

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y
DESARROLLO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y
EPIDEMIOLOGICA

“TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL”
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA

TEMA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN
LA MORTALIDAD EN EMBARAZADAS DE LA ZONA 3- 2014-2015

AUTOR: Dr. Wilson Nina Mayancela

TUTOR: Dr. Mario Alberto Paredes Cruz, M.Sc.

GUAYAQUIL – ECUADOR

Septiembre 2016



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN COMPLEXIVO

TÍTULO: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD EN EMBARAZADAS DE LA ZONA 3- 2014-2015

AUTOR/ES: Dr. Wilson Nina Mayancela

REVISORES:

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Facultad de Ciencias Médicas

PROGRAMA:

FECHA DE PUBLICACIÓN:

NO. DE PÁGS:

ÁREA TEMÁTICA: Ciencias de la Salud

PALABRAS CLAVES: Mortalidad Materna, Factores de Riesgo

RESUMEN: La muerte materna es una tragedia familiar y comunitaria que tiene profundas consecuencias sociales y económicas, que a pesar de los ingentes esfuerzos que realiza el país persisten elevadas tasas de morbimortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo que inciden en la mortalidad de las embarazadas de la zona 3 en los años 2014 y 2015 mediante el estudio de variables epidemiológicas con el fin de identificar las variables de mayor impacto y plantear intervenciones que puedan disminuir la muerte materna en la zona 3.

Metodología: Se trata de una investigación de tipo no experimental, retrospectivo, observacional, descriptiva, de corte transversal de prevalencia, correlacional. Se analizó 33 casos de muerte materna los cuales cumplieron con los criterios de inclusión el análisis se lo realizó con la metodología del Protocolo de Londres de los expedientes clínicos y de los informes de muerte materna, el método estadístico utilizado fue en base a hoja de datos procesados en Excel y SPSS. Con los resultados obtenidos se comprobó los factores de riesgo en base al método de Ch2, asumiendo un nivel de significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se evidencia una significativa disminución de la muerte materna desde el año 1990 hasta el año 2015. En el país para el año 1990 se tenía una razón de muerte materna de 156 por 100.000 nacidos vivos para el año 2015 se tuvo una razón de 49,4 por cada 100.00 nacidos vivos. La variable de mayor impacto identificada es la variable periodo de ocurrencia del fallecimiento de las muertes maternas siendo el postparto con el 51,5% seguido por el período del embarazo con el 27,3%, información que será de mucha utilidad para la propuesta de intervención.

Otros resultados de importancia son el acceso a la utilización de métodos de planificación familiar, el 81,8% no utilizaron algún método para planificar su familia.

Conclusiones.-

La implementación de un plan de Intervención de Auditoría de Calidad en los Servicios de Salud Materno Neonatales en atención del parto, dando énfasis también a la capacitación en terreno y seguimiento de las normas materno

neonatales sobre todo en el postparto ya que la mayor causa de muerte materna se da en postparto con el 51,5% de casos seguido de 21,2 % en el parto.

El fortalecimiento en las intervenciones en el sector rural que constituye el 72.7% de acuerdo al área de residencia provienen del sector rural y que la metodología de las acciones se piense que el nivel de instrucción de las fallecidas (60.6%) están con primaria y ninguna instrucción

N° DE REGISTRO(en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web)		
ADJUNTO URL (estudio de caso en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono:	E-mail:
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	Nombre:	
	Teléfono:	

CERTIFICADO DE URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface in a browser window. The main content area shows the following information:

- Documento:** [Dr. Wilson Nina.docx](#) (D23898865)
- Presentado:** 2016-11-29 09:33 (-05:00)
- Recibido:** elizabeth.benites.ucsg@analysis.orkund.com
- Mensaje:** Dr. Wilson Nina [Mostrar el mensaje completo](#)

A summary statement indicates: "2% de esta aprox. 20 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 1 fuentes."

On the right side, there is a "Lista de fuentes" (List of sources) section with a "Bloques" (Blocks) sub-tab. It contains a table with the following entries:

Categoría	Enlace/nombre de archivo	
	PARA REVISIÓN TESIS Dr. WILSON NINA Univ. GUAYO (2).docx	<input checked="" type="checkbox"/>
	http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18992es/s18992es.pdf	<input type="checkbox"/>
	http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8258/1/187%20MKT.pdf	<input type="checkbox"/>
	http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3640/3/DSPACE_ERROR.pdf	<input type="checkbox"/>
Fuentes alternativas		
	http://www.unfpa.org/ne/WebEspeciales/2014/Jun2014/publicaciones/DFI-CARPIO-	<input type="checkbox"/>


The browser's address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view>. The browser interface includes standard navigation buttons and a toolbar at the bottom with options like "0 Advertencias", "Reiniciar", "Exportar", and "Compartir".

CERTIFICADO DE GRAMATÓLOGO

Lcda. Deysi R. Basantes , Dra. Especialista en Lenguaje con el Registro del SENESCYT **10 19-02 -261569**, por medio del presente tengo a bien Certificar: Que he revisado la redacción; estilo y ortografía de la tesis de grado elaborada por la Srta. Especialista Medico en Anestesiología, **DR. WILSON NINA MAYANCELA**. con cédula de identidad N° previo a la obtención del grado académico de **MAGISTER EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA**

Tema de Tesis: **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD EN EMBARAZADAS DE LA ZONA 3- 2014-2015 ”**

Trabajo de investigación que ha sido creado de acuerdo a las normas ortográficas y sintaxis vigentes.


FIRMA Y NOMBRE

Lcda. Deysi Basantes

C.I. 060314675-4

NÚMERO DE REGISTRO: 1019-02-261569-

NÚMERO DE TELÉFONO FIJO Y CELULAR: 2964572 / 0967790138

CORREO: dbasantes@unach.edu.ec

Guayaquil, Noviembre - 2016



**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del maestrante: **Dr. Wilson Nina Mayancela** del Programa de Maestría en Investigación Clínica y Epidemiológica, nombrado por el Director General de la Unidad de Postgrado, Investigación y Desarrollo.

CERTIFICO: Que he analizado el proyecto presentado como requisito para obtener el grado académico de Magíster en Investigación Clínica y Epidemiológica, titulado: **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MOTALIDAD EN EMBARAZADAS DE LA ZONA 3-2014- 2015** el cual cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

S.P. Dr. Mario A. Paredes Cruz: M.Sc.
 MEDICO EPIDEMIOLOGO
Reg. Msp 1710001148

Dr. Mario Alberto Paredes Cruz, M. Sc.

TUTOR

Guayaquil, Noviembre del 2016

DEDICATORIA

Este esfuerzo está dedicado a los huérfanos de las madres que fallecieron por causas prevenibles y diagnosticadas como causa de Muerte Materna ocurridas en la Zona 3 de salud en los años 2014 y 2015.

A mí querida esposa y amados hijos.

AGRADECIMIENTO

Uno de los valores más grandes del ser humano es saber agradecer, por ello mi reconocimiento y gratitud a la Universidad de Guayaquil, a través de sus docentes quienes impartieron con solvencia y sabiduría sus conocimientos y experiencias.

De igual manera mi agradecimiento a la Directora de la Maestría Dra. Elizabeth Benítez y mi Director de Tesis Dr. Mario Paredes quienes acompañaron en la culminación de este trabajo de investigación siempre con aliento y claridad.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

FIRMA

WILSON NINA MAYANCELA

INDICE DE TABLAS

Contenido

DEDICATORIA.....	1
INDICE DE TABLAS.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
Introducción.....	11
Delimitación del problema.....	14
Formulación del problema.....	16
Justificación.....	16
Objeto de estudio.....	17
Campo de acción o investigación.....	17
Objetivos.....	17
❖ Objetivo general.....	17
❖ Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	19
1.1. Teorías generales.....	19
1.1.1. MUERTE MATERNA.....	19
1.2. Teorías sustantivas.....	21
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....	29
2.1. Metodología.....	29
2.2. Métodos.....	29

2.3. Premisas o hipótesis.....	31
2.4. Universo y Muestra.....	31
2.5. Operación de las variables Gestión de datos.....	31
2.7. Criterios éticos de la investigación	33
CAPÍTULO III. RESULTADOS	35
3.1. Antecedentes de la unidad de análisis o población.....	35
3.2. Diagnóstico o estudio de campo	35
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V. PROPUESTA.....	46
5.1. Descripción de la propuesta.....	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49
Bibliografía.....	49
ANEXOS	52

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Árbol de Problemas	15
Ilustración 2. Derecho a la Salud Materna	22
Ilustración 3. Esquema N° 1 Riesgo durante el Embarazo.....	23
Ilustración 4. Esquema N°2 Riesgo durante el Trabajo de Parto y Posparto	24

RESUMEN

La muerte materna es una tragedia familiar y comunitaria que tiene profundas consecuencias sociales y económicas, a pesar de los ingentes esfuerzos que realiza el país sin embargo persisten elevadas tasas de morbimortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo que inciden en la mortalidad de las embarazadas de la zona 3 en los años 2014 y 2015 mediante el estudio de variables epidemiológicas con el fin de identificar las variables de mayor impacto para plantear intervenciones que puedan disminuir la muerte materna en la zona

Metodología: Se trata de una investigación de tipo no experimental, retrospectivo, observacional, descriptiva, de corte transversal de prevalencia. Se analizó 33 casos de muerte materna los cuales cumplieron con los criterios de inclusión el análisis se lo realizó con la metodología del Protocolo de Londres de los expedientes clínicos y de los informes de muerte materna, el método estadístico utilizado fue en base a hoja de datos procesados en Excel y SPSS. Con los resultados obtenidos se comprobó los factores de riesgo en base al método de χ^2 , asumiendo un nivel de significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se evidencia una significativa disminución de la muerte materna desde el año 1990 hasta el año 2015. En el país para el año 1990 se tenía una razón de muerte materna de 156 por 100.000 nacidos vivos, para el año 2015 se tuvo una razón de 49,4 por cada 100.00 nacidos vivos. La variable de mayor impacto identificada es la variable periodo de ocurrencia del fallecimiento de las muertes maternas siendo el postparto con el 51,5% seguido por el período del embarazo con el 27,3%, Otros resultados de

importancia son el acceso a la utilización de métodos de planificación familiar, el 81,8% no utilizaron algún método para planificar su familia.

Conclusiones: La Implementación de un plan de Intervención de Auditoria de Calidad en los Servicios de Salud Materno neonatales que atienden partos y sobre todo el seguimiento al posparto período en donde se producen la mayor incidencia de las muertes maternas con el 51,5% de casos seguido de 21,2 % en el parto.

El fortalecimiento de las intervenciones en el sector rural ya que el 72.7% de acuerdo al área de residencia provienen del sector rural y que la metodología de las acciones se piense que el nivel de instrucción de las fallecidas (60.6%) están con primaria y ninguna instrucción

PALABRAS CLAVES: Muerte Materna, factores de riesgo. Zona3

ABSTRACT

Maternal death is a family and community tragedy that has profound social and economic consequences, despite the enormous efforts of the country but high rates of morbidity and mortality persist.

Objective: To determine the prevalence and risk factors affecting the mortality of pregnant Zone 3 in 2014 and 2015 by studying epidemiological variables in order to identify the variables with the greatest impact to raise interventions can reduce maternal death in zone

Methodology: This is a non-experimental research, retrospective, observational, descriptive, cross-sectional prevalence, correlational. 33 cases of maternal death which met the inclusion criteria analysis it performed with the methodology of the London Protocol of clinical records and reports of maternal death, was analyzed the statistical method used was based on data sheet processed in Excel and SPSS. With the results of the risk factors was found based on the method of Ch2, assuming a statistical significance level of $p < 0.05$.

Results: A significant decrease in maternal death is evident from 1990 until 2015. In the country for the year 1990 had a ratio of 156 maternal deaths per 100,000 live births by 2015 has had a rate of 49.4 per 100,000 live births. The biggest variable is the variable impact identified period of occurrence of the death of maternal deaths being postpartum with 51.5% followed by the period of pregnancy with 27.3%, information that will be useful for the proposal intervention.

Other results of importance is access to the use of family planning methods, 81.8% did not use any method to plan their families.

Conclusions.-

Implement an Intervention Plan Audit Quality Services neonatal Maternal Health attending deliveries, emphasizing also the training ground and monitoring of maternal and neonatal standards especially in the postpartum and pregnancy as a major cause of maternal death It occurs in postpartum with 51.5% of cases, followed by 21.2% in childbirth.

Strengthen interventions in the rural sector as 72.7% according to area of residence from rural sector and the methodology of action is thought that the level of education of the deceased (60.6%) are with primary and no education

Introducción

Es en las dos últimas décadas la muerte materna, se constituye en un problema social y de salud de profunda importancia en los esquemas de atención de los servicios de salud. Según datos de OMS La mortalidad materna cobra aproximadamente 800 vidas cada día en el mundo, aunque la mayoría de las causas son evitables y prevenibles. En el 2013, 289.000 mujeres, a nivel mundial, murieron por causas obstétricas (embarazo, parto y postparto) (OPS, 2015).

Se entiende por muerte materna a la defunción de una mujer mientras está embarazada independientemente de la duración y el sitio de embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

En 1990 el Ecuador la muerte materna tuvo una razón de 84.59, llegando a su punto más alto en 1993 cuando alcanzó 96,13. Sin embargo en el 2014, el Ecuador cierra su año con 166 muertes maternas, para una razón de 49,16, lo cual significa un descenso de 46% con respecto al inicial en la década de los 90. A pesar de los logros obtenidos, para el 2015 no se alcanzó a la meta propuesta de 48 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos.

Las principales causas de muerte materna a nivel mundial y en Ecuador son las Hemorragias, Enfermedades Hipertensivas del Embarazo y las Sepsis, tres entidades que abarcan casi el 60% de los casos. (INEC, 2015) Se estima que por cada muerte materna hay nueve mujeres que desarrollan una morbilidad materna severa Esta

problemática motivó al autor, a investigar la prevalencia y características particulares de los factores de riesgos en la zona 3 de Salud, tomado en consideración que existen 4 hospitales generales, 15 hospitales básicos 4 centros de salud tipo C a los cuales refieren las unidades tipo A,B del primer nivel de atención.

Las principales intervenciones realizadas para la disminución acelerada de la muerte materna el autor resume las acciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública dentro del contexto del Modelo de Atención de Salud así:

A partir del 1998 por medio de la Dirección Nacional de Fomento y Protección, llevó a cabo un proyecto de mejoramiento Continuo de la Calidad en la Provincia Cotopaxi como parte de la Iniciativa Latinoamericana para Reducción de Mortalidad Materna (LAMM). En el año 1999, la Subsecretaría General de la Salud y La Unidad de Garantía de Calidad implementó una investigación operativa para mejorar la calidad del manejo del sistema de documentación hospitalaria (historia clínica obstétrica). En el 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEMGYAI) llevaron a cabo investigaciones operativas para demostrar que, la aplicación del Modelo de Gestión para mejora de la calidad tiene un impacto importante en el cumplimiento de estándares clínicos. En el período 2003 – 2007 se implementó en el Ecuador varios procesos de gestión de la calidad de la atención materna y neonatal por medio de proyectos colaborativos que fomentan la conformación de Equipos de Mejora Continua para medición de estándares de atención obstétrica. En el 2008 se realizó el lanzamiento del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal en este plan se destaca el objetivo específico Nro. 4 Que establece: “Organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales que considera una característica indispensable la utilización de la evidencia científica con la finalidad de mejorar la calidad y ampliar la

cobertura de la atención materna y neonatal” con el fin de atender oportunamente las referencias de las complicaciones obstétricas ya sea a la red pública o complementaria de los servicios de salud , (MSP, 2008)

Para el año 2013, se incorporó el análisis de las muertes maternas mediante la metodología del Protocolo de Londres en la cual se identificaron factores contributivos y acciones inseguras que tienen que ser gestionados por los niveles correspondientes para solucionar los problemas identificados.

En Noviembre del 2015, se implementó la estrategia alarma materna con tres pilares fundamentales como son:

1.- Identificación oportuna: por medio de la aplicación del Score Mama y categorización del Riesgo Obstétrico.

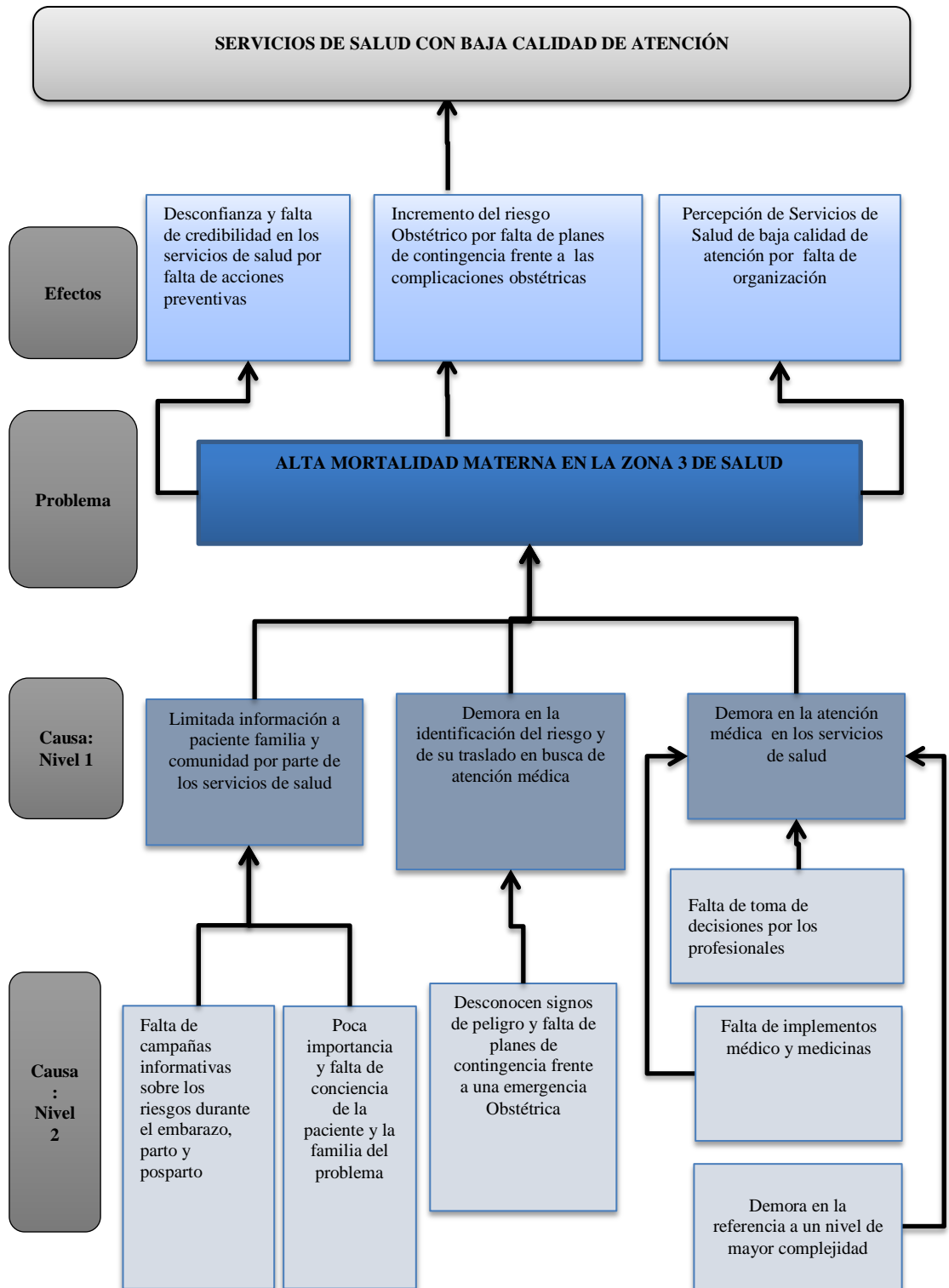
2.-Atención de Calidad y Derivación Oportuna: a través de la implementación de la estrategia para unidades de primer nivel, (DER) Diagnostique, Estabilice y Refiera) y a nivel de hospitales la implementación de las claves obstétricas Rojo para las Hemorragias, azul para Los Trastornos hipertensivos y amarillos para sepsis complementados con la dotación de Kids de implementos médicos y medicamentos para la atención de estas patologías, por otra parte también se realizaron capacitaciones utilizando técnicas de simulación y el trabajo en equipos. Para el abordaje integral frente a una paciente obstétrica.

3.- Mejora en la Gestión: de la cadena de Llamadas y la activación de las redes de atención pública y complementaria. Para canalizar efectivamente las referencias en los diferentes niveles de atención

Delimitación del problema

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, así como la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales (**Ancaya, 2013:**). En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. Desde el punto de vista de las demoras está vinculada con la demora en el reconocimiento de signo de peligro, en la demora en el acceso a servicios de salud y en la calidad de la prestación una vez que llega al servicio.

Ilustración 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS



Elaborado por: Dr. Wilson Nina Mayancela

Formulación del problema

A diario mueren 1600 mujeres por complicaciones del **embarazo, parto y puerperio**.

En Ecuador para el año 2016, según los registros del MSP. Terminó el año con 166 muertes más del 90 % de ellas prevenibles y el 70% de ellas en el postparto. Si la mortalidad materna sigue reduciéndose a un ritmo tan lento, el objetivo de la ONU de bajar esta cifra en un tercio entre 1990 y 2015 no podrá ser alcanzado, subrayó la organización. Para cumplir con esa meta, la disminución debería ser del 5,5% entre 1990 Y el 2015. La mortalidad materna está bajando a menos del 1 %.

Justificación

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. Estas representan una pérdida equivalente a más del doble de años de vida ajustados en función a la discapacidad (AVAD) que las ocasionadas por enfermedades transmisibles, el SIDA o la tuberculosis (Ancaya, 2013:).

La práctica de salud materna, en gran medida está influenciadas por muchos factores, entre ellos, los culturales, socioeconómicos, educativos, y por sus conductas y comportamientos, lo cual sumado a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna afectan mayoritariamente a mujeres con menos educación, más pobres y residentes en zonas de difícil acceso.

El acceso a un parto calificado es clave para la reducción de la mortalidad materna en Ecuador se observa claras diferencias, el promedio de una mujer en el área urbana que accede a un parto profesional es del 93%, en tanto que en las zonas rurales este

porcentaje desciende a 60,5% y las razones por las que las mujeres decidieron dar a luz en casa es por costumbre y por barreras culturales de distancia y de carácter organizativo de los establecimiento de salud.

La investigación aborda información de gran interés e importancia tanto cuantitativos como cualitativos que permitirán conocer mejor los factores de riesgo para los distritos, hospitales y unidades operativas en donde se produjeron los casos para analizar y sobre todo plantear recomendaciones en los Planes de Intervención para la Reducción Acelerada de la Muerte Materna en la zona 3 de salud.

Los resultados del presente estudio se pondrán en consideración a los responsables del Plan de Reducción de la Muerte Materna en la Zona, Distritos y hospitales.

Objeto de estudio

Determinar los principales aspectos epidemiológicos de la muerte materna en la zona 3 de salud, Identificar los factores de riesgo y la prevalencia 2014 y 2015

Campo de acción o investigación

Salud materna: Identificación de riesgos

Objetivos

❖ Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores de riesgo tomando en consideración los riesgos biológicos, sociales y conductuales en las embarazadas que fallecieron por causas del embarazo, parto y puerperio y proponer acciones y estrategias de intervención para disminuir la mortalidad materna en la zona.

❖ **Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia y características de las embarazadas, parturientas y puérperas que fallecieron en la zona 3 de salud en los años 2014 y 2015.
- Caracterizar los factores de riesgo biológico, sociales y conductuales de mayor impacto de acuerdo a interés de la muerte materna en tiempo lugar y persona.
- Proponer estrategias de intervención para la captación e identificación temprana de riesgos con el fin de disminuir la mortalidad materna en la zona 3 de salud.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. TEORÍAS GENERALES

1.1.1. MUERTE MATERNA

La muerte materna ocurre por complicaciones que se presentan durante el Embarazo, parto o puerperio. Y para el sistema de investigación epidemiológica hay que diferenciar entre una muerte materna sospechosa, muerte materna confirmada, muerte materna directa, indirecta y muerte no materna.

Muerte materna sospechosa, es toda mujer que fallece en la edad comprendida entre 10 a 49 años. Muerte materna confirmada, es la muerte de una mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Defunción obstétrica directa es la que resulta de complicaciones Obstétricas del embarazo, parto y puerperio de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (MSP, 2008)

La muerte materna al ser un problema de salud pública que pone de manifiesto su magnitud y trascendencia social, en donde se refleja los resultados en materia de salud, sus determinantes y factores de riesgo que están interrelacionados con los factores biológicos como la edad, la nutrición la comorbilidad, factores conductuales entre ellos los hábitos, costumbres y creencias y los factores sociales como la estructura familiar, nivel de educación, situación económica acceso entre otros.

Rebeca Cook, establece una clasificación de derechos humanos afectados por la mortalidad materna: el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal, estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante. También se ven afectados el derecho a fundar una familia y a tener una vida en familia, el derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científicos, los derechos relacionados con la igualdad y con la no discriminación.

Respecto de las causas de la mortalidad materna, y de acuerdo a la definición dada por la OMS, se desprende que puede ser por cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el mismo o su atención. Hay una similitud, a nivel mundial, nacional y local sobre las tres causas principales que han dado lugar a las muertes maternas estas son: las hemorragias, los trastornos hipertensivos del embarazo y los trastornos sépticos. En Ecuador con la implementación del Plan Nacional de Desarrollo se propone una planificación a partir de 12 grandes objetivos nacionales, el Objetivo 3 se relaciona con salud que es el de **“Mejorar la Calidad de vida de la población”** y su política 3.4 que dice **“Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural”**, **“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”**: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas (MSP, 2013). En este contexto la consecución de los objetivos del milenio se orienta a reducir la inequidad en el acceso a condiciones de vida dignas para toda la población mundial y en el ámbito de la salud el objetivo 5 planteó lo siguiente: **Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015, meta que no se logró.** En este contexto el Plan

Nacional para el 2013-2017 plantea nuevos retos de bajar a una tasa de 40 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos para el 2017.

A nivel internacional según (Ancaya, 2013:) describe que las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas podrían darse a tres niveles: uno reducción de las posibilidades de embarazos no deseados o no programados, dos reducción de las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, ello incluye la **identificación de las gestantes de mayor riesgo** y con **signos de alarma**, a pesar de que la mayoría de las complicaciones y muertes ocurren de manera inesperada y en gestantes que, aparentemente, no tienen estos factores; el valor predictivo podría alcanzar a tan solo el 30% de los casos y tres, la reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones. Con el enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia. Si a estas intervenciones se agrega la educación para que la mujer conozca sus derechos y se empodere para ejercerlos, se podría lograr un mayor descenso de la mortalidad materna.

1.2. TEORÍAS SUSTANTIVAS

1.2.1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD RENOVADA

La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS-R) están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, y en materia de salud, es importante consolidar políticas de prevención y de generación de un ambiente sano y saludable para ello Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad. No se puede hablar de mejorar el acceso sin tener como ejes transversales a la calidad y la calidez en los servicios de salud ello demanda del fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, de la Articulación y Fortalecimiento de la Red Pública y Complementaria y

la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de salud en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad tendiente a obtener resultados de impacto social como es el caso que nos ocupa de la muerte materna en donde la epidemiología comunitaria juega un papel importante ya que los datos epidemiológicos que se generan no tienen un camino unidireccional (desde la periferia hacia el centro) si no que transitan en un camino de ida y vuelta, donde se validan, se enriquecen y finalmente se convierten en elementos fundamentales para el diálogo en y con las comunidades en donde el ir y venir permita conocer mejor la realidad en que vivimos para poder transformarla (MSP, 2013)

El reto actual desde el contexto institucional (oferta de servicios, calidad, acceso, equidad) es ir avanzando en los derechos a la salud materna para ello es importante el análisis y abordaje a barreras geográficas, de género, culturales, económicas y legales. (Ver esquema derecho a la salud materna) (OPS, 2016),



Fuente: OPS – ECUADOR 2016

En este esquema se parecía a la participación ciudadana y comunitaria como un eje transversal para el abordaje de las distintas etapas de la gestación iniciando desde la preconcepción, embarazo, parto y posparto con su alcance de atención y sus líneas estratégicas con el fin de abordar aspectos de género equidad y derechos.

Identificación temprana de riesgos en el contexto de la reducción de la muerte materna.

Los lineamientos para la determinación del riesgo obstétrico tomados de la estrategia de Atención a las enfermedades de la Infancia AIEPI permiten evaluar el riesgo mediante el interrogatorio y la observación y exploración para llegar a una clasificación de embarazo con riesgo inminente o muy alto, embarazo de alto riesgo y embarazo de bajo riesgo. Su contenido está orientado a agilizar y estandarizar la atención de gestantes y puérperas, para que en base a su clasificación maneje adecuadamente el riesgo obstétrico.


Ilustración 3. Esquema N° 1 Riesgo Durante el Embarazo

DETERMINAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO		EVALUAR	CLASIFICAR	DECIDIR Y TRATAR
<p>PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué edad tiene? ¿Cuándo fue su última menstruación? ¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces? ¿Cuándo fue su último parto? ¿Los partos han sido naturales o con cesárea? ¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Ha tenido hijos prematuros, de bajo peso (< 2500 g) o macrosómicos (>4000 g)? ¿Ha tenido hijos malformados? ¿Se ha muerto algún hijo o hija antes de nacer o durante la primer semana de vida? ¿Ha tenido dolores de parto? ¿Perdió movimientos fetales? ¿Tiene o ha tenido fiebre? ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cuál? ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál? ¿Ha tenido hemorragia vaginal? ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color? ¿Ha tenido flujo? ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? ¿Ha tenido visión borrosa? ¿Ha tenido convulsiones? ¿Ha perdido la conciencia? ¿Fuma, bebe o consume drogas? <p>DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Fecha probable de parto Edad gestacional Peso Presión arterial Temperatura Altura uterina Frecuencia cardíaca fetal Presentación Presencia de contracciones <p>CLASIFICAR</p> <p>En este caso clasificar según cuadro en página siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazo múltiple Si tiene cesárea anterior Si tiene polidex palmar intensa Si hay hinchazón en cara, manos y/o piernas Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual (ITS) <p>CLASIFICAR</p> <p>Si existe posibilidad determine:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hb, Hto, VDRL/RPR, VIH, Hepatitis B Grupo sanguíneo, prueba de coombs Glucosa en sangre Examen de orina <p>Si no existe posibilidad refiera para exámenes</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazo mayor de 41 semanas 6 días Disminución o ausencia de movimientos fetales Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) Infección urinaria con fiebre Hemorragia vaginal Ruptura Prematura de Membranas (RPM) Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó > 160 x min.) Polidex palmar severa y/o Hb < 7 mg/dL Hinchazón en cara, manos y/o piernas <p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menor de 16 años o mayor de 35 años Periodo entre embarazos < 2 años Altura uterina no correlaciona con edad gestacional Polidex palmar moderada y/o Hb entre 8 y 10 mg/dL VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo Madre Rh negativo Alcoholismo, tabaquismo o drogado Problemas odontológicos o de salud bucal Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) Ingesta de drogas teratogénicas Ganancia inadecuada de peso Primigesta o gran multipara Infección urinaria sin fiebre Presentación anómala Sin control prenatal Enfermedad mental Embarazo múltiple Cirugía uterina previa incluyendo cesárea IMC < 18.5 o > 30 Flujo vaginal Violencia intramiliar/sexual <p>Embarazo que no cumple con las clasificaciones anteriores</p>	<p>EMBARAZO CON RIESGO INMINENTE O MUY ALTO</p>	<p>EMBARAZO DE ALTO RIESGO</p>	<p>EMBARAZO DE BAJO RIESGO</p>
<p>PREGUNTAR A TODAS LAS MADRES SI TIENEN SU CARNÉ PERINATAL</p>				<p>ESTABILIZAR Y TRATAR antes de referir</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenir hipotensión (ver clave y D.E.R Rojo) Tratar hipertensión, pre eclampsia y eclampsia (p. 42) ver clave y D.E.R azul Si presenta RPM iniciar tratamiento (p. 42) Si tiene RPM con signos de infección (fiebre, líquido amniótico fétido, taquicardia materna o fetal), administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 42) Si existe posibilidad, administrar oxígeno <p>Referir URGENTE al centro de mayor complejidad acostada del lado izquierdo</p>
				<p>Atender o referir a consulta por especialista.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si embarazo múltiple: referir antes de las 30 semanas de gestación Si VDRL/RPR positivo iniciar tratamiento con Penicilina benzatínica y REFERIR Recomendar a la madre que continúe con el tratamiento instituido Administrar hierro, ácido fólico según orientación del MSP Administrar GT si corresponde según esquema de vacunación Brindar asesoría para ITS-VIH según manual de referencia del MSP Determinar el siguiente control Dar consejería en nutrición, cuidados del embarazo y lactancia materna Enseñar signos de alarma para regresar URGENTE Elaborar con la mujer y su familia el plan de parto en el establecimiento de salud de acuerdo a los factores de riesgo y capacidad resolutiva Promover la participación de la pareja y familia en el cuidado de la embarazada y futuro niño/a Si la mujer es Rh (-) no inmunizada, es necesario administrar inmunoglobulina anti D dosis única entre las 28 y 30 semanas, y dentro de los 3 primeros días post parto independiente del cruce ABO. En caso de violencia intramiliar y/o sexual, por el alto riesgo que representa, REFERIR al sistema de contención de violencia basada en género.
				<p>Asesora sobre signos de alarma en el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar con la mujer y su familia el Plan Parto en el establecimiento de salud. Seguimiento hasta concluir el embarazo según GPC control prenatal del MSP Dar asesoría en educación prenatal, nutrición, cuidados del embarazo, puerperio, lactancia materna y vacunas en el niño/a) Brindar asesoría para VIH Recomendar a la madre que continúe con el tratamiento instituido Administrar hierro y ácido fólico según manual específico del MSP Administrar GT si corresponde

Fuente: AIEPI – MSP ECUADOR

De igual manera se plantea el siguiente esquema para el abordaje y la determinación del riesgo durante el embarazo, ver esquema No 2. Esta clasificación nos permite decidir y tratar estabilizando y o refiriendo urgentemente al hospital con las acciones a realizar dependiendo de su clasificación. (Ver esquema No 2).

Ilustración 4. Esquema N°2 Riesgo durante el Trabajo de parto y Posparto

DETERMINAR RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO		EVALUAR	CLASIFICAR	DECIDIR Y TRATAR
<p>Empleando la Historia Clínica Perinatal Base y el Partograma, correctamente llenados, Evaluar el Riesgo durante el Trabajo de parto</p> 		<p>CLASIFICAR</p>	<p>TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL</p>	<p>ESTABILIZAR y REFERIR URGENTE AL HOSPITAL</p> <ul style="list-style-type: none"> → Colocar en decúbito lateral izquierdo → Canalizar vía venosa con cánula N° 16 o 18 → Aplicar suero fisiológico o Ringier Lactato a 40 gotas por minuto. → Tratar hipertensión, pre eclampsia y eclampsia , p. 42) ver clave y D.E.R-Azul → Tratar hemorragia según GPC del MSP.(Ver clave y D.E.R-Rojo) → Si existe sospecha de infección (RPM con fiebre y/o flujo vaginal con mal olor); manejo de emergencia (p. 42) → Si hay trabajo de parto prematuro: inhibir contracciones con nifedipina y aplicar o completar esquema de corticoide (p. 42) → Si RPM: ver manejo de emergencias (p. 42)
<p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuándo fue su última menstruación? ¿Ha tenido dolores de parto? ¿Tiene ganas de pujar? ¿Percebe movimientos fetales; menos de lo normal o el feto ha dejado de moverse? ¿Hay salida de líquido por la vagina?, ¿De qué color? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Hace más de 12 horas? ¿Tiene o ha tenido dolor de cabeza severo? ¿Ha tenido zumbido en los oídos? ¿Ha mirado chispitas o visión borrosa? ¿Tiene o ha tenido recientemente convulsiones? ¿Tiene o ha tenido hemorragia genital? ¿Tiene o ha tenido fiebre? ¿Ha tenido cesárea previa? ¿Cuántas? 	<p>DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Presión arterial Temperatura axilar Intensidad y frecuencia de las Contracciones Ganas de pujar, adelgazamiento del periné, cabeza fetal visible Edad gestacional Palidez palmar APU (altura de fondo uterino) Posición del feto (Maniobras de Leopold) ¿Es podálica o transversa? Dinámica uterina en 10 min: <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene menos de 3 contracciones o 3 o más contracciones intensas? Frecuencia cardíaca fetal (FCF) cada 30 minutos <ul style="list-style-type: none"> ¿es menor de 120 o mayor a 180 latidos/min? Salida de líquido amniótico Edema en cara, manos y pies? Presencia de hemorragia vaginal 		<p>TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> La parturienta presenta menos de 3 contracciones en 10 minutos o, usando el partograma, el parto NO es inminente Y tiene una de las siguientes señales: <ul style="list-style-type: none"> Tiene menos de 16 o más de 35 años de edad Hipertensión no controlada y/o tiene o ha tenido recientemente convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o dolor de cabeza intenso, zumbido de oídos Edema en cara, manos y pies Enfermedad sistémica no controlada Hemorragia vaginal Ruptura Prematura de Membranas Edad gestacional: < 37 semana, o > 41 semanas y 6 días. Disminución o ausencia de movimientos fetales Cambios en la FCF (FC < 120 o > 160 latidos/minuto) Palidez palmar intensa o Hg<sup>T</sup> g/dL Presentación podálica o situación transversa Cirugía uterina previa incluyendo cesárea Embarazo múltiple Presencia de líquido amniótico meconial Parto prolongado (a) Mujer Rh (-) isoinmunizada 	
			<p>TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Si, ADEMÁS de una o más de las señales del cuadro superior y presenta: <ul style="list-style-type: none"> 3 o más contracciones intensas en 10 minutos y/o Ganas de pujar y/o Adelgazamiento de periné y/o Apertura de la vagina, cabeza fetal visible 	<p>PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> → Proceder a atender el parto en libre posición para la mujer y con enfoque de derecho humano e intercultural, según GPC del parto. → Canalizar vía venosa empleando solución salina al 0.9% Ringier Lactato → Pre-eclampsia/eclampsia: Manejo de emergencia (p. 42) → RPM: ver manejo de emergencia (p. 42) → Prever alta probabilidad de Reanimación Neonatal (p.45) → Prever referir en posparto inmediato a la madre y RN.
			<p>TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la mujer no tiene las características de las clasificaciones anteriores pero tiene. <ul style="list-style-type: none"> 3 o más contracciones intensas en 10 minutos y/o Ganas de pujar y/o Adelgazamiento de periné y/o Apertura de la vagina, cabeza fetal visible 	<p>PARTO INMINENTE CON BAJO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> → Proceder a atender el parto según GPC del parto. → Preparar el nacimiento considerando probabilidad de Maniobras de Reanimación Neonatal (p. 45)
		<p>TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la mujer no tiene las características de las clasificaciones anteriores y el parto no es inminente 	<p>TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL</p> <ul style="list-style-type: none"> → Colocar en decúbito lateral izquierdo → REFERIR al establecimiento de salud adecuado para la atención al parto. 	

(a) Parto prolongado: 3 contracciones de 45 segundos en 10 minutos sin modificaciones cervicales en un periodo de 2 horas

Fuente: AIEPI – MSP ECUADOR

1.2.2. LA MUERTE MATERNA A NIVEL MUNDIAL

A nivel mundial la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (OMS, 2015).

La mejora de la salud materna era uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, el número de muertes maternas ha disminuido en un 43%. (OMS, 2015)

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

Según un estudio de la OMS sobre las causas de más de 60.000 defunciones maternas en 115 países, el 28% de las muertes fue provocado por afecciones preexistentes (como la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad)

agravadas por la gestación. Otras causas fueron las siguientes: (Observatorio de Mortalidad Materna México, 2015)

Hemorragia grave (especialmente durante y después del parto): 27%

Hipertensión gestacional: 14%

Infecciones: 11%

Parto obstruido y otras causas directas: 9%

Complicaciones de abortos: 8%

Coágulos sanguíneos (embolias): 3%

En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible, consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

1.2.3. LA MUERTE MATERNA A NIVEL DE LATINOAMÉRICA

Según el informe de la ONU 2015, se han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. Los países de Latinoamérica y el Caribe que más avanzaron en la reducción de la Mortalidad materna fueron: Barbados (-56%),

Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%).

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75% fijada por los ODM. Sin embargo, la razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos lo que se considera "baja" entre las regiones en desarrollo.

1.2.4. LA MUERTE MATERNA EN ECUADOR

El Ministerio de Salud Pública (MSP), como ente rector de la salud en el país tras un arduo trabajo en la implementación de varias estrategias basada en evidencias y probadas a nivel mundial, cerró el año 2014 con 166 muertes maternas que representa una razón de 49,16, lo cual significa un descenso de 46% con respecto al año 1990. También en el 2014 se inicia la vigilancia y registro de la mortalidad materna y para fines del 2015 y enero del 2016 se implementa un sistema de puntuación de alerta temprana de morbilidad materna (Score MAMÁ) con el objeto de clasificar el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas, para la oportuna y correcta toma de decisiones.

Según la Gaceta de Muerte Materna del MSP, en la semana epidemiológica 34 del 2016, no existe diferencia entre las principales causas de muerte a nivel mundial y a nivel de país y en la zona 3 siendo los Trastornos Hipertensivos del Embarazo como la Primera causa, seguida de las hemorragias, sepsis y otras. A nivel nacional, y de

acuerdo al lugar de ocurrencia fallecen alrededor del 65,12 %; en los hospitales públicos, seguido del domicilio con el 11,63%; Junta de Beneficencia con el 9,30%; Red Pública Integral de Salud con el 8,14 %; 3,49% Hospitales Privados y 2,33% en el traslado a los servicios de salud. En relación a las muertes maternas por período de ocurrencia estas se dan en el 75,58% ocurren en el puerperio, seguido con el 19,77% en el embarazo, con el 3,49% en el puerperio tardío más de 42 días del postparto y 1,62% en el momento del parto. Las muertes maternas por demoras, el 60,47 % de los casos se deben a la tercera demora en la atención de salud, con el 11,63% le sigue la primera demora.

El grupo étnico más afectado con el 82,56% corresponde a mestizas, seguido con el 10,47% de las indígenas, 5,81% afro ecuatorianas y 1,16% montubias.

CAPITULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Metodología

Para el trabajo de investigación se identificó todos los casos de muerte materna ocurridos en la zona 3 de salud a través del registro de las coordinaciones de las áreas de salud y posteriormente de los distritos. La información requerida para este estudio se obtuvo de fuentes secundarias, es decir, de los expedientes clínicos y de las autopsias verbales de los casos de muerte materna que ocurrieron en el Período comprendido entre enero 2014 a diciembre del 2015.

Se consideró, además del expediente clínico, a la autopsia verbal y debida a que es un instrumento útil para identificar aspectos que la historia clínica no siempre recababa. La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Consiste en el análisis oportuno de la mortalidad, mediante la recolección activa de los certificados y de las actas de defunción y las visitas a los hogares de las personas fallecidas, con el fin de corroborar la información que reposa en la historia clínica y de obtener nuevos datos. Con el análisis de esta información se pudo identificar rápidamente áreas, poblaciones y factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, identificadas como factores contributivos y acciones inseguras mediante la aplicación de la metodología del Protocolo de Londres.

2.2. Métodos

La investigación se realizó en las unidades de salud en donde ocurrieron las muertes maternas de la Zona 3 de Salud, sus principales características son:

Explorativa: Porque permite determinar la prevalencia y sus factores de riesgo que tiene la muerte materna en las pacientes que fallecieron en el período 2014 y 2015 de la Zona 3

Descriptiva: Porque detalla las condiciones y características de las variables de estudio en la población frente a la problemática de la muerte materna.

Explicativa: Porque mediante el análisis a través del Protocolo de Londres se establecen las razones por las cuales las pacientes fallecieron identificando factores contributivos y acciones inseguras en el proceso de atención de los servicios de salud.

Investigativa: se analizó y conoció el entorno de forma objetiva y subjetiva, en cuanto a las determinantes sociales en las que se encuentran las pacientes que fallecieron diagnosticadas como muerte materna, se utilizaron las técnicas de la observación y encuesta, destinada a los involucrados, los mismos que permitieron el desempeño y logro de los objetivos.

Bibliográfica: La información fue recopilada en base a las últimas evidencias encontradas y sustentadas en forma científica, para facilitar la comprensión del problema planteado, mediante técnicas de la recopilación documental, escogiendo la información más notable de la investigación y teorías que guarden vínculo con el problema de la muerte materna.

Estadística: Permitió demostrar los resultados obtenidos en la investigación, las muertes maternas se describieron de acuerdo a las provincias de procedencia y provincias de notificación, se registran por causas directas e indirectas, por auto identificación étnica, por nivel de instrucción, por diagnóstico, zona de residencia urbano y rural, por período de ocurrencia en el embarazo, parto y puerperio, por No gestas, No de hijos, No de controles que ha sido representada mediante gráficos de los cuadros estadísticos.

Las técnicas en que sirvieron de apoyo fueron la tabulación, traficación e interpretación estadísticas, los instrumentos que se utilizaron fueron las tablas y estadísticos.

2.3.Premisas o hipótesis

¿Qué relación tiene los factores de riesgo con la muerte en la zona 3 de salud?

HO: La presencia de factores de riesgo no aumenta la posibilidad de muertes maternas en la Zona 3 de Salud.

H1: La presencia de factores de riesgo aumenta la posibilidad de muertes maternas en la Zona 3 de Salud.

2.4.Universo y Muestra.

El universo está conformado por todos los casos de muerte materna ocurridas en la Zona 3 de salud en el período 2014 y 2015.

En relación al presente estudio debido a su naturaleza el número de casos incluidos en la muestra será similar al universo, de acuerdo a criterios de inclusión (todo caso considerado como muerte materna directa) y exclusión (casos de muerte materna indirecta).

2.5. Operación de las variables Gestión de datos

Se definieron las variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: factores de riesgo:

VARIABLE DEPENDIENTE: muerte materna

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	MÉTODO DE RECOLECCIÓN INFORMACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: Riesgos Biológicos: Edad	Se define a la edad aquella comprendida entre	Intervalos de Menos de 19 años	No de fallecidas por	Escala ordinal	Revisión documental

MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:	15 a 49 años por ser el periodo en edad fértil.	20 a 34 años 35 a 99 años	grupo de edad		
LUGAR DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO		Período de ocurrencia del fallecimiento: Embarazo Parto Postparto	No de casos en cada período	Escala ordinal	Revisión documental
ETNIA:		Público Privado otro	No de casos en cada lugar	Escala ordinal	Revisión documental
PROCEDENCIA:		Afro ecuatoriana Montubia Mestiza Indígena Blanca	No de casos según categoría	Escala nominal	Revisión documental
NIVEL SOCIOECONÓMICO		Urbana: Rural Provincia Cantón Distrito	No de casos según su auto identificación	Escala nominal	Revisión documental
CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE PELIGRO DE FAMILIARES		Alta Media Baja	No de casos según procedencia	Escala nominal	Revisión documental
SABE QUÉ HACER CUANDO SE PRESENTAN ESTOS SÍNTOMAS.		Dolor de cabeza Dolor de estómago Ataques Pérdida de agua de fuente sagrado	No de casos según condición	Escala de intervalo	Revisión documental
SOCIOAMBIENTALES		Si No No responde	No de casos según condición.	Escala nominal	Revisión documental
FUMAN EN EL HOGAR		Si No	No de síntomas identificados	Escala nominal	Revisión documental
QUÉ TIPO DE ALIMENTACIÓN PREDOMINA EN LA FAMILIA.					
QUÉ TIPO DE PISO TIENE LA CASA				Escala nominal	Revisión documental
VARIABLE DEPENDIENTE: MUERTE MATERNA	Muerte materna: como aquella ocurrida en una mujer mientras está embarazada o en los 42 días posteriores a su finalización, con independencia de su duración y	Directa Indirecta	No de muertes maternas directas No de muertes maternas Indirectas	Escala ordinal	Revisión documental

	localización, por causas relacionadas con la gestación o agravadas por ésta, excluyendo aquellas de origen accidental				
--	---	--	--	--	--

2.6. Gestión de datos.

Los datos e información de los casos de muerte materna se obtuvieron de fuentes secundarias provenientes de las (Historias Clínicas) e informes de muerte materna, de los años 2014 y 2015.

Para el análisis de la información, se elaboró una base de datos la cual fue procesada a partir de estadística descriptiva, utilizando medidas de frecuencia, porcentajes, expresándose luego en tablas y gráficos. (Excel y SPSS) estadísticos que nos permita el análisis e interpretación de los resultados.

Se realizó comprobaciones y depuraciones de la información. Para ello se procedió a tabular los datos en función de las principales variables.

El análisis inició con una descripción de la población de estudio, que se basa fundamentalmente en la tabulación de los datos con frecuencias y porcentajes, las variables de investigación se comprobó con la prueba de Chi cuadrado.

2.7. Criterios éticos de la investigación

La investigación se recopiló directamente de la historia clínica de cada paciente. Por lo que no hubo la necesidad de firma de consentimiento informado individual.

La investigación se ajustó a lo estipulado en la Ley Orgánica de Salud¹ (Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre del 2006) en materia de investigación. En su oportunidad se solicitó y aprobó por partes de las autoridades de salud de la Zona, la

¹ CAPITULO III: Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud; Art. 7.- literal I.

recolección de datos de los informes de muerte materna para pasarlos a la base de datos en Excel y SPSS.

Este estudio se considera de bajo riesgo para las comunidades y los participantes. Conservó todos los pasos necesarios para mantener la confidencialidad y el anonimato de los pacientes incluidos en esta investigación.

CAPITULO III. RESULTADOS

3.1. Antecedentes de la unidad de análisis o población

El universo de casos de muertes maternas incluyó a 33 fallecidas por causas del embarazo, parto y puerperio. Las edades estuvieron comprendidas entre 17 años con la menor edad y 43 años con la máxima edad, una media de 29 años y una desviación de 8,3 años. El primer resultado de la investigación proporcionó la razón de muerte materna por provincias en el período de estudio 2014-2015. Teniendo Chimborazo una razón de 133.3 por cada 100.000 nacidos vivos, Tungurahua: 119.1, Cotopaxi: 51,8 y Pastaza: 133.8. Solo Cotopaxi con 51.8 se acerca a la media nacional de 49.4. En tanto que las 3 provincias restantes duplicaron la media nacional, a continuación se describe los resultados de cada una de las variables.

3.2. Diagnóstico o estudio de campo

MUERTES MATERNAS POR AÑO Y PROVINCIA DE PROCEDENCIA

	AÑO		Total	
	2014	2015	No	%
CAÑAR	1	0	1	3.03
CHIMBORAZO	6	6	12	36.4
COTOPAXI	3	3	6	18.2
PASTAZA	2	2	4	12.2
TENA	1	0	1	3.03
TUNGURAHUA	4	5	9	27.3
Total	17	16	33	100%

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.

Elaborado por: Maestrante

Las provincias con mayor número de muertes maternas de acuerdo a la provincia de procedencia en el período de estudio son Chimborazo con el 36.4%, Tungurahua con el 27.3% Cotopaxi con el 18.2% y Pastaza con el 2.2% a pesar de que Cañar

y Tena no son provincias de nuestra zona fallecieron en unidades de salud de la zona.

MUERTES MATERNAS POR AÑO Y PROVINCIA DE NOTIFICACION

	AÑO		Total
	2014	2015	
CHIMBORAZO	7	6	13
COTOPAXI	3	2	5
PASTAZA	2	2	4
TUNGURAHUA	5	6	11
Total	17	16	33

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

En orden de frecuencia las provincias que más casos tuvieron y notificaron son Chimborazo, Tungurahua Cotopaxi y Pastaza.

MUERTES MATERNAS POR GRUPO ETAREO

GRUPO EDAD	FERCUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
10 A 19	6	18%	18%
20 A 29	12	36%	55%
30 A 39	11	33%	88%
40 A 49	4	12%	100%
TOTAL	33	100%	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

Las muertes maternas en los grupos de riesgo, esto es menores de 19 y más de 30 años representaron el 68% del total de muertes materna en el período de estudio.

MUERTE MATERNA POR PROVINCIA DE PROCEDENCIA Y AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA

	identificación Étnica			Total
	Blanca	Indígena	Mestiza	
CAÑAR	0	1	0	1
CHIMBORAZO	0	7	5	12
COTOPAXI	1	4	1	6
PASTAZA	0	3	1	4
TENA	0	1	0	1
TUNGURAHUA	0	3	6	9
Total	1	19	13	33

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

La etnia indígena es la más afectada con 19 casos seguida de la etnia mestiza con 13 casos y las provincias que mayor aportan al total son Chimborazo y Tungurahua.

MUERTES MATEERNAS POR DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Preeclampsia	5,0	15%	15%
Eclampsia	4,0	12%	27%
Eclampsia Síndrome de Hellp	3,0	9%	36%
Sepsis	3,0	9%	45%
Shock hipovolémico (hemorragias)	16,0	48%	94%
Otra	2,0	6%	100%
TOTAL:	33,0	100%	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

El Shock hipovolémico por hemorragias representa la primera causa de muerte materna en la zona con el 48% de casos seguido de la Pre eclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp con el 36% de casos, en tercer lugar la sepsis con el 9% y otras causas con el 2%.

**MUERTES MATERNAS POR CAUSAS DIRECTAS E
INDIRECTAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Directa	27	81,8	81,8	81,8
Indirecta	6	18,2	18,2	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.

Elaborado por: Maestrante

El 81,8 % las muertes maternas fueron de causa directa y 18,25 de causa indirecta.

**MUERTES MATERNAS POR NIVELES
DE INSTRUCCIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	7	21,2	21,2	21,2
Primaria	13	39,4	39,4	60,6
Secundaria	9	27,3	27,3	87,9
Superior	4	12,1	12,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.

Elaborado por: Maestrante

El 60,6% de las muertes materna correspondieron al nivel de instrucción primaria y ningún nivel de instrucción seguido de secundaria con el 27.3% y superior con el 12,1 %

**MUERTES MATERNAS POR ÁREA DE RESIDENCIA
URBANO, RURAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rural	24	72,7	72,7	72,7
Urbana	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.

Elaborado por: Maestrante

Las muertes maternas de acuerdo al área de residencia se dieron más en el área rural con el 72.7%, y en el área urbana con el 27,3%.

**MUJERES QUE FALLECIERON DE
ACUERDO AL N° DE GESTAS**

MUJERES QUE FALLECIERON	No Gestas
25	1-3
6	4-6
2	más 7

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.

Elaborado por: Maestrante

**MUJERES QUE FALLECIERON DE
ACUERDO AL N° DE HIJOS**

MUJERES	No Hijos
28	1-3
2	4-6
1	más 7

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.

Elaborado por: Maestrante

De las mujeres que fallecieron por causa de muerte materna 28 de ellas tuvieron entre 1 y 3 hijo, 2 mujeres entre 2 y 6 hijos y i mujer con más de 7 hijos.

**MUJERES QUE FALLECIERON DE
ACUERDO AL N° DE CONTROLES**

MUJERES	No Controles
21	1-4
9	5-8
3	más 8

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

De las mujeres que fallecieron por causa de muerte materna 21 de ellas tuvieron entre 1 y 4 hijos, 9 de ellas tuvieron entre 5 y 8 hijos y 3 mujeres tuvieron más de 8 hijos.

MUERTES MATERNAS SEGÚN PERIODO DE OCURENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Embarazo	9	27,3	27,3	27,3
Parto	7	21,2	21,2	48,5
Postparto	17	51,5	51,5	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

Las muertes maternas en la zona 3 durante el período de estudio se dieron más en el postparto con el 51,5 %, seguido por el período del embarazo con el 27,3% y también en el parto con el 21,2%

**MUERTES MATERNAS QUE UTILIZARON METODO DE
PALNIFICACION FAMILIAR PREVIO AL EMBARAZO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	27	81,8	81,8	81,8
SI	6	18,2	19,2	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Historias Clínicas e informes de MM.
Elaborado por: Maestrante

De las muertes materna que utilizaron algún método de Planificación familiar previo a su embarazo el 81,8 % de mujeres no utilizaron método alguno, y el 18,2% si utilizaron.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS CON EL CHI CUADRADO

PASOS:

1.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

H₀: La presencia de factores de riesgo No aumenta la posibilidad de muertes maternas en la Zona 3 de Salud

H₁: La presencia de factores de riesgo Aumenta la posibilidad muertes maternas en la Zona 3 de Salud

2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA

Chi cuadrado con un alfa de 0,05

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA

4.- REGLA DE DECISIÓN:

Si el Chi cuadrado es mayor que el punto crítico rechazo H₀

Si el Chi cuadrado es menor que el punto crítico No rechazo H₀

Correlación de Factores de Riesgo (CAP) y Resultados de prevalencia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MUERTE MATERNA	CHI² De Pirson	H1: Valida	H0: Valida
FACTORES BIOLÓGICOS			
Período del fallecimiento asociado con la muerte materna	0,317	No	Si
Edad de la madre asociada con la muerte materna	0,260	No	Si
FACTORES SOCIALES			
Estado Civil asociado con la muerte materna	0,980	No	si
Nivel de instrucción asociado con la muerte materna	0,970	No	si
Nivel de instrucción más identificación étnica asociado con la muerte materna	0,000	Si	No
Identificación étnica asociado con la muerte materna	0,000	Si	No
Residencia de la embarazada asociada con la muerte materna	0869	No	Si

Fuente: Análisis de datos SPSS;

Elaborado por: el autor

Pruebas de chi-cuadrado con nivel de significancia 0,005			
El nivel de instrucción asociada con la identificación étnica	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,135	15	0,000
Razón de verosimilitudes	21,239	15	0.129
Número de casos válidos	33		
Fuente: Análisis de datos SPSS;			
Elaborado por: el autor			

Conclusión: Observándose un valor menor a 0.05 en el Chi cuadrado de Pearson, se acepta la hipótesis alternativa (H1) como válida, puesto que existe correlación significativa entre el factor de riesgo y la muerte materna

CAPITULO IV. DISCUSIÓN

En relación a la frecuencia de muertes maternas en la zona 3 de salud, los datos del estudio evidencian una disminución importante si comparamos con una revisión que realizó el IENC del 2010 al 2011 se evidencia una disminución importante, así en Cotopaxi de 13 muertes maternas en el año 2014, bajó a 6 muertes maternas en el 2015, con una reducción del 54%, de igual manera en Pastaza de 17 muertes maternas baja a 4 con un % de reducción del 77%. En Chimborazo de 18 muertes maternas se reduce a 12 con un % de 67% y en Tungurahua de 19 muertes maternas se reduce a 9 con un % de reducción del 56%. Si comparamos a nivel latinoamericano la reducción en promedio es de alrededor del 43% según datos de la OMS 2015. En la zona de estudio supera éste promedio.

En relación a los diagnósticos los datos que evidenció el estudio, mostró a las hemorragias (Shock Hipovolémico) como la primera causa de fallecimiento con el 48%; seguido de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (pre eclampsia, Eclampsia y / o síndrome de Hellp) con el 45%; en tercer lugar le sigue la Sepsis con el 9% y otros diagnósticos con el 6%. Las 3 primeras patologías son muy coincidentes con la mayoría de investigaciones así autores como (Joaquín Gómez Colombia 2016), (Del Carpio Ancayo Perú 2013) reportaron: Hemorragias con el 42%; Trastornos Hipertensivos del Embarazo con el 32%, abortos con el 17,5% e infecciones con el 4%. Datos importantes a tener en cuenta para propuestas de intervención.

Respecto de la causa directa e indirecta, y niveles de instrucción los datos del estudio fueron 81.8% directas y 18,2% indirectas, muertes de mujeres con nivel de instrucción ninguno y primaria representan el 60,6%. En los estudios d (OMS2015), al igual que el (Observatorio de la MM México 2015) y (Ancayo Perú 2013) muestran el 29,4 muertes indirectas y el 70% directas. Respecto del Nivel de instrucción hay un nivel inversamente proporcional a menor instrucción mayor mortalidad materna.

Respecto de los lugares de ocurrencia el estudio reveló 72,7% a nivel rural y 27,3 a nivel urbano comparado con el estudio de (Ancayo Perú 2013) la zona rural 69,7%% y

30% en la zona urbana. Los datos que mostró el estudio respecto de las muertes en el período de ocurrencia fueron: embarazo con el 27,3%; parto con el 21,2% y el postparto con más de la mitad de los casos 51,5%.

La evitabilidad estimada de la muerte materna oscila, de acuerdo a los diferentes estudios en América Latina (Mojarro México 1991) (Rodríguez J Colombia 1985) reportaron entre 52% en México y 92% en Colombia. Otros autores refirieron, la mitad de las intervenciones para reducir la mortalidad materna debieran tener lugar durante el embarazo, 29% durante el momento del parto y el resto durante el puerperio. En Ecuador de acuerdo a la Gaceta de la MM por semanas epidemiológicas 2016 el post parto fue el período en que más muertes ocurrieron con el 75,55% seguido del período de embarazo con el 19,77% y en el parto con 1,62%, por lo tanto en nuestro país y en la Zona 3 se deberán volcar los diferentes esfuerzos para disminuir la muerte materna al control post parto especialmente identificando a las pacientes con bajo nivel de instrucción y el grupo étnico de indígenas que son los de mayor incidencia y que tienen fuerte asociación significativa entre los factores de riesgo y la muerte materna.

CAPÍTULO V. PROPUESTA

5.1. Descripción de la propuesta

La propuesta de intervención del maestrante, producto de los resultados que evidenció el trabajo de investigación está centrado en un **Plan de Auditoria de Calidad en los Servicios de Salud Materno** (PACASSM) que atienden partos dando énfasis al seguimiento del posparto inmediato a fin de que se puedan cumplir estrictamente las normas materno neonatales sobre todo en el postparto con el 51,5% de casos seguido de 21,2 % en el parto, información que concuerda con otros estudios ya que la mayor causa de muerte materna se da en postparto (Ávila, García, Gómez, Villanueva, Benitez, & Fuentes, 2013)

VER ANEXO No 1

**ESQUEMA PARA EL PLAN DE AUDITORIAS DE CALIDAD EN LOS
SERVICIOS DE SALUD MATERNONEONATALES DE LA ZONA 3: 2016.**

**PLAN DE AUDITORIAS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA
EL CONTROL POSPARTO DE LA ZONA 3: 2016**

HIPOTESIS	PREGUNTA	CRITERIO DE CALIDAD	PATRON DE CALIDAD	UNIVERSO O MUESTRA	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	FORMATO DE REGISTROS
¿En la atención del posparto de los servicios de salud se cumplen con los registros en la historia clínica y formulario 051 de acuerdo a la norma?	En la atención del posparto de los servicios de salud, el llenado de los registros de la historia clínica y formulario 051 es de acuerdo a la norma	Lista de chequeo de las actividades que de acuerdo a la norma deben cumplirse	En el 100% de la atención posparto los registros de la historia clínica y formulario 051 son completos de acuerdo a la norma	de acuerdo al período de evaluación	No de registros de la atención del posparto y formularios 051 llenados adecuadamente/ total de registros de la atención del posparto y formularios 051 llenados adecuadamente	Notas de evolución de la historia clínica y formulario de registros de la auditoria	Número y código de registro de formulario

VER ANEXO No 2

MATRIZ PARA AUDITORIA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

AUDITORIA DE CONTROL POSPARTO EN SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO A LA NORMA DEL MSP.

Una vez aplicada la matriz de verificación para la auditoría del control posparto la matriz identifica las no conformidades en base a los criterios de no aplica con color rojo tanto en el manejo inmediato, manejo subsiguiente, manejo previa al alta para el análisis de actividades cumplidas y no cumplidas. Este proceso termina con el análisis de la información, emisión de un criterio objetivo, listado de no conformidades, presentación de resultados mediante un informe a los directivos de la institución a las autoridades del servicio e involucrados en la actividad, llegando a conclusiones e informe final. Por su parte los niveles superiores realizarán el Seguimiento e Informe de las no conformidades para su cumplimiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se evidencia una significativa disminución de la muerte materna desde el año 1990 hasta el año 2015. En el país para el año 1990 se tenía una razón de muerte materna de 156 por 100.000 nacidos vivos para el año 2015 se tuvo una razón de 49,4 por cada 100.00 nacidos vivos.
- La variable de mayor impacto identificada es la variable periodo de ocurrencia del fallecimiento de las muertes maternas siendo el postparto con el 51,5% seguido por el período del embarazo con el 27,3%, información que será de mucha utilidad para la propuesta de intervención.
- Otros resultados de importancia es el acceso a la utilización de métodos de planificación familiar, el 81,8% no utilizaron algún método para planificar su familia.

RECOMENDACIONES

- Implementar un plan de Intervención de Auditoría de Calidad en los Servicios de Salud Materno neonatales que atienden partos, dando énfasis al cumplimiento de las normas materno neonatales sobre todo en el postparto y embarazo ya que la mayor causa de muerte materna se dan en estos períodos (posparto con el 51,5% parto con el 21,2 %).
- Fortalecer las intervenciones en el sector rural ya que el 72.7% de acuerdo al área de residencia provienen del sector rural y que la metodología de las acciones se piense que el nivel de instrucción de las fallecidas (60.6%) están con primaria y ninguna instrucción.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Ancaya, L. d. (30 de 03 de 2013:). SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 461.
- Ávila, A., García, L., Gómez, N., Villanueva, M., Benitez, B., & Fuentes, B. (2013). Factores clínicos y socio-sanitarios relacionados a la anemia en gestantes: estudio de prevalencia en Municipio Mara, Venezuela, 2013. *Med Wave*, 1,2.
- Ecuador, M. D. (Ecuador 2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-Mais. En M. D. Ecuador, *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-Mais* (págs. 40-49). Quito: MSP.
- INEC. (20 de 12 de 2015). *Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censo*. Recuperado el 15 de 09 de 2016, de www.inec.gob.ec
- Luis Miguel Tobar Cuevas, G. A. (08 de 2006). <http://www.clasco.org.ar/biblioteca>. Recuperado el 19 de 04 de 2013, de La percepción del estado de salud:: biblioteca@clasco.edu.ar
- MPS. (2008). *Por Una Maternidad y Nacimientos*. Quito: graphus2902760.
- MSP. (2008). Manual para la vigilancia epidemiológica y funcionamiento de los comité de la MM. 30.
- MSP. (2008). Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna . *Características de la muerte materna*. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP.
- MSP. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud MAIS*. Quito: MSP.
- MSP. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS* . Quito: MSP.

- MSP. (2013). Prioridades de investigación en salud 2013 - 2017. *Áreas de investigación definidas*. Quito , Pichincha, Ecuador .
- MSP. (2016). *Modelo de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud* . Quito.
- MSP. (2016). Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos . *Score Mamá y activación de claves* . Quito , Pichincha , Ecuador .
- MSP, UNFA, UELMGAI, USAID. (05 de 2008). Por una maternidad y nacimientos seguros . *La muerte materna en Ecuador* . Quito, Pichincha, Ecuador: graphus 2902760.
- MSP.ECUADOR. (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. En MSP., *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS* (págs. 40-49). Quito: MSP.
- Observatorio de Mortalidad Materna México. (2015). *Informe de actividades 2011-2015*. México.
- OMS - INICEF - UNIFPA- Banco Mundial. (2015). *Informe de la OMS - INICEF - UNIFPA- Banco Mundial y el Fondo de Poblacion de Naciones Unidas*.
- OMS. (Noviembre de 2015). Datos y Cifras Nota Descriptiva 348. *Obstáculos a que las mujeres reciban la atención necesaria* .
- OMS. (12 de 11 de 2015). *Organización mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de 09 de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>
- OPS. (01 de 11 de 2015). *Organización Panamericana de la salud*. Recuperado el 29 de 08 de 2016, de www.ops.org
- OPS. (01 de noviembre de 2015). *www.ops.org*. Recuperado el 09 de septiembre de 2016

- OPS. (29-30 de 08 de 2016). Matriz de Valoración de Condiciones esenciales para servicios obstétricos. *Derecho a la Salud Materna*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Pinedo, A. (1995). Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Ginecología y Obstetricia- Sociedad Peruana de ginecobtetricia y pedriatría*, 2-3.
- Yunes, G. M. (2012). Mortaidad Materna una Tragedia Ignorada. *Mortalidad Materna*, 68-84.

ANEXO No 1

CICLO DE LA AUDITORÍA CLÍNICA MATERNO NEONATAL



ANEXO No 1

ANEXO No 1

**MATRIZ PARA AUDITORÍA DE CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE SALUD**

unida
d de
salud

**AUDITORÍA DE CONTROL POSPARTO EN SERVICIOS DE
SALUD DE ACUERDO A LA NORMA DEL MSP**

...

DIMENSIONES	ESTÁNDARES A EVALUAR (protocolo de manejo inmediato)	MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Historia Clínica y /o paciente o familiares	NIVELES			Cumple	No cumple	Observaciones
			I	II	III			
Calidad Científico Técnico	La unidad de salud cuenta con un protocolo socializado para la atención de salud materna, componente embarazo parto y <u>posparto</u> actualizado. El protocolo incluye:	Historia clínica, carnet materno neonatal.	x	x	x			
1	Realiza o completa la historia clínica materno perinatal y el carné perinatal determina el número de horas o días de puerperio.	Historia clínica	x	x	x	.	.	
2	Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	Historia clínica y o paciente	x	x	x	.	.	
3	Tranquiliza a la paciente e informa sobre los pasos a seguir	paciente o familiares	x	x	x	.	.	
4	Escucha y responde atentamente a preguntas e inquietudes de pacientes y familiares.	paciente y/o familiares	x	x	x	.	.	

5	Brinda apoyo emocional continuo	paciente y/o familiares	x	x	x	.		
6	Si la atención es a nivel comunitario interactúa con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permite el uso de la ropa según la costumbre local asegurándose que se realice en las mejores condiciones.	equipo de salud, paciente y/o familiares	x	x		.		
7	Mantiene vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino, el estado de la episiotomía y el sangrado por las dos 2 primeras horas posparto.	historia clínica,	x	x	x	.		
8	realiza masaje inmediato del fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído en nivel 0 o menos	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.		
9	Repite el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.		
10	Asegura que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	Historia clínica,	x	x	x	.		
11	Inicia alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más rápido posible según la condición materna.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.		
12	Incentiva la lactancia materna precoz, brinda apoyo constante para conseguir una succión adecuada.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.		
13	Inicia ingesta oral líquida inmediatamente si la paciente lo desea	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.		

	MANEJO SUBSIGUIENTE							
1	Dieta habitual según horario de alimentación y deseo materno	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.	.	
2	Si la atención es a nivel comunitario interactúa con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permite la alimentación según la costumbre local asegurándose que se realice en las mejores condiciones.	partera, familiares o acompañantes	x	x	x	.	.	
3	confirme la diuresis espontánea en las primeras 6-8 horas posparto y la deposición en las primeras 24 horas.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.	.	
4	Mantiene el incentivo de la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.	.	
5	Baño diario e higiene perineal cada 12 horas o según necesidad	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.	.	
6	Hielo Local en periné si hay malestar vulvar o en la zona de episiotomía	Historia clínica,	x	x	x	.	.	
7	Administre analgesia solo si es necesario, acorde con la lactancia materna: acetaminofén 500-1000 mg. VO cada 6 horas o PRN	Historia clínica,	x	x	x	.	.	
8	Considere el seguimiento de laboratorio según patología al ingreso	Historia clínica,	x	x	x	.	.	

9	Verifica en mujeres Rh negativas Du negativo, cuya prueba de Coombs indirecta es negativa y su hijo es Rh positivo, se procederá a la administración ANTI D, dentro de las primeras 72 horas posparto.	Historia clínica,	x	x	x	.	.	
10	En mujeres VIH positivas, se solicitará la prueba confirmatoria, de ser positiva se suprimirá la lactancia, se realizará estudios al recién nacido/ según la norma de manejo.	Historia clínica,	x	x	x	.	.	
	MANEJO PREVIA EL ALTA							
1	Realiza examen físico completo, sea minuciosos en el examen de mamas y periné.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.	.	
2	Si la paciente está asintomática y afebril proceda al trámite institucional de alta: Asegúrese que en la Historia clínica consten todos los datos correspondientes a la labor de parto, parto y puerperio.	Historia clínica, paciente o familiares	x	x	x	.	.	
3	Indica analgesia mencionada según la necesidad	Historia clínica.	x	x	x	.	.	
4	Indica suplementación con hierro en caso de anemia. Ver protocolo de manejo de anemia.	Historia clínica.	x	x	x	.	.	
5	Antes del alta provee orientación y servicios sobre planificación familiar, brinda asesoría y administra un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.	Historia clínica.	x	x	x	.	.	

6	<p>Programa una cita para control a los 7 días del parto o procede a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen.</p> <p>*No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y / o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y /o rehabilitación apropiada.</p>	Historia clínica.	x	x	x			
6	<p>Instruya a la madre sobre la importancia del régimen oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.</p>	Historia clínica.	x	x	x			

Fuente: adaptado de la norma y protocolo materno agosto 2008

Elaborado: Maestrante.

Fecha de la auditoría:

Nombre de la unidad de salud:.....

Líder del servicio:

Auditor Líder:

Fecha del próximo seguimiento:

ANEXO No 3

PLAN DE ACCIÓN: CICLO DE MEJORA CONTINUA

MATRIZ PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD
PROBLEMAS O SITUACIÓN ENCONTRADA: No cumplimiento de los requisitos de la auditoría del Sistema de Gestión de Calidad y Mejoramiento de la Calidad.
RESULTADOS: CUMPLE: NO CUMPLE:
ANÁLISIS DEL NO CUMPLIMIENTO:

IMPLEMENTACIÓN:

QUÉ	QUIÉN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN

SEGUIMIENTO:

FIRMA DE RESPONSABLES

AUDITOR

AUDITADO