para un 74.0%; seguido por los grupos de 14 a 18 años con 43 mujeres embarazada para un 21.5%, y por último el grupo de mujeres embarazadas mayores de 35 años en número de 9 para un 4.5 %.

Respecto a la Escolaridad, el 60.0 %, o sea 120 mujeres, han cursado algún grado de primaria; el 24.5% en número de mujeres 49, son analfabetas y el 14.5 o sea 29 mujeres, han cursado un nivel de secundaria. y el 1% corresponde a 2 mujeres embarazadas con estudios universitarios.

En relación a la Ocupación de los pacientes en estudio predominaron las amas de casa en el 90% o sea 181 mujeres; seguidas de las cocineras y profesoras en un 3.0%, correspondientemente a 6 mujeres en cada caso; y en igual número y porcentaje les siguen Auxiliar de Enfermería, Estudiante y Comerciante, con un 1.0% en número de mujeres 2 respectivamente, y en última instancia se encuentra con un porcentaje de 0.5% 1 mujer embarazada con el oficio de Cajera.

Respecto a la religión que practican los pacientes en estudio, el 67.5% o sea 135 mujeres embarazadas son Católicas; un 30.5% o sea 61 mujeres embarazadas son Evangélicas y un 2.0% en número de mujeres 4, no practican religión alguna.

Según la procedencia de las pacientes en estudio, predominan las originarias de San Carlos con un 36.0% en número de 72 mujeres; Las Azucenas con el 15 % en numero de mujeres 30; Sábalo con un 14% en número de 28 mujeres; Los Chiles con un 11 % en numero de 22 mujeres embarazadas; San Miguel con el 9.5% o sea 19 mujeres; La Esperanza, 7.0%, 14 mujeres; El Castillo con un 4.0% en número de mujeres 8; Luego Solemtiname con un 3.0% en número de mujeres 6 y por último San Juan del Norte con 1 mujer embarazada para un 0.5%.

En cuanto al estado Civil el 57.5% son de unión libre o de hecho estable con un número de mujeres de 115; seguidas de las solteras con un 23.0% en número de mujeres 46 y por último las casadas en número de 39 para un porcentaje de 19.5.

Según el nivel de conocimientos sobre los Factores de Riesgo de Mortalidad Materna que tienen las pacientes en estudio, predominó el nivel de conocimiento BUENO, en el 100% o sea las 200 mujeres embarazadas que fueron encuestadas. Este nivel fue desglosado de la siguiente forma: 1) Antecedentes patológicos personales, Antecedentes Gineco Obstétricos y Signos y Síntomas de Peligro; a lo cual el total de encuestadas coincidieron en obtener según la sumatoria un nivel BUENO de conocimiento sobre Factores de Riesgo de Mortalidad Materna.

Con respecto a conocimiento antecedentes patológicos personales con mayor relevancia se presento el BUENO con un 100 % , o sea el total de 200 mujeres embarazadas encuestadas.

Según categoría de antecedentes, gineco obstétricos el nivel de conocimiento predomino el REGULAR con un 66 %, en número de mujeres 132; seguido de el BUENO con un 32.5% o sea 65 mujeres y el MALO con un 1.5% o sea 3 mujeres embarazadas del estudio.

Según categoría de signos y síntomas encontramos el 100% es BUENO.

Según las actitudes de las embarazadas ante factores de riesgo asociados a mortalidad materna predominaron las embarazadas con actitudes FAVORABLES en un 100%.

Según las prácticas identificadas el 78.6% o sea 157 embarazadas ejercen prácticas ADECUADAS ante Factores de Riesgo asociados a Muerte Materna, seguido por prácticas INADECUADAS en un 21.4% para un número de mujeres de 43.

Las fuentes de información con las cuales cuentan las mujeres embarazadas para conocer Factores de Riesgo asociados a la Mortalidad Materna y otros Temas de Salud, es predominantemente el PERSONAL DE SALUD, con 103 mujeres para un 51.5%; seguido del Medio Social: RADIO, 63 mujeres equivalentes a un 31.5%; luego BRIGADISTAS, 20 mujeres para un 10%, ESCUELA 6 mujeres para un 3%; PARTERAS 5 mujeres para un 2%; FAMILIAR Y AMIGOS, 2 mujeres para un 1 % y la fuente TELEVISION, 1 mujer para 0.5%.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se estudiaron 200 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de Carlos, Rio San Juan, durante el periodo de Octubre 2005 a Mayo 2006; encontrando un predominio en el grupo de edad de 19 a 35 años, esto se debe a que la mayoría de los embarazos se dan en este grupo de edad y que por ende son quienes mayormente acuden a esta Unidad de Salud.

En cuanto a la escolaridad se encontró el grupo de personas que han cursado algún nivel de primaria, siendo esta la característica principal de la mayoría de las pacientes que participaron en el estudio.

Según la ocupación el grupo que predominó fue el grupo de amas de casa, siendo esto una característica de la población de la zona en donde las fuentes de trabajo son escasas asociado también al bajo nivel escolar.

Respecto al estado civil se encontró que predomina el grupo de embarazadas que son de unión o libre o de hecho estable, siendo esta una característica de la población.

Según la procedencia de las embarazadas estudiadas, se encontró que predominan las que proceden de San Carlos y sus municipios, como son: México, Cruz Verde, Nueva Jerusalén, La Culebra, El Danubio, Laurel Galán y otros; su gran mayoría provenientes de áreas rurales.

Respecto a la religión de las embarazadas en estudio, encontramos que la mayoría practican la religión católica esto se asocia a que la mayor parte de la población de nuestro país practica esta religión.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo asociados a Mortalidad Materna se encontró que predomina el grupo de pacientes que tienen un nivel de conocimientos bueno, esto coincide con otros estudios realizados en nuestro país, y puede asociarse a la escolaridad de las embarazadas en estudio y al interés que tienen estas por su salud.

Según el nivel de conocimientos sobre antecedentes patológicos personales se encontró que predomina el grupo de embarazadas que tienen un nivel de conocimientos BUENOS, esto puede asociarse a la Buena Consejería en materia de salud o en aspectos básicos del embarazo en las unidades de salud y en los medios de comunicación como la Radio.

Según el nivel de conocimientos sobre antecedentes gineco obstétricos predomina el grupo de embarazadas que tienen un nivel de conocimientos REGULAR, esto puede asociarse al tipo de Consejería que se brinda en las unidades de salud y a la falta de orientación en materias de salud en las áreas rurales.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de factores de riesgo asociados a mortalidad materna se encontró un nivel de conocimientos BUENO, esto coincide con estudios realizados en nuestro país y puede deberse al interés que tiene el grupo en estudio por su salud.

Al evaluar las actitudes de las embarazadas ante factores de riesgo asociados a mortalidad materna se encontró que estas ejercen actitudes FAVORABLES, esto puede deberse a aspectos socio-culturales de la población de la zona y al interés por su salud.

Según las prácticas de las embarazadas ante factores de riesgo asociados a mortalidad materna se encontró que la mayoría de las embarazadas ejercen prácticas ADECUADAS, esto es similar con estudios realizados en nuestro país y puede deberse a que el trabajo de terreno y la Consejería brindada en la unidad de salud son atractivas y por ende efectivas.

Las fuentes de información con las cuales cuentan las mujeres embarazadas para conocer Factores de Riesgo asociados a la Mortalidad Materna y otros Temas de Salud, es predominantemente el PERSONAL DE SALUD, seguido del Medio Social: RADIO, que es por medio del cual se comunican la mayoría de las comunidades de San Carlos y sus municipios aledaños.

CONCLUSIONES

En poblaciones con tasa de Mortalidad Materna elevada como en el Departamento de Rio San Juan, los riesgos se incrementan, ya que la vida reproductiva inicia a una temprana edad, por lo que se tiene un mayor número de embarazos y en algunas ocasiones embarazos no deseados; asociando esto a la difícil accesibilidad de algunas zonas en donde las muertes pasan casi siempre desapercibidas para los sistemas de Registro de Salud.

El Hospital Dr. Luis Felipe Moncada está situado en el Municipio de San Carlos, cabecera Departamental de Rio San Juan, Nicaragua; este Hospital es el único existente en el SILAIS. Tiene una cobertura directa de 17,000.00 habitantes del casco urbano y rural, cuenta con especialidades tales como: Cirugía, Neonato, Pediatría, Gineco obstetricia y Medicina Interna.

Las 200 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada del municipio de San Carlos, Rio San Juan, durante el periodo Octubre 2005 a Mayo 2006, tienen en su mayoría las edades entre 19 y 35 años; son de escolaridad primaria; tienen de ocupación “amas de casa”; practican la religión católica y proceden de zonas rurales, en su mayoría de San Carlos y sus municipios.

El nivel de conocimiento sobre Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en las embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, son predominantemente BUENOS, seguido por un nivel de conocimiento Regular.

Las actitudes adoptadas ante factores de riesgo asociados a Mortalidad Materna en las embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, predominantemente adoptan actitudes FAVORABLES en relación a los Factores de riesgo de Mortalidad Materna, esto se debe al cuidado de su

salud y a la difusión, promoción y divulgación de charlas médicas que se ofrece tanto en la Unidad de Salud como mediante programas de Radio.

Las prácticas ejercidas por las mujeres embarazadas del presente estudio, ante Factores de riesgo asociados a Mortalidad Materna que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, durante el periodo de estudio son ADECUADAS.

Las fuentes de información con las cuales cuentan las mujeres embarazadas para conocer Factores de Riesgo asociados a la Mortalidad Materna y otros Temas de Salud, es predominantemente el PERSONAL DE SALUD, seguido del Medio Social: RADIO, que es por medio del cual se comunican la mayoría de las comunidades de San Carlos y sus municipios aledaños.

RECOMENDACIONES

Luego de haber concluido este Estudio Monográfico, considero conveniente que se realicen estudios de esta dimensión o sea relacionados a Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna, ya que solo de esta forma se puede ayudar un poco a la población de mujeres en edad fértil. A tomar conciencia de las actitudes y prácticas sobre Factores de riesgo asociados a la Mortalidad Materna y así frenar todo aquello que van en detrimento de su salud.

Que el Personal de Salud; los Medios de Comunicación como Radio, y Televisión orienten a las mujeres en edad fértil y embarazada acerca de los Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna.

Brindar Charlas educativas a cerca de Signos y Síntomas de Peligro a la población, principalmente a los procedentes del área rural. Estas charlas pueden ser impartidas por personal de salud capacitado en el SILAIS, Río San Juan.

Mantener comunicación constante entre SILAIS –Río San Juan y líderes comunitarios y otros sectores como por ejemplo: Iglesias, Escuelas, Alcaldías, Organismos No Gubernamentales, Radios, etc. todo con el firme objetivo de que contribuyan a formar, promover y educar a favor de disminuir La Muerte Materna .

Impulsar a través de medios de difusión masiva campañas educativas sobre Factores de riesgo asociados a Mortalidad Materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avilés Gallo, Álvaro. Flores Mejía, Oscar. Solís, Greta. Salud Sexual y Reproductiva en Ginecología y Obstetricia. 1ª ed. Managua:. Imprimatur, 1997.
2. Boletín OPS 1993. Género mujer y salud en las Américas. Mortalidad materna. Una tragedia ignorada. Publicación Científica # 541.
3. Boletín OPS 1992. Prevención de la mortalidad materna en las Américas. Perspectivas para los años 90. Comunicación para la Salud # 2.
4. Boletín OPS Mayo 1990. Reunión Subregional sobre prevención de la mortalidad materna. Volumen 108. # 3.
5. Botero Uribe, Jaime. Jubiz Hasbún, Alfonso. Henao, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. Cuarta Edición, primera reimpresión. Colombia 1990.
6. Brenes Obando, Vanessa Raquel; Echevoyén González, Francisco. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes estudiantes de educación secundaria, Instituto “Angela Siles de Rivera” Municipio de San Rafael del Norte, Jinotega Julio-Septiembre 2002. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 2002.
7. Charpentier, Efraín Valerio. 1992 Guía Didáctica de la Sexualidad Humana. Proyecto de educación en población. Costa Rica.
8. CLAP (OPS-OMS). Enero 1990. Tecnologías perinatales. Montevideo Uruguay. Publicación Científica # 1202. Pp. 9.

9. Espinoza Gonzalez, Aracelly. Principales Causas de Mortalida Materna y sus Factores Asociados en SILAIS Río San Juan en el período 1994-1998. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua, Nicaragua. Octubre 1999.
10. Flores, R. Julio. Evaluación del control prenatal en Río San Juan. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1993.
11. Gaitán Gutiérrez, Katia Sullivan; Norori López, Karina del Rosario. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca de los métodos Anticonceptivos en adolescentes del Instituto Emmanuel Mongalo de San Dionisio, Matagalpa durante Mayo-Junio del 2000. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 2000.
12. González Merlo. Obstetricia, 4^a ed. (rev. y aument), 1996. Madrid España.
13. Gutiérrez, Gamaliel; Sánchez, Luis. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres sobre Infecciones Respiratorias Agudas en Niños menores de 5 años en el Municipio de Ocotal-Nueva Segovia. Mayo-Junio del 2002. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 2002.
14. Luna Salmerón, Donald José; Medina Gonzalez, Tania Margarita. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el autoexamen de mama del personal de salud que labora en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe de Octubre a Diciembre del 2002. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 2003.

15. Menocal Barberena, Octavio A. Factores de Riesgo asociados a mortalidad materna obstétrica en el H.B.C.R. en el período Julio 1999 a Junio 2001. Monografía para optar al título de Especialista en Gineco-Obstetricia. UNAN – Managua, Nicaragua enero 2002.
16. Ministerio de Salud de Nicaragua, Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Normas para la atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio. Managua, Junio 1997.
17. Ministerio de Salud de Nicaragua. Manual de Salud Reproductiva. Primera Edición. Managua-Nicaragua, 1997.
18. Ministerio de Salud de Nicaragua, Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna de Enero de 1996-Agosto de 1997.
19. Moreno Castillo, Jamileth. Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna en el HBCR en el período comprendido de Enero de 1999 a Diciembre del 2002. Monografía para optar al Título de Gineco-Obstetra. UNAN-Managua, Nicaragua. Enero 2003.
20. Obregón Taja, Yamil. Tardencilla, Alejandro. Factores asociados que permiten clasificar a pacientes embarazadas como alto riesgo obstétrico, Centro de Salud Francisco Morazán. Enero 1992-Junio 1993. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1993.
21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (CACP) sobre SIDA y ETS. Elaborado por CONASIDA-México a petición de OPS/OMS. Págs. A1-A19, B1-B55.

22. Pérez Díaz, Hugo René; Téllez Vado, Agustín Ramiro. Conocimientos, Actitudes y Fuentes de Información sobre el SIDA, de Trabajadores de la Salud de Atención Primaria, Ocho Centros de Salud de Managua. Marzo-Agosto 1991. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1991.
23. Pizarro, Ana. Análisis de la situación de salud en la mujer de Nicaragua. Documento Compilado. Managua Nicaragua, 1991.
24. Proyecto de Salud Materno Infantil PSMI. La contribución del Plan subregional de Parteras-PSMI en la lucha contra la Mortalidad Materna. Un estudio Crítico. Guatemala, Centroamérica. Febrero 1998.
25. Romero Estrada, Elizabeth; Vásquez Ortega, Kruschef A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna en mujeres embarazadas que acuden a consulta al Centro de Salud San José Maniguas en el Primer Trimestre del 2000. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN – Managua. Nicaragua, Julio 2000.
26. Rosenfield, Allan, Fathalla M.F. FIGO. Manual de Reproducción Humana. The Partenón publishing group. London, 1994.
27. Salas Olivares Jennifer; Sancam C. Sayonara. Factores de Peligro en el embarazo reconocido por mujeres atendidas en tres puestos médicos del distrito 6.2 de Managua, septiembre-noviembre 1997. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1997.

28. Sánchez, Leda Yanet. Perfil Sociodemográfico, sexual y Reproductivo, Conocimientos y Prácticas de Métodos Anticonceptivos y la Atención Recibida por mujeres que egresaron con Diagnóstico de aborto, Hospital Escuela Tegucigalpa-Honduras, Centroamérica, Octubre 2000. Tesis para optar al Título de MSC en Salud Sexual y Reproductiva, UNAN-Managua, Nicaragua, 2000.
29. Schwarz, Ricardo L. et al. Obstetricia. 5ª ed. 2ª reimpresión. Editorial El Ateneo. Argentina, 1996.
30. Solís, Juana; Silva, Javier. Conocimientos y Actitudes del personal médico sobre el uso de Fármacos durante la lactancia materna, Matagalpa y Jinotega, Marzo del 2001. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 2002.
31. Tinoco L. Alba. Factores de riesgo y causas más frecuente de mortalidad hospitalaria en el HBCR 1983-1993. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1994.
32. Ulloa G. Carolina; Moreno L. Jamileth. (1996-1997) Factores de Riesgo asociados a mortalidad materna obstétrica en el H.B.C.R. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1998.
33. Ulmus V. Factores de riesgo asociado a la morbimortalidad en el periodo reproductivo y del recién nacido en paciente con control prenatal y parto institucional. C/S Pedro Altamirano y HBCR-Managua, II semestre 1993. Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. Nicaragua, 1994.

ANEXOS

ENCUESTA

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada. San Carlos. R.S.J. Octubre 2005- Mayo 2006.

Datos Generales y Obstétricos:

Edad: _____ Estado Civil: _____
 Escolaridad: _____ Procedencia: _____
 Ocupación: _____ N° de CPN: _____
 Religión: _____ N° de Embarazos: _____

Conocimientos sobre Factores de Riesgo de Mortalidad Materna:

Conteste Si, No o No se a las siguientes Proposiciones:

- Si una Mujer ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades o tenga algunos hábitos mencionados, ¿Considera usted que sea peligroso para el embarazo? (Antecedentes Patológicos Personales).

PATOLOGÍA.	Si.	No.	No se.
a- Asma Bronquial.			
b- Presión Alta.			
c- Azúcar (Diabetes Mellitus).			
d- Tuberculosis.			
e- Anemia.			
f- Infección de Transmisión Sexual.			
g- Infección de las Vías Urinarias.			
h- Ataques o Convulsiones.			
i- Enfermedad Cardíaca.			
j- Desnutrición u Obesidad.			
k- Consumo de drogas, alcohol o fuma.			
l- Talla Baja.			

- Si a una Mujer le pasó con embarazo/os anterior/es, algún problema de los que voy a mencionar, ¿Considera usted que representa algún peligro si está nuevamente embarazada? (Antecedentes Gineco-Obstétricos).

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS	Si.	No.	No se.
a- Sufrió un mal parto o Aborto.			
b- Cesárea en embarazos Anteriores.			
c- Malformaciones Congénitas en embarazos anteriores.			
d- Un hijo fallecido durante el embarazo o parto.			
e- Que haya pasado menos de un año y medio entre un embarazo y otro.			
f- Si se embarazó antes de los 19 años.			
g- Si se embaraza después de los 35 años.			
h- Bebés con bajo peso al nacer.			
i- Bebés Prematuros.			
j- Presión Alta con el Embarazo.			
k- Hemorragias durante embarazo anterior.			

3. Si una Mujer está embarazada y presenta algún dato de estos, ¿Considera usted que sea peligroso? (Signos y Síntomas)

SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO	Si.	No.	No se.
a- Pies, manos o Cara Hinchados.			
b- Fuerte Dolor de Cabeza, ve chispas y zumbidos de oídos.			
c- Dolor en el estómago.			
d- Ataques o Convulsiones.			
e- Dolor en bajo vientre.			
f- Sangrado Vaginal.			
g- Disminución de Movimientos Fetales.			
h- Ardor al orinar y/o Flujo Vaginal.			
i- Salida de líquido Transvaginal.			
j- Fiebre alta.			
k- Si se le pasa la Fecha probable de parto.			
l- Si siente el cordón, la mano o el pie del niño por fuera de su vagina.			
m- Si el niño viene de nalgas y comienzan o tiene los dolores.			
n- Si la mujer durante el parto presenta hemorragia o retención de placenta.			
Ñ- Si presenta sangrado transvaginal posparto.			
o- Si horas o días después de un parto normal le da fiebre y escalofríos.			

Actitudes ante Factores de Riesgo de Mortalidad Materna.

Conteste a las siguientes proposiciones (ítems) según su opinión.

TA= Totalmente de Acuerdo.

A= De Acuerdo.

I= Indeciso.

D= En Desacuerdo.

TD= Totalmente en Desacuerdo.

Nº	Proposición	TA	A	I	D	TD
01	En vista de su embarazo, Usted debe volverse más cuidadosa con su salud.					
02	Si usted presentara alguno de los problemas antes mencionados (en el acápite de conocimientos) se quedaría a reposar en su casa.					
03	En vista de algun problema previo, su parto debe ser atendido en Unidad de Salud.					
04	Después del Parto que está esperando, esperará menos de 18 meses (año y medio) para quedar nuevamente embarazada.					
05	Después del parto que está esperando, deberá usar algún método de Planificación Familiar.					

Prácticas ante Factores de Riesgo de Mortalidad Materna.

Conteste Si o No a las siguientes Proposiciones.

Nº	Proposición	Si	No
01	Cuando ha tenido algún problema con su embarazo, ha acudido a la Unidad de Salud.		
02	Cuando se realizó su 1 ^{er} CPN usted tenía menos de 12 semanas de gestación (verificar con HCPS, en caso de no tenerla responder No).		
03	Usted acude a sus CPN el día de la Cita Programada.		
04	En caso de embarazo anterior su parto se lo atendió en la Unidad de Salud.		
05	En caso de embarazo anterior usted se realizó más de 4 CPN.		

Fuentes de Información.

- 1- Lo que sabe acerca de lo que le he preguntado, ¿Usted lo ha aprendido a través de:
 - a. Personal de Salud.
 - b. El Brigadista.
 - c. La Partera.
 - d. Familiares o Amigos.
 - e. La Radio.
 - f. La Televisión.
 - g. La escuela o colegio (Ministerio de Educación).
 - h. Otros.

MUCHAS GRACIAS

ANEXOS

Cuadro N° 1

Distribución por grupos de edad de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

EDAD	FRECUENCIA	%
14-18	43	21.5
19-35	148	74
>35	9	4.5
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 2

Distribución según escolaridad de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Analfabeto	49	24.5
Primaria	120	60
Secundaria	29	14.5
Universidad	2	1
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Factores de Riesgo asociados a Mortalidad Materna en Mujeres Embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada Municipio San Carlos RSJ Octubre 2005 – Mayo 2006.

Cuadro N° 3

Distribución según ocupación de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Ama de casa	181	90.5
Aux. Enfermería	2	1
Cajera	1	0.5
Cocinera	6	3
Profesora	6	3
Comerciante	2	1
Estudiante	2	1
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 4

Distribución según Estado Civil de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Unión libre	115	57.5
Casada	39	19.5
Soltera	46	23
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 5

Distribución según procedencia de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
San Carlos	52	36
Azucenas	30	15
Sábalos	28	14
Los Chiles	22	11
San Miguel	19	9.5
Otros	49	14.5
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 6

Distribución según Religión de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
Católica	135	67.5
Evangélica	61	30.5
Ninguna	4	2
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 7

Distribución según Conocimiento de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
Bueno	200	100
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 8

Distribución según Conocimiento de Antecedentes Patológicos Personales de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
Bueno	200	100
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 9

Distribución según Conocimiento de Antecedentes Gineco-Obstétricos de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
Regular	132	66
Bueno	65	32.5
Malo	3	1.5
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 10

Distribución según Conocimiento de Signos y Síntomas de las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
Bueno	200	100
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 11

Distribución según Actitudes que tienen las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

ACTITUDES	FRECUENCIA	%
Favorables	157	78.6
Desfavorables	43	21.4
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 12

Distribución según Prácticas que tienen las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005-Mayo 2006.

PRÁCTICAS	FRECUENCIA	%
Adecuadas	148	74
Inadecuadas	52	26
Total	200	100

Fuente: Encuestas

Cuadro N° 13

Distribución según Fuentes de información sobre Factores de Riesgos que tienen las 200 embarazadas que acudieron al Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, del municipio de San Carlos, RSJ, durante el periodo Octubre 2005- Mayo 2006.

FUENTES DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%
Personal de Salud	103	51.5
Radio	63	31.5
Brigadistas	20	10
Escuela	6	3
Parteras	5	2
Familiar o Amigos	2	1
Televisión	1	0.5
Total	200	100

Fuente: Encuestas