



**UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
AREA: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**ANALISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
PRIMÍPARAS POSTPARTO Y POSTCESÁREA MEDIANTE LA APLICACIÓN
DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 EN EL HOSPITAL BÁSICO DE
YANTZAZA, PERÍODO OCTUBRE 2024 A MARZO 2025**

REALIZADO POR: DR. JORGE DAVID ALTAMIRANO JIMÉNEZ

ASESORA: DRA. ANA LUCÍA MARTÍNEZ

ECUADOR

2024

1. TÍTULO

Análisis comparativo de la calidad de vida en pacientes primíparas postparto y postcesárea mediante la aplicación del cuestionario de salud sf-36 en el Hospital Básico de Yantzaza, período octubre 2024 a marzo 2025.

2. RESUMEN

El parto por cesárea es uno de los procesos quirúrgicos mayores más comunes que se realizan en un quirófano en el mundo. Los nacimientos por cesárea representan casi un tercio de los nacimientos en Ecuador. También es un procedimiento común en muchos países del mundo y, en general, la tasa está aumentando. Ante la preocupación por el aumento de la mortalidad, las organizaciones médicas recomiendan medidas para reducir la frecuencia de operaciones innecesarias, como educación, estandarización, mejor preparación para el parto, segundas opiniones antes y después de la cesárea (revisiones), atención más extensa dirigida por parteras, más ensayos de trabajo tras una cesárea, etc. Existe evidencia de que la implementación de un enfoque multidisciplinario para apoyar el parto vaginal puede ser eficaz para reducir los partos por cesárea. (Villanueva Luis, 2004)

Delimitar y/o cuantificar el estado de vida de pacientes que tuvieron por primera vez un parto vaginal o cesárea, cuya atención médica haya sido en el Hospital Básico Yantzaza, lapso de tiempo octubre 2024 - marzo 2025. La evaluación de la calidad de vida es esencial cuando se intenta mejorar la calidad de vida de las madres, los infantes, los sujetos y las comunidades después del nacimiento. Los diseños serán observacionales, descriptivos, transversales y prospectivos. El cuestionario SF36 fue instrumento de investigación y la técnica de recogida de datos será una encuesta. La población de indagación la conformarán las usuarias que se encuentre en su primer puerperio mediato o tardío y que su procedimiento se atendió en el

Hospital Básico de Yantzaza en el periodo octubre 2024 a marzo del 2025. La muestra la conformarán y/o corresponderá con el universo adquirido, el total de puérperas, atendidas por parto vaginal o cesárea. La conclusión fue obtener resultados indicativos de calidad de vida (actividades físicas, roles físicos, salud general, dolores físicos, funcionamientos emocionales, funcionamientos sociales y mejora de la psicosis de salud en ambos grupos de madres que dieron a luz).

Palabras claves: nivel o calidad de vida, parto vaginal, cesárea, cuestionario SF-36.

3. ABSTRACT

Caesarean section delivery is one of the most common major surgical procedures performed in an operating room in the world. Births by cesarean section represent almost a third of births in Ecuador. It is also a common procedure in many countries around the world and the rate is generally increasing. Concerned about increasing mortality, medical organizations recommend measures to reduce the frequency of unnecessary operations, such as education, standardization, better preparation for childbirth, second opinions before and after cesarean section (revisions), more extensive targeted care by midwives, more labor trials after a cesarean section, etc. There is evidence that implementing a multidisciplinary approach to support vaginal birth can be effective in reducing cesarean births. (Villanueva Luis, 2004)

Delimit and/or quantify the state of life of patients who had a vaginal birth or cesarean section for the first time, whose medical care was at the Yantzaza Basic Hospital, time period October 2024 - March 2025. The evaluation of quality of life is essential when trying to improve the quality of life of mothers, infants, subjects and communities after birth. The designs will be observational, descriptive, cross-sectional and prospective. The SF36 questionnaire was a research instrument and the data collection technique will be a survey. The research population will be made up of users who are in their first mid- or late postpartum period and whose procedure was attended at the Yantzaza Basic Hospital in the period October 2024 to March 2025. The sample will be made up of and/or correspond to the acquired universe, the total of puerperal women, attended by vaginal delivery or cesarean section. The conclusion was to obtain results indicative of quality of life (physical activities, physical roles, general health, physical pain, emotional functioning, social functioning and improvement of health psychosis in both groups of mothers who gave birth).

Keywords: level or quality of life, vaginal birth, cesarean section, SF-36 questionnaire.

4. ÍNDICE

CARÁTULA.....	1
1. TÍTULO.....	2
2. RESUMEN.....	2
3. ABSTRACT.....	4
4. ÍNDICE.....	5
5. INTRODUCCIÓN.....	7
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
6.1. HIPÓTESIS/ PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
7. JUSTIFICACIÓN.....	14
8. OBJETIVOS.....	15
8.1. Objetivo general.....	15
8.2. Objetivos específicos.....	15
9. CONTEXTO Y/O ESTADO DEL ARTE.....	16
10. MARCO TEÓRICO.....	20
10.1. La salud y la economía.....	20
10.2. Salud y la implicación que tiene en la economía.....	20
10.3. La importancia de los índices de pobreza según la economía en la salud.....	21
10.4. Determinantes y condicionantes de la salud.....	22
10.5. Evaluación económica.....	22
10.5.1. Factores que intervienen en la evaluación económica.....	23
10.6. Indicadores sociales de salud, presentes en el continente americano.....	23
10.6.1. Análisis de la cesárea en término de costos.....	24
10.7. Gestión y actuar de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	24
10.8. Gestión y Actuar de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	26
10.9. Gestión y actuar del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP):.....	27
10.9.1. Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC).....	29
10.10. Implicaciones legales.....	31
10.10.1. Plan de la existencia del parto humanizado en Ecuador.....	31
10.10.2. Fuente de consulta de nacimientos en Ecuador.....	32
10.11. Calidad de vida postparto.....	32
10.12. Seguimiento pacientes puérperas.....	33
10.13. Cuestionario de Salud SF-36.....	35
11. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37

11.1. Tipo de estudio	37
11.2. Universo de estudio	37
11.3. Tamaño de la muestra	37
11.4. Área de estudio.....	37
11.5 Criterios de inclusión	37
11.6 Criterios de exclusión.....	38
11.7 Variables.....	38
11.7.1 Operacionalización de las variables sociodemográficas	38
11.8 Procedimientos e Instrumentos.	39
11.9. Técnicas de investigación utilizadas	39
12. ASPECTOS ÉTICOS.....	40
13. MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS	41
14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	42
15. RECURSOS.....	43
15.1 Recursos materiales y equipos	43
16. BIBLIOGRAFÍA	45
17. ANEXOS	49
17.1 Anexo 1- Solicitudes	49
17.2. Anexo 2- Consentimiento informado	51
17.3 Anexo 3- Cuestionario a aplicar.....	53

5. INTRODUCCIÓN

El parto es un natural procedimiento, su complejidad y variabilidad entre las mujeres aún no se comprenden completamente debido a los cambios hormonales subyacentes. A lo largo del tiempo, el parto vaginal, que es natural, ha sido gradualmente medicalizado. La solicitud de cesárea electiva por parte de la madre, sin una indicación médica clara, plantea consideraciones éticas y de riesgo-beneficio para los médicos que podrían llevar a cabo dicho procedimiento. A nivel mundial, el número de cesáreas está en aumento, lo que conlleva un incremento en las dificultades vinculadas, como hemorragias graves, lesiones orgánicas, sepsis y necesidad de reintervenciones a corto plazo, y dificultades vinculadas con anomalías placentarias (placenta previa), incluido sangrado posterior, rotura uterina e histerectomía obstétrica en posteriores gestaciones. El riesgo de estas dificultades (especialmente el deceso materno) es significativamente mayor en las regiones de escasos recursos que en las regiones con mayores recursos económicos, lo que resulta en un gran sufrimiento humano. (Poradzisz & Florczak, 2013)

En la literatura científica se han citado varios motivos cuestionables para la cesárea, como la disminución del líquido amniótico, la macrosomía fetal, la rotura prematura de membranas, el embarazo gemelar, la presentación de nalgas y la distocia con membranas intactas. Es muy importante que las pacientes estén adecuadamente informadas sobre los peligros y beneficios de obtener por la cesárea cuando no existe indicación médica. (Poradzisz & Florczak, 2013)

Los médicos que consideren realizar una cesárea deben entender los riesgos y beneficios de realizar este procedimiento sin indicaciones médicas, evaluar los riesgos y beneficios de los intentos de reproducción asistida para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas. Aunque se debe respetar la autonomía del usuario, también se deben considerar otros principios éticos durante el proceso de consulta.

El equipo de atención médica está en el centro de la toma de decisiones, empleando tecnología y procedimientos para gestionar embarazos o partos de alto riesgo incluso en condiciones normales, convirtiendo las operaciones especiales en operaciones de rutina. Los avances en tecnología como la ecografía, la monitorización electrónica y la anestesia epidural han provocado un alejamiento de los partos naturales y un aumento gradual de las cesáreas, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales. (Poradzisz & Florczak, 2013)

No se han realizado indagaciones nacionales que evalúen el riesgo de la cesárea electiva para la gestante a término o embarazo superior a las 37 semanas y el producto (neonato), según la solicitud o requerimiento materno. Diversas investigaciones prenatales por cesárea se emplean a menudo como método alternativo para definir beneficios y riesgos.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La OMS determina un parto normal como una gestación de bajo riesgo en el que el parto se produce de forma espontánea entre las semanas 37 y 42 de gestación, dando como resultado un infante y madre sanos. Una cesárea es un parto operatorio y, por ello, conlleva riesgos vinculados con las cirugías y las anestесias. Además, comparó la mortalidad materna a plazo corto luego de una electiva cesárea por parto vaginal (>46 000 usuarios) y la atención de parto cefalovaginal programado (>2 millones de usuarios) encontraron riesgos aumentados del Odds Ratio (OR) en la mortalidad, tomando en cuenta lapsos reducidos de tiempo, considerando a las pacientes a las que se les realizó cesárea. (Liu et al., 2014)

La cesárea se asocia con una estancia hospitalaria más prolongada en contraste con el parto vaginal. Las estancias hospitalarias más prolongadas afectan no solo a los pacientes sino también al sistema de atención sanitaria, en especial porque las tasas de cesáreas en Canadá han ascendido al 27,9%. (Liu et al., 2014)

En un estudio nacional, Declercq encontró que las mujeres posparto que tuvieron una cesárea experimentaron más dolor que aquellas que dieron a luz por vía vaginal (80% frente a 48%, respectivamente). Además, se ha informado que los síntomas persisten hasta por 6 meses en mujeres después de una cesárea. Hay algunos peligros a plazo largo vinculados con el parto por cesárea que no dañen la intensidad de la gestación, pero pueden dificultar futuros embarazos. (Sadat et al., 2013)

El desarrollo de las cesáreas como un seguro proceso con tasas de morbilidad fetal y materna muy bajas es uno de los grandes avances de la medicina neonatal. La primera década del siglo XX vio innovaciones en la atención quirúrgica, incluidas las técnicas asépticas, las anestесias precisas y los controles del sangrado mediante punción directa de las superficies de los tejidos y ligaduras de vasos sanguíneos cortados. La realización de incisiones de segmentos bajos puede excluir las heridas uterinas de las cavidades peritoneales, lo que reduce

significativamente el riesgo de peritonitis posoperatoria, que es una dificultad de la endometritis posparto. La reducción de la morbilidad vinculada con la cesárea hace que el parto por cesárea sea una razonable opción para el alumbramiento del bebé con mayores riesgos de asfixia o lesiones durante el parto, así como para el parto vaginal. Esta reducción, combinada con más sofisticados métodos para detectar sufrimiento fetal, ha cambiado las indicaciones y las frecuencias de las cesáreas. (Kearney et al., 2017)

Antes de 1960, las cesáreas representaban menos del 5% de los nacimientos y se ejecutaban principalmente por síntomas maternos, incluida la placenta previa, la DPC documentada radiográficamente, el fracaso del parto en partos grandes y las cesáreas repetidas. Luego de 1960, con la llegada de las tecnologías de diagnóstico y seguimiento fetal, el número de cesáreas aumentó gradualmente en todo el mundo y las operaciones por indicaciones fetales se hicieron más frecuentes. La tasa y la duración de los aumentos varían en los Estados Unidos; las cesáreas alcanzaron el 23,5% en 1988. En Estados Unidos, se encontró que cuatro síntomas detallan el 90% del aumento: distocia, repetición del parto por cesárea, rotura presentada y dolor abdominal. Las indicaciones nuevas para el parto por cesárea, como los cambios en el cuello uterino o en la pared abdominal y las prevenciones de las transmisiones verticales de algunos padecimientos infecciosos, tienen una pequeña parte en este incremento, pero el mayor impacto es el umbral más bajo para los puntos de referencia. (Carrión, 2017)

En algunos países, como Chile y Brasil, el incremento en el número de cesáreas es mucho mayor de lo que puede detallarse por las señales de almacenamiento de alimentos y del médico. En estos países, este aumento puede haber sido impulsado por un incremento en las cesáreas electivas antes del parto para médicos y usuarios. Esta tendencia se produjo principalmente, pero no exclusivamente, entre las féminas con ingresos más altos. Existe un debate sobre si esto se debe a una población de usuarios que conoce bien los beneficios y riesgos de los partos vaginales y por cesárea y gestiona la autonomía del usuario, o de pacientes que están

fuertemente influenciados por el trabajo sanitario. Los proveedores eligen la cesárea. (Godoy, 2017)

En 1990, hubo mayores intereses en los partos por cesárea para prever las disfunciones del suelo pélvico causada por el parto de nalgas. Las mujeres que dan a luz al parto tienen el doble de probabilidades de sufrir infecciones del tracto urinario seis meses luego del parto que las féminas que se someten a una cesárea. En ensayos multicéntricos, prospectivos, aleatorizados y controlados que compararon la cesárea planificada con el parto vaginal programado en féminas, las incontinencias urinarias fueron menores a los 3 meses luego de la cesárea (riesgos relativos estadísticamente no significativos en este caso de 0.62; los intervalos de confianza (IC) utilizados fueron del 95%, y estuvieron comprendidos entre 0,41 a 0,93). (Godoy, 2017)

Se pudo valorar y analizar una investigación científica que abarcaba una considerable muestra poblacional australiana, McLennan y sus colegas descubrieron que las mujeres que se sometieron a un parto vaginal tenían tasas más altas de disfunciones del suelo pélvico a plazo largo, incluida las incontinencias urinarias, que las mujeres que se sometieron a una cesárea. No obstante, no existe diferencia en la disfunción del suelo pélvico entre la cesárea y el parto vaginal. (Godoy, 2017)

Para la insuficiencia anal, el investigador, Dr. Sultán y sus colegas pudieron concluir que frente a la realización de la episiotomía durante la atención médica del parto y/o nacimiento, y más aún el uso de los fórceps eran componentes de riesgo de ruptura o desgarro de las fibras musculares que conforman el esfínter anal, entretanto que la técnica de parto cefalovaginal utilizando ventosa (vacuum) y la realización de cesárea tenían un efecto protector. Otras investigaciones han encontrado tasas más bajas de incontinencia fecal cuando las cesáreas se realizan antes de que comience la etapa dos o el expulsivo durante la atención del parto. De esta manera estos investigadores llegaron a la conclusión en su estudio que la relación directa

entre el modo de parto atendido por médico y el normal funcionamiento en el puerperio del esfínter anal en un período largo de tiempo aún no se encuentra totalmente definida o clara.

El parto es un período crítico para las madres y sus familias desde la perspectiva física, social y emocional. Para que la fémina atraviese sin problemas el posparto, se cuide y tenga una calidad de vida saludable, necesita una atención integral y de calidad. Aunque la cesárea es un proceso quirúrgico relativamente estable, por lo general se estima que tiene un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad que el alumbramiento vaginal. Está claro que este riesgo está influenciado por los problemas de salud asociados con la usuaria que necesita una cesárea y el conocimiento del personal que realiza la cesárea. Las dificultades mayores ocurren en el 2% de las cesáreas e intervienen accidentes de anestesia (dificultades de implantación, reacciones a medicamentos, neumonía por aspiración), sangrado, lesiones intestinales, tumores, embolia gaseosa o de líquido amniótico. (Lozano Edith, 2017)

A menudo, considerando los criterios establecidos para la realización de una cesárea emergente y/o urgente una vez que se ha decidido el ingreso de la usuaria al centro médico u hospital. Existen varias situaciones sociales, psicológicas y médicas como por ejemplo el inicio de cuadros de ansiedad del usuario, el hecho que la paciente presente un estómago globoso o no cumpla con horas de ayuno para poder ser intervenida en quirófano, que presente índice de masa corporal aumentado u obesidad mórbida, el sangrado agudo debido al desprendimiento de placenta, la hipovolemia y la limitación del espacio vascular asociada con las hipertensiones inducidas por la gestación y las hipotensiones secundarias a la compresión de la vena cava y la aorta uterina gestante son solo algunos de los pacientes en los que debe tener una cesárea de forma emergente

La lesión del tracto urinario se da en 1 a 2 de cada 1.000 nacimientos y son 10 veces más frecuentes durante las cesáreas que durante las operaciones vaginales. La mayoría de las

lesiones que se producen durante la intervención quirúrgica (cesárea) pueden considerarse relativamente de fácil manejo intraoperatorio, por citar que se presente lesiones de la vejiga que pueden identificarse rápidamente durante la cirugía y dar una solución oportuna sin que a posterior se presenten consecuencias graves en la paciente. El traumatismo intestinal a menudo se asocia con adherencia intraabdominal por cesárea previa u otra cirugía abdominal. Ciertas dificultades o complicaciones que pueden darse mientras se realiza la intervención quirúrgica, que son menos comunes o raras de acuerdo a la bibliografía, por ejemplo, que se llegue a presentar un síndrome de la embolia gaseosa o peor y más raro aún una embolización producida por el líquido amniótico, son excesivamente raras como se ha manifestado, por lo general, no se pueden prever. (Lozano Edith, 2017)

6.1. HIPÓTESIS/ PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante el problema descrito en los párrafos anteriores surge una pregunta/interrogante de investigación, la cual buscaré respuesta con la posterior ejecución de este proyecto de investigación: ¿Cómo consideran las mujeres que se ve afectada o que cambios presentaron las mujeres en su vida luego de que pasaran por primera vez un parto vaginal o una cesárea que fue atendido en el Hospital Básico de Yantzaza, durante el lapso de tiempo de octubre 2024 a marzo 2025?

Se indica la hipótesis: La calidad de vida de las mujeres que cursan con un parto vaginal es mejor que aquellas mujeres que se les realiza una cesárea.

7. JUSTIFICACIÓN

En el tercer trimestre del embarazo, ya sea por parto natural o por cesárea, hay muchos componentes que afectan el bienestar físico y mental de la madre y del recién nacido. Por eso es que se plantea que el nivel de atención que se brinde a la paciente durante su estancia hospitalaria en el trabajo de parto por parte del personal de salud hospitalaria se ha convertido en información de carácter estadístico sumamente relevante en la evaluación general de la salud materna e infantil. Al elegir un método de entrega, es importante comunicarse con el profesional responsable y brindar información adecuada sobre los beneficios, efectos y riesgos de cada procedimiento médico para evitar malentendidos sobre estos métodos de entrega. (Vega Bertha & Villota Laura, 2016)

En consecuencia, intentaremos investigar en profundidad los resultados de calidad de vida al final del embarazo en mujeres primíparas que han tenido una de estas vías de parto (vaginal, cesárea) debido a un aumento descontrolado en su número de cesáreas observadas en esta zona. No existe ninguna base médica que justifique el riesgo para la madre o el niño. También pretende promover los beneficios del parto vaginal y concienciar a las mujeres embarazadas para reducir el número de cesáreas que solicitan. (Kearney et al., 2017)

Considero que mediante la realización de este proyecto de investigación se podrá conseguir a futuro aplicar un plan piloto a nivel distrital, zonal y por que no Nacional ayudando a las futuras madres a implementar más insumos que promuevan un mejor plan de parto respetando a la autonomía de las mujeres y calidad de la atención Hospitalaria en el Ecuador, por lo tanto, en base a los datos que se obtendrán en esta investigación, tener evidencia actual y de alguna manera contribuir inicialmente a que en un futuro tener una política de cesáreas más humanizadas y respetando los derechos de las mujeres como pacientes y como madres.

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo general

Establecer la calidad de vida en el puerperio mediato y tardío de las pacientes que por primera vez presentaron parto por vía vaginal o mediante cesárea, que fueron atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza durante el lapso de tiempo octubre 2024 a marzo 2025, aplicando la encuesta de salud SF-36.

8.2. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de calidad de vida, aplicando la encuesta de salud SF-36, en aquellas pacientes que por primera vez presentaron un nacimiento por parto cefalovaginal, y que su atención se realizó en el Hospital Básico Yantzaza, en octubre 2024 a marzo 2025.

2. Determinar el nivel de calidad de vida, aplicando la encuesta de salud SF-36, en aquellas pacientes que por primera vez presentaron un nacimiento por vía quirúrgica alta o cesárea, y que su intervención se realizó en el Hospital Básico Yantzaza, en octubre 2024 a marzo 2025.

3. Identificar las variables sociodemográficas de mayor importancia, en las pacientes que se encuentren en puerperio mediato o tardío por primera vez, y que fueron atendidas en el Hospital Básico Yantzaza, en octubre del 2024 a marzo del 2025.

4. Analizar comparativamente los resultados de cada uno de los parámetros que engloba el cuestionario de Salud SF-36 en las pacientes que por primera vez cursan con puerperio mediato o tardío, y que su parto fue atendido en el Hospital Básico Yantzaza, desde octubre 2024 a marzo 2025.

5. Promover un mejor plan de parto respetando la autonomía de las mujeres para mejorar la calidad de atención hospitalaria en el Hospital Básico de Yantzaza.

9. CONTEXTO Y/O ESTADO DEL ARTE

Hasta hace unos años, el parto era un evento familiar y comunitario que se desarrollaba en el hogar con la protección y asistencia de otras féminas capacitadas y el apoyo de toda la familia. A finales del siglo XIX y principios del XX, la cesárea comenzó a administrarse como protocolo para reducir la mortalidad materna y neonatal por partos patológicos. La eliminación de los factores psicológicos se convirtió en una práctica médica y científica, y todo el equipo de atención sanitaria, incluidos hospitales, enfermeras y médicos, se incluyó en el manejo del parto. (F. Gary Cunningham, 2023)

El parto por cesárea es uno de los procesos quirúrgicos mayores más comunes que se realizan en un quirófano en el mundo. Los nacimientos por cesárea representan casi un tercio de los nacimientos en Ecuador. También es un procedimiento común en muchos países del mundo y, en general, la tasa está aumentando. La preocupación por el incremento de las tasas ha llevado a las organizaciones de atención médica a implementar capacitación, estandarización, mejor planificación familiar, segundas opiniones/revisión por pares (detección) antes del parto, mayor atención obstétrica, intento de parto después de una cesárea, apoyo para la continuación del trabajo de parto y equipo con múltiples instrumentos, etc. Existe evidencia de que la implementación de un enfoque multifacético para el parto. (Villanueva Luis, 2004)

Según la OMS, no hay evidencia de que las cesáreas superiores al 15% estén justificadas, y un porcentaje superior a esta cifra se considera un indicador de atención obstétrica de mala calidad, ya que aumenta el riesgo innecesario para las mujeres y sus hijos, y para el punto de vista económico. esto significa sobrecargar un sistema de salud que ya funciona con recursos limitados. (Coordinación General de Planificación- MSP- INEC, 2016)

La OMS estima que la tasa aceptable de cesáreas es del 10% al 15%, dependiendo de las circunstancias del parto, pero el número de cesáreas ha aumentado significativamente en los últimos años (OMS 2015). Actualmente, la práctica de la cesárea está aumentando en los países desarrollados y EE.UU. (26%) y supera el 50% en América Latina (Argentina, Chile, México, Brasil y Paraguay). En 2014 en Ecuador, solo la tasa de cesáreas del JTP fue del 41.2%. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Las altas tasas de cesáreas en comparación con las tasas de partos vaginales entre ciertos grupos étnicos se consideran un problema de salud pública. Hay varias razones por las que las mujeres interrumpen sus embarazos mediante cesárea, incluida una evaluación ineficaz de los riesgos del parto, atención prenatal inadecuada, factores que afectan el bienestar de la madre y el bebé, la elección del médico y las demandas de la madre, etc. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016). A diferencia del sector privado, las cesáreas se realizan con menos frecuencia en el sistema de salud pública porque las acciones e intervenciones de los médicos están diseñadas para seguir pautas y protocolos establecidos. (Villanueva Luis, 2004)

El número de cesáreas en relación con la población puede servir como guía para que los gobiernos, las instituciones y los responsables de la formulación de políticas evalúen los avances en la salud materno infantil, supervisen la atención obstétrica de emergencia y asignen recursos adecuados. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016)

En 2016 nacieron en el Ecuador un total de 31.453 recién nacidos, de los cuales 19.114 (60,7%) fueron partos normales, incluyendo complicaciones, y el resto, un total de 12.339 (39,3%), fueron por cesárea (INEC, 2016), la OMS predice que el número ideal de cesáreas debe mantenerse entre el 10-15%, por lo que el número de cesáreas en nuestro país ha aumentado de manera alarmante. (Coordinación General de Planificación- MSP- INEC, 2016)

Las tasas de mortalidad materna en todo el mundo oscilan entre 6 y 22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El incremento de la mortalidad está relacionado en parte con las intervenciones quirúrgicas y en parte con condiciones que pueden llevar a la necesidad de una cesárea. (The American College of Obstetricians and Gynecologist. (The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), 2023). Los riesgos de morbilidad y mortalidad están relacionados con problemas de sangrado, requerimientos de transfusiones, daño a órganos adyacentes, infecciones, enfermedades tromboembólicas, complicaciones anestésicas y complicaciones relacionadas con heridas quirúrgicas. (Mozo Eva, 2014)

La publicación de los investigadores Godoy y Rodríguez en el año 2017, que fue llevada en la ciudad de Cuenca, país Ecuador. Su investigación se centra para evaluar el nivel o calidad de vida en aquellas pacientes que fueron sometidas a histerectomías abdominales. Realizaron un tipo de estudio descriptivo, trabajaron con un universo de mujeres con una edad comprendida de entre 30 a 65 años que elaboraron la prueba o test SF 36 y se la aplicaron mediante entrevista y encontraron como resultados más importantes que el 43% reportó estar muy satisfecha con su salud luego de la intervención. El 99% es mestizo, el 58% es de zona urbana, el 99% tiene educación primaria y el 79% son amas de casa. (Godoy, 2017)

Briceño J. en el año 2017. Realizó un estudio sobre causas, síntomas e indicaciones médicas fetales y maternas del porqué proceder con un nacimiento vía cesárea en el Hospital Isidro Ayora. La muestra estaba compuesta por todas las pacientes gestantes cuyos embarazos terminaron en el centro quirúrgico o centro obstétrico, y se incluyeron 632 usuarios con parto abdominal o cesárea. Se halló el 43,05%. Las indicaciones de cesárea fueron antecedentes de cesáreas previas (45,4%), cambios en la salud fetal (21,9%), cáncer grave (4,9%) e insuficiencia cefalopélvica (7,8%). La mayoría de las mujeres sometidas a cesárea están embarazadas entre 20 y 24 años (35,4%). (Mozo Eva, 2014)

Mozo E. 2014. Madrid. Las pacientes con antecedentes de cesárea fueron examinadas para determinar morbilidad fetal, duración de las estancias hospitalarias, reingreso a los servicios de urgencias, dolores crónicos y satisfacción con el parto vaginal o la repetición de la cesárea. En la muestra evaluada de 110 puérperas, 68 tuvieron un parto vaginal, 55 de las cuales tuvieron un exitoso alumbramiento vaginal y 13 tuvieron cesáreas de emergencias durante el alumbramiento. (Mozo Eva, 2014)

Lozano E. 2018. Lima. Se elaboró un estudio para evaluar la satisfacción de las puérperas con la atención en el Hospital Daniel Alcides Carrión después de un parto por cesárea. En sus resultados encontraron que el 56% estaba satisfecho y el 44% insatisfecho. Al evaluar la condición física, aproximadamente el 65% se mostró satisfecho y el 35% igualmente insatisfecho, el 56% se mostró satisfecho con la parte emocional y el 44% se mostró insatisfecho. (Lozano Edith, 2017)

Carrión R, Horna K. 2017. Trujillo. Realizaron un estudio para evaluar la satisfacción de las mujeres de entre 16 y 41 años después de una cesárea, en el que encuestaron a mujeres. Se ha demostrado que las cesáreas son una sencilla cirugía, con menos dolor postoperatorio y recuperaciones más rápidas. Además, es poco probable que se detecten otras dificultades además de las infecciones de las heridas operatorias. (Carrión, 2017)

La investigadora Rocío Rodríguez en su trabajo publicado en el año 2017 y llevado a cabo en la ciudad de Arequipa- Perú. En su indagación referente a las “Frecuencias de Cesárea Conforme el Modelo Clasificador de cesáreas según Robson, en la casa de salud: Hospital I Edmundo Escomel”. Encontraron que el total de alumbramientos (1744), una cifra de 481 (27,58%) nacieron por cesárea. Las más habituales pertenecieron a los siguientes grupos: edad de 19 a 35 años, formación universitaria, convivencia y empleo. Las indicaciones más habituales de cesárea: cesárea previa y distocia feto-pélvica. (Rodríguez Rocío, 2018)

10. MARCO TEÓRICO

10.1. La salud y la economía

La salud y la economía se interrelacionan puesto que plantean el empleo oportuno de los componentes para la promoción y prevenciones de las enfermedades. “La vinculación entre la economía y la salud, su impacto en el progreso nacional ha sido el foco de muchas investigaciones desde el siglo XIX”. (ESAN, 2015)

En la publicación de ESAN del año 2015 indica que los años previos se han ido construyendo, se plantean planes de salud que buscan sacar adelante la óptima utilización de recursos y es dónde relaciona con la economía. Entonces surge la cátedra de economía de la salud, donde busca estrategias que mejoren los ingresos y las eficacias de los diferentes servicios de salud, optimizando recursos, disminuyendo costos y beneficiando a los usuarios en los diferentes sistemas de salud. La unión de estos sistemas permite mejorar la salud por la parte política y por ende económica, permite mejorar políticas de salud en cada país en el que pueden aplicarse. Esta fusión generó un mejor control socioeconómico en diferentes ámbitos como: la producción de mercados, elementos financieros, y control de mercado, por ende, en conclusión, se puede expresar que existen diferentes frentes dónde se puede aplicar y funcionar la economía de la salud. (ESAN, 2015)

10.2. Salud y la implicación que tiene en la economía

En la historia, han impulsado importantes progresos económicos a escala global por establecer normativas, políticas y modelos con el objetivo de dar una mejor atención y que la población goce de mejor salud y se puedan tener indicadores más aceptables con el pasar de los años. Ejemplos notables incluyen el Reino Unido durante la Revolución Industrial, EE. UU y el desarrollo económico del país oriental más representativo (Japón) que a principios del siglo

veinte y con el paralelo progreso de los países continentales de Asia Oriental y también aquellos que conforman la región sur de Europa entre 1950 y 1960. (José Félix García-Rodríguez, 2017)

Según Rodríguez y sus colaboradores en sus publicaciones por el año 2017, manifiestan o resaltan vital importancia del papel que otorga los temas salud en el desarrollo económico de los países a nivel mundial, debido que indagaciones a profundidad que fueron llevadas a cabo por la comisión de estudio de macroeconomía y salud perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), sugieren y recomiendan se realice una implementación basada en un sistema de salud mejorado tendrá un impacto significativo tanto económico como social. Los estudios indican que el avance económico de un país está ligado a la contribución de cada individuo a través de su salud, lo que subraya la existencia de una conexión directa entre salud y economía. (José Félix García-Rodríguez, 2017)

10.3. La importancia de los índices de pobreza según la economía en la salud

Existe claramente una íntima vinculación entre la economía y la salud es indudable, siendo el ingreso un factor determinante en la mortalidad y morbilidad de la población. En México, por ejemplo, en 1999 se descubrió que los indígenas, estimados los más pobres, presentan un mayor riesgo de fallecer por dificultades en el alumbramiento o neumonías, enfermedades vinculadas a los niveles socioeconómicos. La tasa de mortalidad materna en comunidades indígenas era casi tres veces mayor que en áreas habitadas por féminas no indígenas. A nivel internacional, también se observa una conexión entre la pobreza y las condiciones de salud de la población. (Durán, 2003)

Este campo de estudio abarca dos temas principales: el primero se centra en la salud desde un punto de vista conceptual y de percepción individual y popular, mientras que el segundo analiza la salud desde una perspectiva económica y su evolución a lo largo del tiempo. Rojas señala que también se exploran cuestiones éticamente complejas, como la valoración de una

vida o la evaluación económica de una enfermedad, así como la optimización del cuidado de la salud. Desde el enfoque económico, se examinan temáticas como por ejemplo la hipótesis de la intervención del ser humano en los diferentes capitales económicos, los impactos mundiales climáticos que se vienen produciendo por el uso desmedido de recursos y que va de la mano con la contaminación en exceso y el papel de cada persona que de forma individual busca de qué manera tener una mejor salud. (Rojas Ochoa Francisco, 2013)

10.4. Determinantes y condicionantes de la salud

Según Rodríguez, este ámbito abarca los componentes que influyen negativa o positivamente en la salud tanto a nivel individual como social. Se examina la condición económica y el estilo de vida que impactan en la salud, con un enfoque en las valoraciones económicas del determinante de la salud, un aspecto clave de la salud positiva. Se analiza el impacto de factores como la educación, el ingreso, la vivienda, la cultura y la ocupación en la salud. Además, se destacan aspectos significativos de los análisis económicos, como los modelos macroeconómicos de redistribuciones, empleos y desarrollos, y cómo influyen en la salud colectiva y la economía. Es crucial tener en cuenta las acciones de promoción y prevención al evaluar económicamente los factores determinantes y condicionantes de la salud. (José Félix García-Rodríguez, 2017)

10.5. Evaluación económica

Las evaluaciones económicas engloban una agrupación de técnicas utilizadas para contrastar las perspectivas disponibles para un tomador de decisiones en una situación donde se debe elegir entre eventos, proyectos, intervenciones o, en general, entre varios cursos de acción posibles. Estas metodologías constan de fases o procesos que implican identificar, medir y valorar el efecto de la acción comparada en recursos y salud. Las evaluaciones económicas son una herramienta esencial para tomar decisiones. Los análisis de evaluaciones económicas completas son aquellas que consideran simultáneamente los impactos en la salud y los recursos

de dos o más alternativas, como las rentabilidades, la minimización de costos y las utilidades. En cambio, un análisis incompleto carece de al menos uno de los elementos, como opciones, efectos o costos. Es decir, análisis de costos, descripciones de costos, etc. (Rojas Ochoa Francisco, 2013)

10.5.1. Factores que intervienen en la evaluación económica

Gálvez también señala que se investigan los factores que influyen en la demanda o la restricción de servicios de salud específicos, así como los determinantes de la demanda de salud en sí misma, las necesidades percibidas, manifestadas y cubiertas de prestaciones sanitarias. Dado el contexto de la demanda en el ámbito de la salud, este representa un campo apropiado para el examen de mercados imperfectos. Se analiza los factores externos, las incertidumbres y la peculiaridad de la salud como beneficio justificado (que requiere inherentemente un tratamiento diferente). Los importantes aspectos del análisis económico-estudiados en este rubro incluyen la teoría del comportamiento de los consumidores, las demandas inducidas por la salud, la generación e interpretaciones globales diferentes de cada demanda con su determinado propósito y la presencia de las diferentes motivaciones de las demandas y los cambios entre demanda, como el precio y el ingreso. (Durán, 2003)

10.6. Indicadores sociales de salud, presentes en el continente americano

El determinante social de la salud está establecido por las circunstancias en las que los sujetos nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluidos los sistemas políticos y económicos. En todo Estados Unidos, hay evidencia de que los factores sociales intervienen en una extensa gama de resultados de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también señala la importancia de considerar el contexto regional, donde la inequidad y la desigualdad en salud pueden verse afectadas por normas culturales, niveles de educación, ingresos, ocupación y etnicidad, lo que puede generar dificultades en el acceso a los servicios de salud, un derecho fundamental. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017)

10.6.1. Análisis de la cesárea en término de costos

En 2014, se realizaron estudios descriptivos y transversales para analizar los costos directos e indirectos asociados a las cesáreas. En este sentido, se elaboró una ficha de costos que incluía gastos de materiales, costo de los profesionales que participaban y demás rubros que se suman en la intervención en estudio, cesárea, desglosando cada componente. Se obtuvo que el rubro de una cesárea “simple” sin complicaciones que toma un tiempo promedio aproximado de 30 minutos se fijó en 545,62 dólares. Cabe resaltar que se extrapoló aproximadamente estos costos para el país durante el mismo año. Asimismo, se llegó a la conclusión de que es crucial controlar rigurosamente esta intervención, porque un incremento en su indicador incrementa costos que pueden desviarse hacia otros requerimientos del sistema de salud. Asimismo, Latinoamérica tuvo un elevado número de partos por cesárea en 1989, con al menos 650.000 operaciones, lo que representa una suma aproximada de \$ 400 millones. (Nápoles Méndez, 2017)

10.7. Gestión y actuar de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La OPS, una entidad internacional dedicada a la salud pública en las Américas colabora diariamente con cada uno de los estados miembros o adjuntos del continente americano con la finalidad de perfeccionar, amparar y mejorar el nivel de bienestar y salud de la comunidad, ofreciendo asesoramientos técnicos en materia de salud a sus estados integrantes. Su principal objetivo es garantizar que cada individuo tenga acceso a servicios de salud de calidad, promoviendo y respaldando el derecho a la salud para todos. Para alcanzar estas metas, La OPS promueve la colaboración regional y con departamentos de salud, otras agencias gubernamentales, agencias internacionales, organizaciones de la sociedad civil, diversos tipos de sistemas que promuevan en la sociedad un ambiente de mayor seguridad, universidades, grupos reducidos de las diferentes organizaciones sociales con valor ciudadano. La OPS aboga por que exista una inclusión de la salud en todas o la mayoría de decisiones legislativas de los

países y promueve la participación de todos los sectores para garantizar que las personas disfruten de una vida más larga y saludable, reconociendo que la salud es nuestro recurso más valioso. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), n.d.)

En América Latina: El número de partos por cesárea es significativamente mayor que el estándar recomendado por los profesionales de la salud a nivel mundial, que es de uno de cada diez. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015)

Aunque la cesárea es una intervención quirúrgica común y puede salvar vidas, su uso excesivo, especialmente en países con ingresos medianos y altos, puede ocasionar complicaciones tanto a corto como a largo plazo para la madre y el bebé. La OMS enfatiza la importancia priorizar para poder priorizar los requerimientos más urgentes individuales de cada una de las personas que busquen atención médica en lugar de enfocarse en alcanzar una tasa específica de cesáreas. Según datos recopilados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 25 países de la región, el promedio de partos por cesárea en América es del 38,9%, aunque esta cifra podría estar subestimada debido a que se basa principalmente en datos de entidades públicas. El aumento en las tasas de cesáreas es motivo de preocupación para el CLAP de la OPS y la OMS, ya que los efectos a largo plazo sobre la salud materna aún no se comprenden completamente. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015)

La repetición frecuente de cesáreas también expone a las pacientes en estado de gestación que puedan pasar por eventuales riesgos de salud en los posteriores embarazos, por ejemplo: la presencia de acretismo placentario, que aumenta significativamente después de la segunda cesárea y representa un riesgo de muerte materna por hemorragia. La falta de sistemas unificados para revisar y comparar las tasas de cesáreas ha llevado a la OMS a sugerir la clasificación de Robson como un sistema internacional y aplicable para este fin. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015)

10.8. Gestión y Actuar de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Cuando transcurrían en el tiempo el año 1985, los especialistas que laboraban en los diferentes sistemas de salud a nivel mundial han estimado que la tasa ideal de cesáreas debería ser entre el 10% y el 15%. Desde ahí, los números de cesáreas ha incrementado tanto en los estados industrializados como en aquellos que se encuentran en su respectivo progreso y modernización. Aunque el nacimiento mediante la intervención quirúrgica (cesárea), si se encuentre pertinente para haberla realizado, la decisión oportuna de llevarla a cabo puede ser efectiva para prevenir desenlaces catastróficos compatibles con muerte materna o neonatal, si este procedimiento es injustificado o innecesario, no se ha evidenciado que tenga ningún beneficio para las féminas o los neonatos. Como ocurre con cualquier cirugía, hay riesgos a corto y largo plazo vinculados con el parto por cesárea, que pueden durar años luego de la cirugía y afectar la salud de la fémina, el neonato y futuros embarazos. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016)

Conforme la OMS, los sujetos en países de recursos bajos no suelen tener acceso a intervenciones quirúrgicas, a pesar del aumento global de cesáreas en los últimos años. Sin embargo, el acceso a estas intervenciones varía ampliamente de un país a otro. Las investigaciones muestran que, en países con recursos muy limitados, las cesáreas representan el 29,6% de todas las operaciones, mientras que en 44 países con ingresos muy altos (17,7% de la población global o 1.200 millones de sujetos), este porcentaje es solo del 2,7%. Aunque algunos países han aumentado las cesáreas per cápita en la última década, la mayoría de las personas necesitadas en los países de ingresos bajos y medianos no disponen de atención de emergencia alternativa ni de intervenciones quirúrgicas que salven vidas. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016)

En el siguiente gráfico podemos observar el índice de cesáreas que se encuentran presentes en los países de América Latina en los últimos años, según la OMS:

Gráfico # 1
Indicación de tasas por países de cesáreas

PAÍS	AÑOS	% DE CESÁREA
Argentina	2011	29.1%
Bolivia	2011 - 2016	33.4%
Brasil	2015	55.5%
Canadá	2015	27.9%
Chila	2012	49.6%
Colombia	2016	45.8%
Costa Rica	2014	23.5%
Cuba	2012 - 2014	40.4%
República Dominicana	2012	58.1%
Ecuador	2015	49.0%
El Salvador	2016	31.3%
Guatemala	2009 - 2015	26.3%
Guyana	2012 - 2014	16.9%
Haití	2013	5.4%
Honduras	2006 - 2012	18.6%
México	2013 - 2015	40.7%
Nicaragua	2006 - 2012	29.7%
Panamá	2011 - 2013	27.7%
Paraguay	2014 - 2016	45.9%
Perú	2011 - 2016	31.6%
Estados Unidos	2015	32.0%
Uruguay	2015	39.4%
Venezuela	2009	32.2%

10.9. Gestión y actuar del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP):

El MSP del Ecuador dentro de sus competencias manifiesta una responsabilidad de dirigir, verificar cumplimiento y supervisar que todos los ejes de salud entre ellos la promoción y prevención de la red de salud sean llevados de la mejor manera aplicando políticas, modelos, reglamentos y otras directrices, y la negociación de acuerdos para garantizar la eficacia del sector sanitario. Entre sus funciones se incluyen proponer y validar directrices técnicas y financieras para reformar el Sistema Nacional de Salud, determinar un marco legal nacional

para la bioética en salud, validar la producción en salud, el financiamiento económico, los análisis de epidemiología y tecnologías en salud, brindar un análisis de la producción en salud e información del sistema y hacer recomendaciones al sistema nacional de salud ecuatoriano, estas funciones se estiman que tienen un carácter de vitales para que se lleve a cabo un adecuado cumplimiento de todas las normativas que conlleva esta cartera de estado.. (Guía de Práctica Clínica, 2017)

Según la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, las tendencias hacia la cesárea están aumentando y esto es evidente en varios países con altas tasas de cesárea. Por ejemplo, en Europa, el porcentaje alcanza el 21%, en Estados Unidos el 26%, en el país que representa a Oceanía cómo lo es Australia, según los reportes alcanza una tasa de cesáreas de hasta el 23%, y en países latinoamericanos como por ejemplo Brasil, Argentina, México y Chile se llega a tener valores preocupantes como lo es del 50%. La tendencia al alza de las tasas de cesárea se debe a varios factores, como el uso de técnicas anestésicas y quirúrgicas avanzadas que reducen el dolor durante el parto y aumentan la seguridad del paciente y del médico. Por lo tanto, el elevado número de partos por cesárea se consideran problemas de salud pública. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

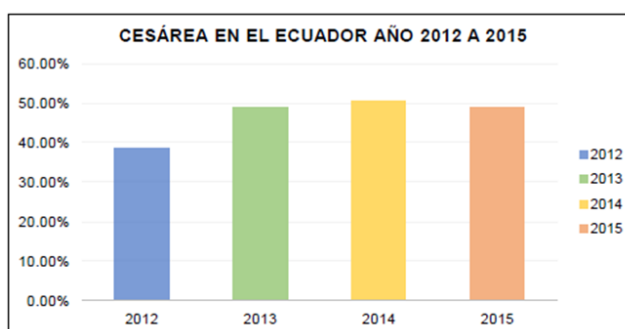
En el siguiente gráfico se puede evidenciar información detallada a cerca de como en los últimos años (desde el 2012 al 2015), se ah venido presentando los porcentajes de cesáreas según los nacimientos en el Ecuador, en dónde se puede evidenciar un aumento en los puntos porcentuales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

*Gráfico # 2
Tasas de Cesáreas en Ecuador*

AÑO	% CESAREA
2012	38.59%
2013	48.76%
2014	50.62%
2015	48.97%

La tasa porcentual de cesáreas realizadas ha ido en aumento, pero en el año 2015 se observó una disminución del dos por ciento en comparación con años anteriores. Este descenso se atribuye a diversas iniciativas sociales, a la intervención del Ministerio de Salud y a campañas gubernamentales. En el siguiente gráfico se evidencia en diagrama de barras, de forma gráfica lo previamente manifestado,

Gráfico # 3
Cesáreas en Ecuador año 2012 a 2015



10.9.1. Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC)

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador ha recopilado datos entre 2001 y 2013 sobre la tasa de cesáreas tanto en el sector público como en el privado. Las cifras muestran que, en los últimos trece años, el índice porcentual (tasa) a nivel nacional de nacimientos por vía abdominal quirúrgica (cesárea) ha ido en aumento indicando un valor en dos veces más que la del sistema nacional de salud. En el sector privado, el parto por cesárea es del 57,5%, entretanto que, las intervenciones quirúrgicas cesáreas en los hospitales o casas de salud públicas del Ecuador llega hasta un porcentaje del 22.3%. Estas cifras reflejadas, según los párrafos anteriores están por encima de las recomendaciones de la OMS quienes manifiestan que un porcentaje óptimo debe encontrarse entre el 10 al 15% en cada una de las naciones miembros de la entidad. Los valores estadísticos mencionados con anterioridad en este párrafo han sido recolectados y dados a conocer mediante la encuesta en la que se tabula el tipo de parto por el cual las mujeres gestantes han presentado la terminación de su embarazo

en el Ecuador durante el año 2016, y se presenta la esquematización en el siguiente gráfico.
(Guía de Práctica Clínica, 2017)

Gráfico # 4
Tasas de nacimientos por provincias, según la vía de parto, año 2016

Provincia	Tipo de parto		Total
	Normal	Cesárea	
Azuay	4.96%	4.55%	4.77%
Bolívar	1.30%	0.61%	0.99%
Cañar	1.47%	1.22%	1.36%
Carchi	1.09%	0.66%	0.90%
Cotopaxi	3.58%	1.54%	2.67%
Chimborazo	3.68%	1.85%	2.86%
El Oro	3.32%	3.11%	4.12%
Esmeraldas	5.24%	2.25%	3.91%
Guayas	20.91%	32.99%	26.30%
Imbabura	3.58%	1.84%	2.80%
Loja	3.12%	2.51%	2.84%
Los Ríos	4.39%	6.69%	4.41%
Manabí	6.80%	9.43%	7.97%
Morona Santiago	2.68%	0.53%	1.72%
Napo	1.37%	0.38%	0.93%
Pastaza	1.35%	0.39%	0.92%
Pichincha	17.72%	16.08%	16.99%
Galápagos	0.14%	0.12%	0.13%
Sucumbios	1.82%	0.92%	1.42%
Orellana	2.08%	0.57%	1.40%
Santo Domingo de los Tsáchilas	3.34%	3.70%	3.50%
Santa Elena	2.18%	2.20%	2.19%
TOTAL	100%	100%	100%

Los datos presentados en el gráfico número cuatro indican que las provincias con la mayor prevalencia de nacimientos por vía alta (cesárea) son: en primer lugar, la provincia del Guayas con un porcentaje anual del 32.3%, seguido por la provincia de Pichincha quién presenta un porcentaje anual del 15.7%. Estas cifras representan un porcentaje considerable que se puede inferir que estas provincias tienen más número de cesáreas realizadas en congruencia con la

cantidad de población existente en su territorio y por ende mayor número de nacimientos anuales. (Guía de Práctica Clínica, 2017)

10.10. Implicaciones legales

La finalidad de esta ley es brindar información sobre las opciones disponibles para las mujeres embarazadas, permitiéndoles elegir el tipo de parto que desean y garantizando atención integral durante este proceso. Su objetivo principal es reducir el riesgo asociado con intervenciones quirúrgicas innecesarias, promoviendo prácticas menos invasivas. A pesar de que se han abordado temas como la violencia sexual, psicológica y física durante años, la violencia obstétrica hacia las mujeres y los recién nacidos ha sido pasada por alto. Esta ley busca respetar los ritmos naturales del alumbramiento de cada madre y evitar intervenciones hospitalarias de emergencia que algunos médicos pueden ver como una oportunidad lucrativa para realizar cesáreas. Además, busca garantizar un trato digno y respetuoso para los recién nacidos, evitando que sean utilizados con fines de investigación o enseñanza. Esto fue establecido por la Asamblea Nacional entre 2013 y 2017.

10.10.1. Plan de la existencia del parto humanizado en Ecuador

Dentro de los apartados se contempla la existencia del Artículo #8, el cuál habla y da a entender directrices sobre el nacimiento por vía cesárea. En dónde se llega a manifestar que el parto por la vía de la cesárea se puede llegar a presentar o producir en circunstancias excepcionales, cuando existen razones médicas esenciales e inevitables para el procedimiento destinado a proteger de manera principal y sobre todas las cosas la existencia de la paciente gestante (madre) y del producto (neonato). Para esta forma de nacimiento que es la vía quirúrgica (cesárea), la existencia de diferentes normas, procesos y guías estandarizadas o protocolos de manejo médicos los cuales han sido dados o dictados por la autoridad sanitaria nacional son de obligado cumplimiento y deben seguirse estrictamente. (Guía de Práctica Clínica, 2017)

10.10.2. Fuente de consulta de nacimientos en Ecuador

De acuerdo con el INEC en 2014, la existencia oportuna de la ENSANUT, que es una encuesta a nivel nacional que engloba o busca datos sobre la salud y la nutrición en el Ecuador, en dónde las principales funciones de estas dos entidades es dar a conocer los diferentes estudios que recopilan datos relacionados con diversos aspectos de la salud, como la salud reproductiva, materna e infantil, padecimientos crónicos no transmisibles, estados nutricionales, hábitos alimenticios y el uso de suplementos para prevenir enfermedades. Asimismo, recopila información sobre el acceso de la población ecuatoriana a los servicios de salud y el gasto relacionado con la salud. (Guía de Práctica Clínica, 2017)

10.11. Calidad de vida postparto

Los períodos posparto abarcan las primeras seis semanas después del parto, un momento crítico marcado por una serie de cambios en la madre que afectan su vida en términos sociales, mentales y físicos. La gestión de estos cambios influye en la calidad de vida y la salud de las mujeres en esta etapa. Cualquier adición a estos cambios puede incrementar significativamente los problemas psicológicos, como la depresión. (Mokhtaryan-Gilani et al., 2022)

Investigaciones sobre la calidad de vida de las mujeres posparto han señalado los impactos negativos de factores clínicos y ambientales, como el dolor, la fatiga, la incontinencia urinaria, las complicaciones del embarazo, el tipo de parto, la depresión posparto, la disfunción sexual, la falta de apoyo social, la sobrecarga de responsabilidades, la falta de colaboración del cónyuge, un alto índice de masa corporal materno y la depresión posparto, en la percepción subjetiva de la calidad de vida de las madres, aspectos importantes que reflejan la salud de la madre y el niño. (Mokhtaryan-Gilani et al., 2022)

La calidad de vida se define como "la percepción individual de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares y

preocupaciones". Según la OMS, la calidad de vida abarca seis dimensiones: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales. Es un concepto que aborda tanto los aspectos positivos como negativos de la vida y la satisfacción general, incluyendo la salud física, la familia, la educación, el trabajo, la situación financiera, las creencias religiosas y el entorno. (Mokhtaryan-Gilani et al., 2022)

10.12. Seguimiento pacientes puérperas

Es crucial considerar las estrategias de atención posparto, que incluyen aspectos como el lugar, el momento, el método y los proveedores de atención, ya que pueden influir en los resultados maternos durante el primer año después del parto. Sin embargo, la disponibilidad de evidencia suele ser limitada para determinar cuáles son las prácticas más efectivas. (Saldanha et al., 2023)

La información disponible no es suficiente para determinar con claridad la frecuencia, el contenido o los lugares óptimos (como el hogar, la consulta médica o el contacto telefónico) para el seguimiento posparto. Sin embargo, se sugiere considerar una visita posparto temprana, idealmente entre una y dos semanas después del parto, para mujeres que han tenido una cesárea, problemas médicos que requieren seguimiento cercano o factores de riesgo de depresión posparto o trastorno de estrés postraumático después de una experiencia de parto traumática. (Saldanha et al., 2023)

Anteriormente, se recomendaba una visita posparto entre cuatro y seis semanas después del parto. En 2018, la ACOG recomendó un encuentro con un proveedor de atención materna dentro de las primeras tres semanas posparto para abordar problemas agudos, con seguimiento continuo según sea necesario y una visita posparto completa a más tardar a las 12 semanas después del parto. (ACOG, 2018). La OMS sugiere una evaluación posparto rutinaria a los 3

días, 1 a 2 semanas y 6 semanas después del parto. Es beneficioso proporcionar educación sobre los signos y síntomas de complicaciones hipertensivas, monitorizar la presión arterial y realizar un seguimiento temprano de la presión arterial posparto, dentro de las dos primeras semanas después del alta, para mujeres con enfermedades hipertensivas durante el embarazo, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Para pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, la ACOG recomienda una evaluación de la presión arterial dentro de las 72 horas posteriores al alta en casos de hipertensión grave durante el embarazo o el posparto, y a más tardar entre 7 y 10 días después del parto en casos de hipertensión no grave. (World Health Organization, 2018). Por citar un ejemplo de seguimiento de pacientes puérperas; el Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo señaló que el 89 % de las mujeres en posparto en los Estados Unidos recibieron una visita de atención posparto, aunque esta cifra fue notablemente menor en ciertos grupos específicos (71% para aquellas con menos de ocho años de educación, y 66% para aquellas que no habían recibido cuidado prenatal). Se sugiere que se informe sobre la importancia de la visita posparto durante la atención prenatal, que se programe la visita antes del alta hospitalaria y que se proporcionen recordatorios (a través de correo, teléfono o mensajes de texto) para mejorar la asistencia a esta visita. La posibilidad de realizar visitas virtuales (telemedicina) y de proporcionar equipos, como monitores de presión arterial, también puede contribuir a fomentar la participación en la atención posparto. (CDC, 2007)

El personal médico debe evaluar la adaptación del paciente a la vida con el recién nacido y actualizar su historial. Se debe abordar cualquier problema que el paciente perciba. Cabe destacar que los temas de rutina que se vuelven a abordar en la visita de seguimiento incluyen la salud del bebé, el estado de ánimo de la paciente, el plan anticonceptivo (si aún no está implementado), el regreso a la actividad sexual y cualquier dificultad con la lactancia. (Saldanha et al., 2023)

El examen físico en la visita posparto incluye evaluación de los signos vitales, tiroides, senos (fisuras, sensibilidad, bultos, cambios en la piel), abdomen (diástasis, hernias), genitales externos/perineo (curación de heridas, fístulas), vagina (soporte pélvico), cuello uterino, útero/anexos (tamaño, sensibilidad, masas) y extremidades. (Saldanha et al., 2023)

10.13. Cuestionario de Salud SF-36

El cuestionario de salud SF-36 fue creado en los años noventa en los Estados Unidos para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Esta herramienta es una escala genérica que ofrece un perfil del estado de salud y puede usarla tanto pacientes como por la población. Se ha demostrado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en diversos grupos, comparar la carga de diferentes enfermedades, identificar los beneficios de varios tratamientos y evaluar el estado de salud de pacientes individuales. Con más de 400 artículos que respaldan sus buenas propiedades psicométricas y la realización de numerosos estudios que permiten comparar resultados, el SF-36 se considera un instrumento con un sólido potencial diagnóstico. (Vilagut Gemma et al., 2005)

Este cuestionario consta de 36 preguntas que evalúan tanto aspectos positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una amplia gama de cuestionarios utilizados en el MOS, seleccionando los conceptos esenciales para mantener la validez y la fiabilidad de la prueba inicial. El cuestionario final abarca 8 escalas que representan los conceptos de salud más comunes en otros cuestionarios, así como aspectos relevantes para la enfermedad y el tratamiento. (Vilagut Gemma et al., 2005)

En este sentido, las escalas del instrumento incluyen Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Cabe destacar que, cuenta con un ítem de transición que pregunta sobre el cambio percibido en el

estado de salud durante el año anterior. Aunque este ítem no se utiliza para calcular las escalas, proporciona información valiosa sobre la evolución del estado de salud. (Vilagut Gemma et al., 2005)

Existen dos versiones del cuestionario en cuanto al período de referencia: la "estándar" (4 semanas) y la "aguda" (1 semana). El SF-36 está diseñado para personas de 14 años o más y se prefiere su autoadministración, aunque también puede ser administrado mediante entrevista personal o telefónica. La consistencia interna no varía significativamente entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista. (Vilagut Gemma et al., 2005)

Gráfico # 5
Contenido de las escalas de SF-36

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

11. DISEÑO METODOLÓGICO

11.1. Tipo de estudio: Para llegar a cumplir los objetivos planteados y dar respuesta a la pregunta de investigación citados en este protocolo de investigación me encuentro planteando un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo observacional y prospectivo, donde se utilizará como instrumento de acopio de datos unos formularios validados previamente, que constara de variables socio-demográficas y variables de estudio, además se aplicará el test de salud SF-36, para determinar: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, el mismo que será aplicado a todas las pacientes puérperas, primíparas sea por parto vaginal y/o cesárea, cuyo nacimiento fue atendido en el Hospital Básico de Yantzaza entre octubre 2024 a marzo 2025.

11.2. Universo de estudio:

Serán parte del presente estudio todas aquellas pacientes puérperas, cuyos partos fueron atendidos por vía vaginal o cesárea en el Hospital Básico de Yantzaza durante el período octubre 2024 a septiembre 2025. Como referencia de universo se utilizan el reporte estadístico del año 2023 del Hospital Básico de Yantzaza que indica que existieron un total de 614 nacimientos, distribuidos de la siguiente manera: 496 partos cefalovaginales y cesáreas 118

11.3. Tamaño de la muestra:

La muestra que se plantea en mi protocolo de investigación es no probabilística, es decir, que la elección de las participantes en la investigación no depende de las probabilidades, sino, de las particularidades del estudio y/o el propósito de la investigación. Por lo que podría indicar que la muestra se corresponderá con el universo es decir total de nacimientos de pacientes nulíparas sea por parto vaginal y/o cesárea.

11.4. Área de estudio:

En la ciudad de Yantzaza, Provincia de Zamora Chinchipe, en el Distrito de salud 19D04, lo que engloba el territorio de las pacientes puérperas atendidas y que serán parte del estudio.

11.5 Criterios de inclusión:

Se incluyen a todas las pacientes primíparas por parto vaginal y/o cesárea, cuyo parto sea asistido en el Hospital Básico de Yantzaza, en el período octubre 2024 a marzo 2025, que posean historia clínica de atención hospitalaria, que se encuentren en puerperio mediano y/o tardío y que firmen el consentimiento informado.

11.6 Criterios de exclusión:

Se excluirá de esta investigación a la totalidad de pacientes que se encuentren en su primer puerperio mediano o tardío cuya atención de parto no se realizó en el Hospital Básico Yantzaza durante el período octubre 2024 a marzo 2025.

Se excluirá a aquellas pacientes que no deseen formar parte del estudio, al no firmar el consentimiento informado.

11.7 Variables.

11.7.1 Operacionalización de las variables sociodemográficas.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de variable	Escala
Edad	Tiempo que ha pasado desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido medido en años	Cuantitativa	Numérica
Sexo	Propiedades genéticas y fenotípicas.	Características fenotípicas.	Cualitativa	Si / No
Residencia	Lugar donde reside el sujeto persona.	Cantones de Yantzaza	Cualitativa	Si /No
Nivel de escolaridad	Nivel de formación y capacidad de los padres para dirigir y transmitir responsablemente valores a sus hijos.	Hasta que nivel estudió	Cualitativa	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
Profesión	significa acción y efecto de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Trabajo u oficio que realice	Cualitativa	Abogado Doctor Economista Ingeniero Arquitecto Otros
Ocupación	Clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.	Ocupación que realice	Cualitativa	Taxista Empleada doméstica Albañil Comerciante Desocupado Otras

Estado civil	Situación jurídica que demuestra el tipo de unión que se tiene con la pareja	Estado civil según informe la paciente	Cualitativa	Soltera Unida Casada Divorciada Viuda
Parto	Evento natural y/o médico que implica el nacimiento de un ser humano desde el vientre de su madre.	Vaginal: Nacimiento por la vagina de la madre. Cesárea: Nacimiento mediante realización de una cirugía por el abdomen de la madre	Cualitativa	Parto Vaginal Cesárea
Calidad de vida	Percepción que una persona tiene de su existencia, en base a su cosmovisión, valores, relaciones inter e intrapersonales, sensación de bienestar	Valoración de estados físicos y mentales mediante sensación subjetiva de bienestar. 8 componentes	Cualitativa	Aplicación del test validado de salud SF-36

11.8 Procedimientos e Instrumentos.

Variables socio demográficas y de estudio

La información será debidamente recolectada a través de un formulario que está constituido por variables socio demográficas, variables de estudio, test de salud SF-36.

11.9. Técnicas de investigación utilizadas.

- Análisis documental: Revisión Bibliográfica
- Encuestas: A las pacientes puérperas primíparas, sea por parto vaginal y/o cesárea, que sean atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza, en el período octubre 2024 a marzo 2025.

12. ASPECTOS ÉTICOS.

Se solicitará la conformidad: del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de las Américas (UDLA); así mismo se solicitará autorización de la aplicación de esta investigación al Director del Hospital Básico de Yantzaza y al Director Distrital de Salud 19D04 (**Anexo 1**), se obtendrá el consentimiento informado (**Anexo 2**) correspondiente de cada una de las pacientes para la aplicación de la escala que es el instrumento de esta investigación, se les entregará la información necesaria a las pacientes que voluntariamente decidan ser partícipes de esta investigación; serán informados sobre los objetivos del estudio, también se indica que las informaciones son estrictamente confidenciales, el nombre o información específica no será utilizada en otros trabajos, ni será divulgada de ninguna manera y se respetará su autonomía.

La recolección de los datos se realizará mediante la aplicación de la escala previamente mencionada (**Anexo 3**), el procedimiento se llevará a cabo en un ambiente de privacidad. Se garantizará por parte de los investigadores, la absoluta reserva de la información recabada, así como el respeto a cada uno de los pacientes colaboradores. En este protocolo de investigación se adjuntará las preguntas del test previamente validadas a la versión en español, por lo que se agrega al anexo textual de la cita bibliográfica.

Se debe mencionar que previa revisión y conocimiento por parte del investigador se desarrollará la investigación en base a los criterios éticos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM)

13. MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS.

Los datos recolectados, se los agrupará en cuadros estadísticos, el análisis será cuantitativo. Para esto se utilizará el programa SPSS 26 versión evaluación, y Microsoft Office.

Para la recolección de datos se realizará la elaboración de una encuesta donde se comprende las variables sociodemográficas de las pacientes, datos de los partos y puerperios. Esta encuesta se aplicará a pacientes que se encuentren en puerperio mediano y/o tardío (hasta 42 días postparto) que se las llamará a control postparto y/o que se realicen visitas domiciliarias. En la encuesta se incorporará un test previamente validado al idioma español, según referencias, que posee una cantidad de treinta y seis interrogantes fundamentadas en seis principales criterios para valorar bienestar en salud física y mental, los campos que se encuentran inmersos en el test son: bienestar mental, sensación de bienestar en general, funcionalidad del cuerpo, su vitalidad y ganas de vivir, el papel actual en que se encuentran sus emociones y la percepción del dolor que tan aguda es. Este test que se utilizará como instrumento como se indicó ya presenta validez con anterioridad para el idioma español. Los criterios para puntuar cada una de las respuestas oscila desde una cantidad de 100 que se interpreta como un estado de bienestar y salud excelente y el valor de 0 cuando la paciente siente que su estado actual es preocupante o malo.

Las medidas estadísticas que utilizaremos en el desarrollo de la tabulación de datos son las frecuencias, porcentajes, Chi cuadrado, valor de P, razón de prevalencia que serán presentados a través de tablas simples y de doble entrada para conseguir los resultados que se plantearon en los objetivos y gráficos según la naturaleza de cada variable.

La información recolectada será almacenada o guardada en los archivos del investigador con carácter de confidencial, los cuestionarios aplicados en físico serán guardados por el investigador y a libre disposición de interesados que requieran la veracidad de este estudio. Los

resultados serán presentados en formato físico y digital dependiendo el caso y a quién interese conocer los resultados obtenidos.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES							
ACTIVIDAD	FECHAS						RESPONSABLE
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5 al 10	MES 11	
Planteamiento de pregunta de investigación y revisión bibliográfica							Jorge Altamirano
Desarrollos objetivos, marco teórico y diseño metodológico							
Análisis del protocolo al comité de ética							
Aprobación de investigación por las instituciones involucradas							
Recolección de información							
Análisis y elaboración de resultados							
Presentación de informe final, con conclusiones y recomendaciones							

15. RECURSOS

15.1 Recursos materiales y equipos. - Establecimiento: Hospital Básico de Yantzaza localizado en la ciudad de Yantzaza, provincia de Zamora Chinchipe, dirección Avenida Rolando Cobos y Guayacanes; cuestionario para recolección de datos (incluido el test de salud SF-36 (**Anexo 3**), libros, revistas, internet, publicaciones, computadoras, impresoras y vehículo.

Recursos humanos.

Recursos Humanos Directos:

Responsable: Jorge David Altamirano Jiménez

Director de tesis: Dra. Ana Lucía Martínez

Recursos Humanos Indirectos:

Todas las pacientes que firmaron consentimiento informado, y cumplen los criterios de inclusión, y que pertenecen al universo de estudio.

Recursos Financieros. - El proyecto está íntegramente financiado por el investigador.

Quién se harán cargo de todos los gastos que impliquen el desarrollo del estudio.

RUBROS	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
EQUIPOS.				
Computadora.	Equipo	1	700	700.00
MATERIALES/INSUMOS				
Copias para formularios	costo/unidad	900	0,03	27
Carpetas	costo/unidad	3	1,5	4.75

Tinta para impresión	costo/unidad	3	35	105.00
Anillados	costo/unidad	6	1,25	7.50
TRANSPORTE				
Gasolina	costo/galón	25	1,48	37
INTERNET				
Wi-fi	costo/hora	100	1	100.00
TOTAL	dólares			981.25

La propuesta de presupuesto indica los costos aproximados incurridos durante el progreso de este plan de investigación, los cuales podrán variar de acuerdo a los requerimientos que surjan durante el procedimiento.

16. BIBLIOGRAFÍA

- Carrión, Rosa. H. Katerin. (2017). *PERCEPCIONES SOBRE LA CESÁREA COMO VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN EL PACIENTE MUJER DE 17 A 40 AÑOS QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. JUNIO 2017.* UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO.
- CDC. (2007). Postpartum care visits--11 states and New York City, 2004. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(50), 1312–1316.
- Coordinación General de Planificación- MSP- INEC. (2016). Boletín Nacimientos por Cesáreas 2013-2016. In <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Boletin-Nacimientos-por-Ces%C3%A1reas-2012-2016.pdf>. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Durán, S. G. & M. (2003). *Economía de la salud* (Instituto Mexicano del Seguro Social, Ed.; Primera).
- ESAN. (2015). *Economía de la salud: ¿En qué consiste y cuáles son sus principales retos?* <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/economia-salud-cuales-principales-retos>.
- F. Gary Cunningham, K. J. L. J. S. D. B. L. H. C. Y. S. B. M. C. (2023). Capítulo 30: Cesárea e histerectomía obstétrica. In K. J. L. J. S. D. B. L. H. C. Y. S. B. M. C. F. Gary Cunningham (Ed.), *Williams Obstetricia, 26e* (26th ed.). McGraw Hill Education.
- Godoy, María. R. Rebeca. (2017). *CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS HISTERECTOMIZADAS ENTRE 30 Y 65 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014, CUENCA-ECUADOR.* [Universidad de Cuenca]. <https://n9.cl/9u74i>
- Guía de Práctica Clínica. (2017). Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. In *Ministerio de Salud Pública Ecuador*.
- José Félix García-Rodríguez, A. G.-F. O. P.-H. L. M.-P. (2017). Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. *SALUD EN TABASCO*, Vol. 23, No. 1 y 2.

- Kearney, L., Kynn, M., Craswell, A., & Reed, R. (2017). The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1216-1>
- Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P., & Zhang, J. (2014). A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 160. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-160>
- Lozano Edith. (2017). *Nivel de satisfacción de la puérpera post cesárea sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2017*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Boletín Nacimientos por cesárea MSP 2012-2015*. <https://Www.Salud.Gob.Ec/Wp-Content/Uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.Pdf>. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Atención del parto por cesárea*. Ministerio de Salud Pública Del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
- Mokhtaryan-Gilani, T., Kariman, N., Sharif Nia, H., Ahmadi Doulabi, M., Nasiri, M., & Mokhtarian Gilani, T. (2022). Evaluation of the Predictors of the Quality of Life in the Postpartum Period: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i6.9695>
- Mozo Eva. (2014). *Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa*. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
- Nápoles Méndez, D. and C. N. D. (2017). Análisis de la cesárea como fuente de costo. *MEDISAN*, 21(8).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, November 7). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento*

adecuado. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (n.d.). *Quiénes Somos*. <https://www.paho.org/es/quienes-somos>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015, April 10). *La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamento necesaria*. <https://www.paho.org/es/noticias/10-4-2015-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamento-necesaria>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017, July). *Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas (capítulo de Salud en las Américas+)*. <https://www.paho.org/es/documentos/determinantes-sociales-salud-region-americas-capitulo-salud-americas>.

Poradzisz, M., & Florczak, K. L. (2013). Quality of Life. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 116–120. <https://doi.org/10.1177/0894318413477149>

Rodríguez Rocío. (2018). *FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA; 2017*. Universidad Católica de Santa María.

Rojas Ochoa Francisco. (2013). Economía, crisis y salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 194–196.

Sadat, Z., Taebi, M., Saberi, F., & Kalarhoudi, M. A. (2013). The association among style of distribution besides postnatal bodily besides cerebral health linked excellence of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(6), 499–504.

Saldanha, I. J., Adam, G. P., Kanaan, G., Zahradnik, M. L., Steele, D. W., Danilack, V. A., Peahl, A. F., Chen, K. K., Stuebe, A. M., & Balk, E. M. (2023). *Postpartum Care up to 1 Year After Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis*. <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER261>

The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). (2023, November). *Reasons for Cesarean Birth*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth>.

- Vega Bertha, & Villota Laura. (2016). *“PREVALENCIAS Y CAUSAS DE LAS CESAREAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO JULIO A DICIEMBRE DE 2014.CUENCA 2015*. Universidad de Cuenca.
- Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rebollo Pablo, & Rajmil Luis. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria- Barcelona, 19*.
- Villanueva Luis. (2004). Operación cesárea: una perspectiva integral. In <https://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12824> (Vol. 47). Revista de la Facultad de Medicina- UNAM. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046e.pdf>
- World Health Organization. (2018, April). *WHO Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health*. Http://Www.Who.Int/Maternal_child_adolescent/En/.

17. ANEXOS

17.1 Anexo 1- Solicitudes

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dr. Diego Barba

DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA

Fecha: Junio del 2024

Yantzaza. -

De mis consideraciones:

Yo, Jorge David Altamirano Jiménez con número de cédula de identidad 1104670110, estudiante de La Universidad de las Américas (UDLA), cursando la Maestría en Salud Pública, solicito encarecidamente la autorización para la realización de nuestro proyecto de tesis, en las instalaciones del Hospital Básico de Yantzaza, para poder obtener el título de Magíster de la República del Ecuador, efectuando el estudio del tema:

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PRIMÍPARAS POSTPARTO Y POSTCESÁREA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA, PERÍODO OCTUBRE 2024 A MARZO 2025”

Por la atención favorable a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Md. Jorge David Altamirano Jiménez

1104670110

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dra. Rita del Cisne Torres Rodríguez

DIRECTOR DEL DISTRITO DE SALUD 19D04 YANTZAZA- EL PANGUI

Fecha: Junio del 2024

Yantzaza. -

De mis consideraciones:

Yo, Jorge David Altamirano Jiménez con número de cédula de identidad 1104670110, estudiante de La Universidad de las Américas (UDLA), cursando la Maestría en Salud Pública, solicito a usted muy comedidamente, no conceda la autoridad para la ejecución de nuestro proyecto de tesis, en las instalaciones del Hospital Básico de Yantzaza, y posterior visita a las pacientes puérperas en el territorio que abarca el Distrito de Salud 19D04, para poder alcanzar el título de Magíster de la República del Ecuador, efectuando la investigación del tema:

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PRIMÍPARAS POSTPARTO Y POSTCESÁREA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA, PERÍODO OCTUBRE 2024 A MARZO 2025”

Por la atención favorable a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Md. Jorge David Altamirano Jiménez

1104670110

17.2. Anexo 2- Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Salud Pública

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PRIMÍPARAS POSTPARTO Y POSTCESÁREA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA, PERÍODO OCTUBRE 2024 A MARZO 2025

La presente investigación tiene como directora a la Dra. Ana Lucía Martínez y es realizada por el investigador Jorge David Altamirano Jiménez, estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de las Américas (UDLA), para efectuar mi proyecto de investigación: “ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PRIMÍPARAS POSTPARTO Y POSTCESÁREA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA, PERÍODO OCTUBRE 2024 A MARZO 2025”, previa a la culminación de la Maestría en Salud Pública.

Información del estudio. - En el estudio se investigará la calidad de vida de las personas que tuvieron su primer parto por vía vaginal y/o por cesárea, y que fueron atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza durante el período octubre 2024 a marzo 2025, aplicando la encuesta de salud SF-36.

Su participación en este estudio no implica ningún riesgo ni afecta su integridad física o mental. Los datos obtenidos serán empleadas en beneficio de la paciente que en un futuro tendrá

un parto vaginal o por cesárea por primera vez, asimismo, es confidencial y no se utilizará para ningún otro fin fuera de este estudio.

La participación en este análisis es completamente voluntaria, usted tiene derecho a elegir participar en el estudio sin ningún daño para usted. Si presenta alguna pregunta sobre este estudio, comuníquese al siguiente número de teléfono: 0985203487. Gracias de antemano por su participación.

Una vez comprendido el estudio y desea ser participe, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento.

Yo _____ con cédula de identidad _____, libremente y sin presión alguna, como representante legal, acepto ser partícipe de estudio. Estoy de acuerdo con la información recibida. Entiendo que la información proporcionada durante este estudio es rigurosamente confidencial y no se utilizará para ningún motivo fuera de este análisis sin mi permiso. Se me informó que puedo hacer preguntas sobre este estudio y que era libre de elegir participar sin sufrir perjuicio alguno. También se me indicó que debía llenar un formulario de recolección de datos (incluye SF-36).

Firma del Participante

17.3 Anexo 3- Cuestionario a aplicar

**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
PRIMÍPARAS POSTPARTO Y POSTCESÁREA MEDIANTE LA APLICACIÓN
DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 EN EL HOSPITAL BÁSICO DE
YANTZAZA, PERÍODO OCTUBRE 2024 A MARZO 2025”**

Formulario N° _____

Fecha: _____

Instructivo:

- Este cuestionario es parte de un proyecto de investigación que examina la calidad de vida de las personas que tuvieron su primer parto por vía vaginal y/o por cesárea, y que fueron atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza durante el período octubre 2024 a marzo 2025, aplicando la encuesta de salud SF-36. Necesitamos su colaboración.
- La información que nos proporciones es estrictamente confidencial.
- El tiempo que le tomará a usted llenar el cuestionario es un estimado de entre 15 a 20 minutos, cualquier duda que tenga a cerca de las preguntas planteadas serán resueltas por el investigador a cargo y/o la persona que aplique la encuesta.
- Usted para ser parte de esta investigación, cumplió con los criterios de inclusión y exclusión previos, y se encuentra seleccionable dentro de la muestra/universo obtenidos.
- Tome en cuenta que cada pregunta tiene una sola respuesta que tiene que marcarla en el recuadro que corresponda.

Adelante, y muchas gracias su colaboración:

1. Edad del paciente _____ años

2. Sexo

2.1 Masculino 2.2 Femenino

3. Residencia

3.1 Cantón Yantzaza 4.2 Otros cantones

4. Indique el nivel de escolaridad de la paciente

4.1 Analfabeto 4.3 Secundaria

4.2 Primaria 4.4 Superior

5. Profesión de la paciente:

5.1 Abogada 5.4 Ingeniera

5.2 Doctora 5.5 Arquitecta

5.3 Economista 5.6 Otras

10.3 Economista 10.6 Otras

6. Ocupación de la paciente:

6.1 Taxista 6.5 Agricultor

6.2 Empleada doméstica 6.6 Desocupado

6.3 Albañil 6.7 Otras

6.4 Comerciante

7. Estado civil de la paciente:

7.1 Soltera 7.4 Divorciada

7.2 Unida 7.5 Viuda

7.3 Casada

8. Tipo de parto que presentó la paciente:

8.1 Parto vaginal 8.2 Cesárea

9. Test de salud SF-36: Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rebollo Pablo, & Rajmil Luis. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria- Barcelona, 19. (Vilagut Gemma et al., 2005)

CUESTIONARIO DE SALUD SF - 36

Marque una sola respuesta:

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- Sí , me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí**
- No**

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí**
- No**

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí**
- No**

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada**
- Un poco**
- Regular**
- Bastante**
- Mucho**

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno**
- Sí, muy poco**
- Sí, un poco**
- Sí, moderado**
- Sí, mucho**
- Sí, muchísimo**

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada**
- Un poco**
- Regular**
- Bastante**
- Mucho**

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- Totalmente cierta**
- Bastante cierta**
- No lo sé**
- Bastante falsa**
- Totalmente falsa**

36. Mi salud es excelente

- Totalmente cierta**
- Bastante cierta**
- No lo sé**
- Bastante falsa**
- Totalmente falsa**

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 ítems que pretenden recoger todos los aspectos relevantes para caracterizar la salud de un individuo. Con estas preguntas se trata de cubrir, al menos, 8 aspectos o dimensiones: Función Física, Rol Físico; Dolor Corporal; Salud General; Vitalidad; Función Social; Rol Emocional y Salud Mental. Para cada una de estas dimensiones se pueden computar escalas de puntuación, fácilmente interpretables, caracterizadas todas ellas por encontrarse ordenadas, de tal suerte que cuanto mayor es el valor obtenido mejor es el estado de salud.