



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MEDICO CIRUJANO

TEMA:

"MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA
CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIAS/OS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA,
PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014".

AUTORES:

SRA. BENAVIDES JIMÉNEZ GABRIELA ROCÍO.

SR. CEDEÑO MONTANERO EDUARDO LUIS.

DIRECTORA DE TESIS

DRA. CARMEN CAMPUZANO

PORTOVIEJO- MANABÌ-ECUADOR

2014

DEDICATORIA

A DIOS, por haberme guiado en cada paso de mi vida y por permitirme cumplir con mis metas y sueños.

A mis PADRES Ing. Bismarck Cedeño y Lcda. Zoila Montanero por ser ejemplos de vida y por su ayuda incondicional;

A mis HERMANOS Dr. Henry y Arq. Bismarck por estar cuando lo necesitaba, y seguir siendo parte de mi progreso;

A GABY Y A MI HIJA HICTORIA, que siempre estuvieron cuando las necesite, en mis tiempos más difíciles.

A mis AMIGOS del Colegio San Francisco, quienes tuvieron juntos durante mi enfermedad, y que de una u otro forma dedicaron su tiempo para ayudarme y orientarme.

A mis COMPAÑEROS Y AMIGOS de la Universidad, que compartimos vivencias y experiencias que día a día nos convertirán en mejor amigos, colegas y profesionales.

EDUARDO

DEDICATORIA

A DIOS, por haberme guiado en el camino del bien, dándome fortaleza cada vez que desvanecía e iluminando mi mente para seguir adelante.

A mi MADRE Inés Benavides Jiménez por brindarme todo su apoyo incondicional, quien ha sido uno de mis motivos para superarme.

A mis HERMANOS por brindarme de una u otra manera su apoyo y consejos que me ayudaron a culminar mi carrera.

A mi EDUARDO Y VICTORIA que son las personas por quienes quiero cumplir todas mis metas.

A mis FAMILIARES y aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

GABRIELA

AGRADECIMIENTO

Nosotros expresamos sin duda alguna un sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina por permitirnos formarnos en ella y poder llegar a ser profesionales.

A la Directora de Tesis, Dra. Carmen Campuzano de Jaramillo, al presidente de Tesis Dr. Hugo Loor Lino, al Dr. Nelson Campoverde y Dra. Magaly Scott Mgs., Miembros del tribunal de evaluación y revisión por su comprensión dedicación y afán de revisar y guiar el trabajo de titulación.

A todo el personal de la Facultad de Ciencias de Salud sobre todos a nuestros maestros quienes son responsables de la mayor parte de nuestra formación

Al Director Médico y Administrativo del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” respectivamente, por permitirnos desarrollar nuestra investigación en dicha institución.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE
TITULACION

Yo, la DRA. CARMEN CAMPUZANO DE JARAMILLO tengo a bien certificar que el trabajo de titulación denominado MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014, de los egresados BENAVIDES JIMÉNEZ GABRIELA ROCÍO Y CEDEÑO MONTANERO EDUARDO LUIS se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

.....
DRA. CARMEN CAMPUZANO
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION

"MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIAS/OS ATENDIDAS/OS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014".

Trabajo de titulación sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y Legislada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

Dra. Yira Vásquez Giler MN.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Ingerbord Veliz
PRESIDENTE COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Abg. Abner Bello Molina.
ASESOR JURÍDICO

Dra. Carmen Campuzano
DIRECTORA

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE

Dr. Nelson Campoverde
MIEMBRO

Dra. Magaly Scott, Mg.
MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotros, BENAVIDES JIMENEZ GABRIELA ROCIO y CEDEÑO MONTANERO EDUARDO LUIS, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado: "MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIAS/OS ATENDIDAS/OS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014", es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión de la Directora Dra. Carmen Campuzano.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a los autores.

Benavides Jiménez Gabriela Rocío

Cedeño Montanero Eduardo Luis

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION	v
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION	vi
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	vii
INDICE	viii
INDICE DE CUADROS.....	xiii
TEMA	xiv
RESUMEN.....	xv
SUMMARY	xvi
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	3
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
MUERTE MATERNA	7
MUERTE FETAL.....	12
MUERTE NEONATAL	14
CALIDAD DE ATENCION.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	24
DISEÑO METODOLÓGICO	30
TIPO DE ESTUDIO	30
POBLACIÓN Y UNIVERSO.....	30
LINEA DE INVESTIGACION	31
TÉCNICAS	31
PROCEDIMIENTOS.....	31
TIEMPO:.....	31
AUTORIZACION:	31

MODALIDAD DE LA INVESTIGACION	32
CRITERIOS DE INCLUSION:	32
CRITERIOS DE EXCLUSION:	32
METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	32
MÉTODO DE ESTUDIO:	32
INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION:	32
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:	32
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	34
GRAFITABLA # 1	34
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES EDAD.....	34
TABLA # 2	36
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES.....	36
ESTADO CIVIL	36
GRAFITABLA # 3	37
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES ESCOLARIDAD.....	37
TABLA # 4	39
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES OCUPACIÓN	39
GRAFITABLA #5	40
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES PROCEDENCIA	40
GRAFITABLA # 6	42
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES.....	42
PERIODO INTERGENESICO	42
GRAFITABLA # 7	44
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES.....	44
SEMANAS DE GESTACIÓN.....	44
TABLA # 8	46
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES PLANIFICACION DEL EMBARAZO	46
GRAFITABLA # 9	47
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES ANTECEDENTES OBSTETRICOS.....	47
GRAFITABLA # 10	49
MUERTES MATERNAS SEGÚN COMPLICACIONES EN EMBARAZO ACTUAL	49
GRAFITABLA # 11	51
MUERTES MATERNAS Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ATENCIÓN MSP SEGÚN CAUSA DE MUERTE MATERNA.....	51
GRAFITABLA # 12	53

MUERTES FETALES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES	53
EDAD MATERNAY TIPO DE MUERTE FETAL	53
GRAFITABLA #13	55
MUERTES FETALES Y PATOLOGÍA MATERNA.....	55
GRAFITABLA #14	57
MUERTES FETALES Y TIPO DE EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO	57
GRAFITABLA # 15	59
MUERTES FETALES SEGÚN CARACTERISTICAS PESO AL NACER	59
GRAFITABLA # 16	61
MUERTES FETALES Y CUMPLIMIENTO DE LA NORMA MSP SEGÚN CAUSALIDAD	61
GRAFITABLA # 17	63
MUERTES NEONATALES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES	63
TIPO DE NACIMIENTO	63
GRAFITABLA # 18	65
MUERTES NEONATALES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES DEL PESO	65
GRAFITABLA # 19	67
MUERTES NEONATALES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES	67
EDAD GESTACIONAL.....	67
GRAFITABLA # 20	69
MUERTES NEONATALES SEGÚN CAUSAS	69
GRAFITABLA # 21	71
MUERTES NEONATALES Y SU ASOCIACIÓN CON DEFECTOS CONGÉNITOS.....	71
GRAFITABLA # 22	73
MUERTES NEONATALES Y TIPO DE DEFECTOS CONGÉNITOS	73
GRAFITABLA # 23	75
MUERTES NEONATALES Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL APGAR Y TIEMPO DE VIDA	75
GRAFITABLA # 24	77
MUERTES NEONATALES Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL MSP..	77
CAPITULO IV.....	79
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES.....	80
CRONOGRAMA DEL TRABAJO DE TITULACION	81
PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE TITULACION	82
CAPITULO V	83
PROPUESTA	83

TÍTULO DE LA PROPUESTA.....	83
RESPONSABLES	83
UBICACIÓN SECTORIAL O FÍSICA	83
JUSTIFICACIÓN	84
OBJETIVO GENERAL	84
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	85
FUNDAMENTACIÓN.....	85
RESULTADOS A LOGRARSE.....	90
ACTIVIDADES.....	90
RECURSOS HUMANOS.....	91
RECURSOS INSTITUCIONALES.....	91
RECURSOS MATERIALES.....	91
PRESENTACION DE RESULTADOS DE LA PROPUESTA.....	92
GRAFITABLA # 1	92
CONOCIMIENTO POST TEST DEL CUESTIONARIO COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LA NORMATIVA DEL MSP	92
GRAFITABLA # 2	94
CONOCIMIENTO POST TEST DEL PROTOCOLO DE MUERTE FETAL CONFIRMADA DE LA NORMATIVA DEL MSP	94
GRAFITABLA # 3	96
CONOCIMIENTO POST TEST DEL CUESTIONARIO COMPLICACIONES NEONATALES DE LA NORMATIVA DEL MSP	96
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA	98
PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	106
ANEXO 1: HISTORIA CLINICA PERINATAL.....	123
ANEXO 2: ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO (DELANTE)	125
ANEXO 3: ATENCION INTEGRADA DE LA MADRE Y EL NEONATO Y MENOR DE DOS MESES (DELANTE)	127

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ubicación geográfica del hospital verdi cevallos	83
Ilustración 2. Hoja de consentimiento informado	106
Ilustración 3. Triptico de complicaciones obstetricas (adverso).....	107
Ilustración 4. Triptico de complicaciones obstetricas (reverso).....	108
Ilustración 5. Triptico de complicaciones neonatales (adverso)	109
Ilustración 6. Triptico de complicaciones neonatales (reverso).....	110
Ilustración 7. Hoja de asistencia a la charla y elaboracion del cuestionario	111
Ilustración 8. Hoja de cuestionario de complicaciones obstetricas.....	112
Ilustración 9. Hoja de cuestionario de complicaciones neonatales	113
Ilustración 10. Estandares e indicadores en el proceso de atencion materno neonatal .	129
Ilustración 11. Estandares e indicadores en preeclampsia y eclampsia	130
Ilustración 12. Estandares e indicadores en hemorragias obstetricas	131
Ilustración 13. Estandares e indicadores en infeccion/fiebre de causa obstetrica.....	132
Ilustración 14. Estandares e indicadores en recién nacido con infeccion	133
Ilustración 15. Estandares e indicadores en recién nacido con trastornos respiratorios	134
Ilustración 16. Estandares e indicadores en recién nacido con prematurez/bajo peso..	135
Ilustración 17. Protocolo de manejo de muerte fetal confirmada	136
Ilustración 18. Recolección de datos en el departamento de estadísticas.	137
Ilustración 19. Charlas de las complicaciones obstetricas y neonatales.	138
Ilustración 20. Socializacion del consentimiento informado y cuestionario post-test. .	138

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Variable dependiente de muerte materna y fetoneonatal	24
Cuadro 2. Variable independiente de la calidad de atención (tercera demora).....	29
Cuadro 3. Cronograma de actividades trabajo de titulacion	81
Cuadro 4. Cronograma de actividades dentro del tiempo de estudio.....	82
Cuadro 5. Actividades propuestas para el cumplimiento de los objetivos.....	90
Cuadro 6. Cronograma de actividades dentro del tiempo de estudio.....	98
Cuadro 7. Presupuesto de la propuesta	99
Cuadro 8. Ficha de recoleccion de datos de las características generales de la muerte materna.....	114
Cuadro 9. Ficha de recoleccion de datos de las características generales de la muerte neonatal	115
Cuadro 10. Ficha de recoleccion de datos de las características generales de la muerte fetal.....	116
Cuadro 11. Instrumento de recoleccion de datos en preeclamsia/eclamsia	117
Cuadro 12. Instrumento de recoleccion de datos en hemorragias obstetricas.....	118
Cuadro 13. Instrumento de recoleccion de datos en infeccion/fiebre de causa obstetrica	119
Cuadro 14. Instrumento de recoleccion de datos en recién nacido con infeccion	120
Cuadro 15. Instrumento de recoleccion de datos en recién nacido con trastornos respiratorios.....	121
Cuadro 16. Instrumento de recoleccion de datos en recién nacido con trastornos respiratorios.....	122

TEMA

"MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIAS/OS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014".

RESUMEN

La mortalidad materna y fetoneonatal son indicadores del grado de desarrollo de nuestro país y garantía de los derechos de la sociedad; disminuir su incidencia, es una prioridad para el sistema de salud pública del Ecuador.

Objetivos: Determinar la relación entre la muerte materna y fetoneonatal con la calidad de atención; identificar las causas y describir las características generales que acompañan a la muerte materna y neonatal. Analizar la calidad de atención según complicaciones maternas y neonatales y proponer charlas sobre la importancia del conocimiento y cumplimiento de la norma al personal médico general asistencial e internos rotativos de medicina, en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda.

Se realizó un estudio de tipo retro-prospectivo, descriptivo, cualitativo, cuantitativo en el periodo comprendido desde Octubre del 2013 a Octubre del 2014. Se revisó las historias clínicas de las muertes maternas, neonatales y óbitos fetales.

El análisis estadístico e información se procesara mediante Excel, y estándares e indicadores de la calidad de atención de acuerdo a la norma del MSP.

Resultados: Se presentaron 3 muertes maternas, 35 neonatales y 33 óbitos fetales. Las causas de mortalidad materna fueron hemorragia pos parto y aborto séptico. No se determinó las causas de los óbitos fetales puesto que no se cuenta con un centro para el estudio histológico y cromosómico de la placenta y el feto. Las causas de mortalidad neonatal fueron trastornos respiratorios, prematurez, bajo peso y sepsis.

El cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de atención no se realizó en la mayoría de las complicaciones.

PALABRAS FUERZA: MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL, OBITO FETAL, CALIDAD DE ATENCION, HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

SUMMARY

Maternal mortality and fetoneonatal are indicators of the degree of development of our country and guarantee the rights of society; reduce its incidence, is a priority for the public health system of Ecuador.

To determine the relationship between maternal death and fetoneonatal quality of care; identify causes and describe the general features that accompany maternal and neonatal death. Analyze the quality of care as maternal and neonatal complications and propose talks about the importance of knowledge and compliance with the standard to rotary internal medicine at the Regional Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda personal and general practitioner care.

A study of retro-prospective, descriptive, qualitative, quantitative, in the period from October 2013 to October 2014. Type medical records of maternal, neonatal deaths and stillbirths were reviewed was performed.

Statistical analysis and information was processed using Excel, and standards and indicators of quality of care according to the norm of MSP.

Results: 3 maternal deaths, 35 neonatal and 33 stillbirths were presented. The causes of maternal mortality were post-partum haemorrhage and septic abortion. The causes of stillbirths was not determined since there is has a center for histological and chromosomal study of the placenta and fetus. The causes of neonatal death were respiratory, prematurity disorders, low weight and sepsis.

Compliance with the standards and indicators of quality of care was not performed in most of the complications.

POWER WORDS: MATERNAL AND NEWBORN, OBITO FETAL, QUALITY OF CARE, HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materno fetoneonatal asociada a la calidad de atención es un tema de gran importancia, puesto que nos permite establecer si la atención en salud fue brindada oportunamente a la madre, feto y neonato, además determina el cumplimiento de los estándares e indicadores del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre las complicaciones obstétricas y neonatales.

Según datos del INEC en Ecuador (2010), afirmó que la razón de mortalidad materna fue 69,7 por 100.000 nacidos vivos y datos proporcionados por el MSP (2008), reveló que la tasa de mortalidad infantil en el año 2006 fue del 20.1%.

La mortalidad materno fetoneonatal es un problema de salud pública, ya que pone en evidencia el nivel de desarrollo de un país y la atención de salud brindada a las usuarias durante el embarazo, parto y puerperio. Las muertes fetales y neonatales también pueden ser producidas por consecuencias del inadecuado control durante la gestación o por complicaciones neonatales tratadas inadecuadamente.

El presente estudio determina la relación entre la muerte materno fetoneonatal y la calidad de atención del Hospital Verdi Cevallos Balda; se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y cuali-cuantitativo en un período de un año de octubre del 2013 – octubre del 2014.

Para cumplir con este objetivo accedimos a las historias clínicas de 3 muertes maternas, 33 óbitos fetales y 35 muertes neonatales archivadas en el departamento de estadística del hospital. La información fue recolectada en una ficha de datos elaborada por los autores para registrar las características generales de la población de estudio y el instrumento de recolección del datos elaborado por el MSP sobre estándares e

indicadores de complicaciones obstétricas y neonatales. También se utilizó el protocolo materno para evaluar la calidad de atención en la muerte fetal confirmada.

Los resultados muestran que la principal causa de muerte materna fue la hemorragia pos parto, no se determinó la causa de muerte fetal puesto que en ninguno de los óbitos se solicitó la realización de estudio histológico y cromosómico de la placenta y el feto; esto fue justificado por que no hay un centro de histopatología en el hospital para el estudio de las mismas. Los trastornos respiratorios constituyeron la principal causa de mortalidad neonatal, seguida por prematuridad/bajo peso.

Se evidenció que la calidad de atención materna y neonatal de acuerdo a los estándares e indicadores de complicaciones obstétricas y neonatales del MSP; se cumplió en la mayoría de las muertes maternas, el protocolo materno de muerte fetal confirmada no fue cumplido en su mayoría como lo establece la norma. Mientras que gran parte de las muertes neonatales la norma fue negativa. Encontrándose resultados no satisfactorios respecto a la calidad de atención.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2011) estima que 360.000 mujeres mueren durante el embarazo y el parto y cerca de 8 millones de niños mueren antes del quinto año de vida. Por contrario en el mundo ha descendido la mortalidad neonatal de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2000. El CELADE, CEPAL y CLAP-SMR (2012) afirmaron que de las mil mujeres que mueren diariamente en el mundo como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y puerperio, el 99% sucede en países catalogados en vías de desarrollo.

En América Latina según cifras oficiales de CELADE et al., (2008), determinaron que hubo un total de 5.670 muertes maternas en nuestra región, esencialmente menos de las 9,075 estimadas por el MMEIG y las 7,864 estimadas por el IHME en el mismo año. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS); (2007) cada año, fallecen cerca de 400.000 menores de cinco años en la región, 190.000 mueren en primeros 28 días (70% por causas prevenibles). La mortalidad neonatal (...) se calcula en 15 por cada 1.000 nacidos vivos, representa el 60 % de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones de menores de 5 años.

En Ecuador según el INEC (2009; 8); ocupa el cuarto lugar entre Latinoamericanos que mayor razón de mortalidad materna presentan, 96,30%. Pero el mayor problema radica que el Ecuador tiene una población mayoritariamente joven, 45% son menores de 18 años, constituyendo una natalidad de un 19.9%, comparado con el 12,2% natalidad en el grupo de mujeres de 35 años y más. Según el MSP, la mortalidad neonatal durante el 2012 fue de 62 por cada 100.000 nacidos vivos, con el programa Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) se prevé reducir esas cifras. (Diario El Mercurio; 2014).

En Manabí, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (2006; 18) determino que ocurrieron 14 muertes maternas distribuidas en Chone siete casos como consecuencia de la tercera demora, Manta cinco casos (uno por primera demora y cuatro por tercera demora); Portoviejo y Flavio Alfaro un caso cada uno debidas a la tercera demora. En tanto, la Directora Provincial de Salud, Dr. Carminia Pinargote, en los seis cantones

(Jaramijo, Manta, Montecristi, Jipijapa, Puerto Lopez y Pajan) se reporta la muerte de 9 mujeres embarazadas en los últimos tres años y de 95 neonatos. (EcuadorInmediato.com; 2012).

El presente tema de investigación asocia un problema de salud pública como es la muerte materna fetoneonatal y su relación con la calidad de atención en usuarias atendidas en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda. Determinar la calidad de atención constituye un verdadero reto puesto que debe ser un análisis cauteloso ya que no hay suficiente autocrítica en el personal de salud que permita realizarlo objetivamente y la mayoría de veces se adoptan posturas defensivas. En ningún momento se tratara de buscar culpables, sino mecanismos que identifiquen estos errores y neutralicen sus efectos, es decir mejorar los procesos de atención.

Con lo antes mencionado, podemos determinar que el proyecto de investigación es viable y factible, porque revela la necesidad de proponer y ejecutar acciones efectivas dentro del campo institucional y comunitario para garantizar la atención a los servicios de salud, ya que la mortalidad materna fetoneonatal es un claro indicador de la inequidad e injusticia de género, inmoralidad social y pobreza que sufren las madres dentro del sistema de salud, y como un indicador de la calidad de atención en nuestro hospital; teniendo en cuenta, que los principales beneficiarios son el personal médico, ya que ellos orientan a la atención inmediata y oportuna de las gestantes y neonatos como el propósito final.

Dentro de la investigación esperamos tener un impacto beneficioso en los Médicos Generales Asistenciales e Internos de medicina para la aplicación correcta de norma del MSP, con ello evitar complicaciones obstétricas y neonatales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las muertes maternas y fetoneonatales constituyen un problema de salud pública relevante para el desarrollo social, médico y familiar. Poniendo en evidencia la falta de interés personal, familiar, social y médico; es importante que la gestante acuda al médico para la realización de sus controles prenatales, en donde se identificaran los factores de riesgo del embarazo. Lastimosamente en ocasiones el médico no brinda la suficiente información a la usuaria para que reconozca oportunamente los signos y síntomas de alarma existentes durante la gestación y acuda en busca de atención médica. El conjunto de estas acciones inadecuadas pueden producir consecuencias que culminan en estancia hospitalaria prolongada, histerectomía, internación en la unidad de cuidados intensivos, óbitos fetales y muerte materna neonatal.

De acuerdo a lo expuesto, nuestra investigación expresa la siguiente interrogante:

¿Cómo la muerte materno fetoneonatal se relaciona con la calidad de atención en usuarias/os atendidas en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el periodo de Octubre 2013 – Octubre 2014?

¿Cuáles son las características generales que acompañan a la muerte materna y fetoneonatal?

¿Cuáles son las causas de mortalidad materna y fetoneonatal?

¿Cómo analizar la calidad de los procesos de atención según complicaciones maternas y neonatales?

¿Cómo y por qué realizar charlas sobre la importancia del conocimiento y cumplimiento de la norma, así como de la calidad de atención al personal médico general asistencial e internos rotativos de medicina?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la muerte materna fetoneonatal y la calidad de atención en usuarias atendidas/os en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda, Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características generales que acompañan a la muerte materna y fetoneonatal.

Identificar las causas de mortalidad materna y fetoneonatal.

Analizar la calidad de los procesos de atención según complicaciones maternas fetoneonatales.

Proponer charlas sobre la importancia del conocimiento y cumplimiento de la norma, así como de la calidad de atención al personal médico general asistencial, e internos rotativos de medicina.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MUERTE MATERNA

La muerte materna en nuestro medio es un problema de salud pública, y por tanto este hecho, es importante conocer de manera detallada las definiciones exactas. Se considera a la madre como fuente de protección para sus hijos. Su ausencia predispone al desamparo; ocasionando que ellos sean sometidos a actividades ilícitas y a la restricción de sus derechos. Es decir, el Estado tiene como principal prioridad asegurar ese bien máspreciado que es la vida, mediante norma, protocolos y leyes que promuevan una adecuada salud materna perinatal, como también sexual y reproductiva.

Según la OMS (2005) define la defunción materna como muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales. Lo cual descarta a las muertes ocurridas por accidentes de tránsito, violencia, o las ocurridas después de los 42 días post parto.

Teniendo esto en cuenta la muerte materna tiene muchas consecuencias económicas y sociales porque disminuye la sobrevivencia de los/as recién nacidos/as, los cuales crecen sin el amor materno; restringiéndose de la oportunidad de crecer al lado del ser quien les dio la vida, altera las actividades escolares de los sobrevivientes y huérfana/os y por ultimo conlleva a un desgaste de los recursos familiares y desestabilidad económica.

La muerte materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. Es quizá el reflejo más perceptivo de las situaciones cotidianas de vida de las mujeres, como la búsqueda de la maternidad, así como las

contradicciones sociales relacionadas con sus deseos reproductivos, y esto contrarrestado con la crítica social. Romero I.; et al.; (2010; 43).

El aspecto social-económico, la muerte materna afecta a unos de los grupos más vulnerables de la sociedad como es la embarazada, ya por ser Ecuador un país en vías de desarrollo y manejar políticas ineficaces del control de maternidad y natalidad, nuestras madres son afectadas por la poca cobertura en salud, motivada por falta de accesibilidad y conocimientos, como también por la baja calidad de vida e ingresos económicos.

Es por lo antes mencionado, que el Ministerio de Salud Pública de Ecuador mediante el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, (2008; 15) determino durante el último censo que, 46 cantones de doce provincias se concentran 170 muertes maternas, ocurridas en el embarazo, parto o pos parto (hasta los 42 días) en tres lugares (hogar-comunidad 9 casos, camino-traslado 14 casos y unidad de salud 138 casos) donde suceden demoras que ocasionan muertes maternas (...); y otros 9 casos restantes no reportan información.

Debemos recalcar, que los datos expuestos determinan que las ciudades más pobladas demográficamente, ya sean rurales y urbanomarginales son donde se concentran el mayor número de mortalidad materna, son las más vulnerables en la atención adecuada y oportuna en las gestantes. Por ello, el gobierno debe trabajar para potenciar los centros de salud y hospitales básicos con implementación de insumos y de personal de salud capacitado, y esto es posible con la promoción de la salud y la colaboración de la comunidad.

Detrás de cada defunción materna se ocultan también graves dificultades socioeconómicas, como una alta morbi - mortalidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad, abandono del hogar e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Castañeda M.; et al., (2006; 9).

Chang C. (2008) comentó que cuando una mujer fallece se compromete el desarrollo y bienestar familiar, principalmente de los niños. Así también ocurren en las muertes neonatales y óbitos fetales que comprometen el futuro nuestra sociedad. Por ello el

gobierno nacional trabaja en guías, normas, protocolos y planes de reducción de la mortalidad materno-neonatal. Manteniendo lo dicho, en nuestro país trabaja para mantener los niveles de mortalidad materna por debajo del índice de Latinoamérica.

La instauración de los distintos programas de reducción de muerte materna y neonatal ha logrado que la atención de la mujer gestante y el neonato sea considerada como grupos prioritarios de atención. Para así garantizar una atención rápida y oportuna ante las diversas necesidades en salud. Un apartado especial, es la atención por parte de las parteras o comadronas dentro de la comunidad, que es una práctica que cada vez queda en desuso por el mayor acceso a la salud y la información, el Estado debe trabajar junto con esta práctica de salud en sitios rurales, para así reducir las complicaciones maternas y neonatales. Esto es posible mediante la realización de capacitaciones, implementación de insumos y respetando sus conocimientos ancestrales junto con la colaboración del centro de salud y la comunidad.

Las mujeres viven una doble situación durante el embarazo. Por un lado se dice que ésta es característica fundamental de “ser mujer” que las exalta y es innata. Al mismo tiempo que se la trata como un “problema de mujeres”, dejándolas prácticamente solas frente al gran desafío de ejercer su maternidad. CONE; (2008; 13).

Sin duda alguna la maternidad es uno de los estados fisiológicos principales que ocurre en la vida de una mujer, es la realización de tal; además de que los hijos son considerados como pilar fundamental en la familia; el hecho de ser la mujer quien los concibe conlleva a grandes desafíos. Uno de estos es que puede convertirse en una responsabilidad llevada a cabo solo por la mujer; sin el apoyo de su pareja o familia; ya que estos pueden considerar que por ser la embarazada quien lleva el producto, es solo responsabilidad de ella la salud y el bienestar materno fetal. Sin considerar que de manera directa están negando el apoyo y exponiéndola a riesgos. La gestación no debe ser considerada como una enfermedad; pero sí como una situación de riesgo a la que se está expuesta.

Tasa de mortalidad materna, de acuerdo al Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) (2005) afirmó que es indicador que refleja la atención que la comunidad otorga al cuidado de la salud de las mujeres fértiles, permitiendo evaluar la

calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las gestantes a los beneficios de la salud y, por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la anemia gestacional.

Según el INEC (2010), afirmo que la razón de mortalidad materna es uno de los indicadores y estándares más difíciles de valorar, tanto por la complejidad de características como por ausencia de exactitud para ubicar el numerador y primordialmente el denominador. La razón de mortalidad materna fue 69,7 por 100.000 nacidos vivos.

Al asociar el riesgo de la escolaridad con la muerte materna, se encontró un factor negativo, existen 6 veces mayores probabilidades de morir en relación con las mujeres que han cursado la preparatoria, 4 veces el riesgo en las que no han terminado la primaria y 3 veces mayor en las que han terminado la primaria. Es decir que un mayor grado de escolaridad, asegura de alguna manera la identificación de signos y síntomas de alarma en la gestación y acudir de manera oportuna a la atención médica.

A nivel del Ecuador en 5 provincias prevalecen las muertes por restricciones en el traslado como son: Pichincha, Cotopaxi, Chimborazo, Guayas y el Oro donde hubieron 7 muertes debido a esta causa. Lo cual nos indica que aun cuando existen sectores en los que se cuenta con un centro de salud básico la accesibilidad a un nivel superior no siempre es la adecuada. MSP, (2006; 17).

Las cesáreas aumentan el riesgo de muerte materna comparado con el parto vaginal; puesto que el tejido cicatrizal de la cesárea previa incrementa el riesgo de lesión quirúrgica, existen mayores posibilidades de presentar placenta previa o de desarrollar placenta acreta que pueden ser causales de hemorragia posparto.

La gestación en edad ≥ 35 años constituye un factor de riesgo; puesto que a medida que avanza la edad; el útero va perdiendo su fisiología ya que las fibras musculares dejan de tener elasticidad y contractilidad necesarias en el parto y alumbramiento para que el útero se contraiga ya que caso contrario se producen las hemorragias.

Según el Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (2008). El rango con mayor predominio de muerte materna es entre los 20 – 34 años en el 64%. Del número total el 10% ocurren en adolescentes y un 25% en mujeres de 35 años.

Es así como la maternidad representa un riesgo para las mujeres, a pesar de que el embarazo y el parto son considerados como funciones biológicas normales; sin embargo, es innegable que existe un desgaste en el organismo y la salud femenina, que puede conllevar graves consecuencias a nivel físico, mental y social. Dicho lo antes nombrado, a más de las condiciones físicas y médicas que afectan a las mujeres durante la gestación y la lactancia se pueden deber también a las diferentes tipos de cultos y creencias puesto que estos pueden hacer que la mujer gestante tome decisiones erróneas entre ellos: ausencia del control prenatal, atención del parto por parteras no capacitadas, parto en casa sin presencia del personal médico.

La hemorragia es la primera causa de muerte materna con 17.01% de casos, seguida de eclampsia con el 12.86% y en tercer lugar la sepsis con el 8.30% de casos. INEC, (2013).

Entre las causas tenemos: causas obstétricas son las que suceden como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por manejo inadecuado, intervenciones inoportunas, legrado instrumental, omisiones, impericias o por la conjugación de éstos. Las causas no obstétricas son aquellas que no están asociadas a la intervención médica pero son ellos que determinan si una mujer vive o muere en el embarazo o por complicaciones del parto o puerperio, éstos incluyen los inconvenientes logístico, inconveniente en el transporte, escasez de combustible, falta de equipos, medicamentos y hemoderivados, carencia de personal capacitado, descuido, negligencia; además abarca todos los aspectos sociales afines, tales como nivel educativo, desnutrición, situación económica, y los aspectos culturales que ponen en peligro a la mujer embarazada. Las causas accidentales e incidentales son el grupo de situaciones fortuitas que ocurren durante la gestación, parto o puerperio, y que la maternidad no es la causa básica, condicionante o determinante de esta muerte, ni mucho menos por la falta de conocimientos o descuido del personal médico; entre estas incluyen el homicidio y el suicidio. (Secretaría Distrital de Bogotá, 2007).

Los riesgos asociados con la gestación se relacionan con los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres: la alta paridad, intervalo entre cada embarazo, resultados de embarazos previos, enfermedades y cirugías anteriores, que propician el deterioro y desnutrición del organismo; entre otros riesgos asociados con las condiciones actuales del embarazo, están: la edad de las mujeres, sangrado, cefalea, edema de manos y piernas, disminución de movimientos fetales, contracciones prematuras, ruptura prematura de membranas, posición fetal, infecciones, periodo intergenésico corto, entre otros.

Estos factores desembocan en complicaciones maternas: preclampsia, eclampsia, desprendimiento placentario, parto obstruido o prolongado, atonía o hipotonía uterina, retención de placenta o restos placentarios, inversión uterina, desgarros cervicales o vaginales grado III, ruptura uterina o sepsis postparto.

Por todo lo mencionado anteriormente, el fallecimiento de una mujer gestante, es una tragedia en gran medida evitable. La mortalidad materna también está en relación con derechos sociales, económicos, culturales, sexuales y reproductivos. No es coincidencia que los fallecimientos ocurran en mujeres pobres, campesinas, afrodescendientes o que habitan en zonas urbano marginales; lo cual ubica a estas mujeres en una situación de vulnerabilidad y exclusión a los servicios de salud.

MUERTE FETAL

La muerte fetal es un acto penoso caracterizado por ausencia de respiración, frecuencia cardíaca, latidos del cordón, llanto, quejido, mala coloración de la piel o movimiento musculares voluntarios, es decir falta de vitalidad, valorada por escalas entre la principal tenemos el APGAR al minuto y a los cinco minutos. Cabe indicar que se considera óbito fetal aquellos productos que pesan 350 gr. o más, o aquellos con 20 semanas de gestación o más. Vogelmann R.; et al., (2008).

La muerte fetal abarca los óbitos fetales, es decir producto muerto mayor de 20 semanas de gestación o mayor de 500 gr de peso, excluyendo los abortos; este

fallecimiento causa un impacto en la sociedad porque muchas veces las causas no son claras ni investigadas. Pero en nuestra sociedad donde la madre constituye el pilar de la familia, y juzgándola por muerte del producto, dado por la injusticia social.

Entre la etiopatogenia de la muerte fetal tenemos diversas teorías como son: reducción o supresión de la perfusión útero-placentaria, reducción o supresión de oxígeno al feto, insuficiente aporte calórico, desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis, intoxicaciones maternas, traumatismo, malformaciones congénitas, alteraciones de la hemodinámica fetal y causas desconocidas. Schwarcz, RL.; et al.; (2005).

Schwarcz RL.; et al.; (2005) clasifica la etiología de la muerte fetal en Causas maternas: hipertensión arterial, embarazo prolongado, lupus eritematoso sistémico, diabetes mellitus, infecciones, hemoglobinopatías, preeclampsia, eclampsia, edad materna muy precoz o avanzada, ruptura uterina, incompatibilidad Rh, trombofilias hereditarias, síndrome antifosfolipídico, hipotensión severa materna, muerte materna. Causas fetales: el retardo de crecimiento intrauterino, gestación múltiple, anomalías congénitas, genéticas e infección. Causas placentarias: abrupto placentario, accidente de cordón, rotura prematura de membrana y vasa previa.

De las causas antes mencionadas, muchas de ellas se combinan haciendo no viable el producto, provocando la muerte fetal; además tenemos que los antecedentes personales y gineco-obstétricos de la madre son importante como infecciones de vías urinarias, enfermedad pélvica inflamatoria, abortos anteriores, defectos anatómicos de la vía reproductiva, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, anemia, entre otras.

Vogelmann R., et al.; (2008) determinaron una clasificación: muerte fetal temprana que es aquella que se presenta antes de la formación completa del producto de la concepción, antes de cumplirse 20 semanas de gestación; muerte fetal intermedia es aquella que se presenta antes de la formación completa del producto de la concepción, que se presenta en las semanas 20 a 27 de gestación; y muerte fetal tardía es aquella ocurrida antes de la formación completa del producto de la concepción, que sucede a partir de la semana 28 de gestación.

Sepúlveda & Quintero; (2007; 10), definen muerte fetal inexplicada, como la que ocurre en productos con una edad gestacional obitado, en la cual ni en la necropsia ni el examen anatómico-histológico del cordón umbilical, membranas ovulares y placenta, se logra identificar la causa o patología asociada.

La muerte fetal inexplicada es muy común en nuestra sociedad, por falta de estudios especiales como histopatológico de la placenta y membranas ovulares. Pero como ocurre en la muerte materna, la muerte fetal es un indicador de injusticia social y política, por diversos factores ajenos a los médicos, como son sociales y económicos, que dificultan la atención médica oportuna y eficaz.

Los factores de riesgos se dividen en tres grandes categorías: macroambiente es el cual determina el contexto monetario y socio-cultural de la embarazada; matroambiente es aquel que abarca cualquier situación materna, sin incluir aquellas que ocurren en el macroambiente; y microambiente son todos factores relacionados al producto, placenta, cordón y líquido amniótico. Ahued, et al., (2002; 14).

Como cita el autor antes mencionado, esos factores son deterministas de mortalidad fetal, ya que cada uno ellos son independiente de fracaso del embarazo. En caso que las situaciones sean accidentales o asociados al microambiente son en su gran mayoría inevitables; ya que el organismo materno se encarga de eliminar productos no viables. Por el contrario cuando son relacionados al macroambiente pueden dar como resultado un aborto provocado.

MUERTE NEONATAL

La mortalidad neonatal igual como sucede con la muerte materna, este también constituye un problema de salud pública, al mismo tiempo que es un indicador de la calidad materno infantil, que conduce a problemas socio-económicos, y disminuyen la expectativa de vida.

En este sentido la OMS, (2008) define a nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida como son la respiración o palpaciones del corazón

o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria, o quejido respiratorio valorado por varias escalas entre ellas el APGAR.

La mortalidad neonato-fetal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socio económico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.

Por ello se determinó que es la muerte ocurrida desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se plantea como un problema de salud pública y es el indicador básico dentro de la calidad de recepción del neonato que abarca el servicio de salud pública. De la Cruz C.; et al.; (2008).

La mayoría de las complicaciones neonatales ocurren inmediatamente después del nacimiento, en ocasiones estos son debidos a falta de controles prenatales por lo que se pone en riesgo la salud del recién nacido. En lugares donde no hay disponibilidad cercana a los centros de salud existen mayores probabilidades de existir complicaciones durante el nacimiento, puesto que existe el riesgo de no poder acceder a una atención oportuna durante el período del parto.

Los neonatos requieren suficiente atención y cuidado, puesto que son seres indefensos, predispuestos a padecer afectación en su estado de salud. En ocasiones la muerte neonatal puede ser producto de la falta de información de los médicos hacia los padres; de no advertirles las señales de alarma del recién nacido y cuando acudir al servicio médico, o por descuido de los padres; los cuales no prestan la atención necesaria a las señales de alarma de los neonatos.

Una muerte neonatal es la secuela final de la interacción de una serie de componentes presentes en el proceso de gestación. El factor social se acentúa entre ellos, concretamente en lo relacionado con el aspecto económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la atención y eficiencia de los servicios de salud. Vigilancia Distrital de Salud, (2009).

Muchas mujeres por ignorancia, nivel bajo de escolaridad, bajo nivel socio económico o ausencia de apoyo familiar y del cónyuge; no existe interés para controlar

su gestación que producen riesgos de salud en la madre y en el producto. Durante el período de nacimiento el producto está expuesto a una serie de acontecimientos los cuales pueden tornarse riesgosos si no existieron los adecuados controles que ayudaron a determinar el bienestar fetal.

Durante el embarazo es de vital importancia vigilar el crecimiento y el bienestar del feto, la ausencia de cuidados prenatales pueden desencadenar durante el nacimiento complicaciones, la prematurez y el bajo peso constituyen la primera causa de morbilidad en el recién nacido; esto conlleva a la asociación de otras patologías como los trastornos respiratorios propios de los recién nacido pretérmino.

Chang Caroline; (2008; 11) afirma que la muerte de una mujer y un recién nacido que pueda ser evitada, es inadmisibles e injusta. El recuerdo de esta penosa situación en la familia, en los hijos huérfanos y en la sociedad, es una tragedia que tenemos que evitar, especialmente si sabemos que la mayor parte de las familias ecuatorianas tienen mando materno.

La muerte materna neonatal asociada a inadecuada calidad de atención es un acto inadmisible; actualmente existen protocolos que sirven de guías para tratar las complicaciones; la omisión de estos puede llevar al empeoramiento de la patología produciendo en última instancia la muerte. La muerte materna produce graves consecuencias; las madres son las encargadas del crecimiento de los hijos, la unión familiar y quizás generar más ingresos económicos familiares. La muerte de un neonato en especial para la madre es una tragedia difícil de superar; el vínculo materno que se crea durante la gestación hace que la madre asimile lentamente la pérdida de su hijo. Brindar una adecuada calidad de atención es responsabilidad de todo el equipo de salud con esto no se garantiza que no existirán más muertes; pero sí que no serán atribuidas a la tercera demora.

El MSP, (2008) revelaron base de datos registrados durante el año 2006 la tasa de mortalidad infantil fue del 20.1%, cifra superior a las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), para el año 2015.

Los factores de riesgo existentes para que se produzcan complicaciones neonatales se pueden presentar antes, durante o después del nacimiento:

Antes del nacimiento: ausencia de controles prenatales, preclampsia/eclampsia, diabetes gestacional, diabetes mellitus, edad materna ≤ 15 o ≥ 35 años, malformaciones fetales, placenta previa, embarazo múltiple, polihidramnios u oligohidramnios, amenaza de parto pretérmino, patología materna de base, entre otras. Durante el nacimiento: labor de parto prolongada, rotura prolongada de membranas, líquido amniótico teñido de meconio, cesárea de emergencia, parto pretérmino sin maduración pulmonar previa, procúbito del cordón umbilical, entre otros. Después del nacimiento: ausencia de cuidados por los padres, infección, trastornos respiratorios, entre otros.

El sistema de vigilancia epidemiológica, (2006) la cesárea no debería extralimitarse del 5-15% de todos los partos, se incrementa en la Costa y Región Insular, seguida por la Sierra y la Amazonía. Este porcentaje aumenta en gestantes del área urbana y en las provincias de Manabí, El Oro y Guayas. Aumenta en mujeres con superior nivel de escolaridad, que viven en regiones urbanas y de recursos económicos superiores. Se realizan en mayor número en instituciones privadas en relación con las públicas; asociadas con el deficiente control de calidad de la atención obstétrica y neonatal son causa de muerte materno neonatal.

Los neonatos requieren suficiente atención y cuidado, puesto que son seres indefensos, predispuestos a padecer afectación en su estado de salud. En ocasiones la muerte neonatal puede ser producto de la falta de información de los médicos hacia los padres; de no advertirles las señales de alarma del recién nacido; y cuando acudir al servicio médico, o por descuido de los padres; los cuales no prestan la atención necesaria a las señales de alarma de los neonatos.

Las causas de mortalidad neonatal directas son el nacimiento pretérmino (28%), infecciones (26%) y asfixia (23%), mientras que la causa indirecta son el bajo peso al nacer (< 2.500 g) que se asocia a los trastornos del embarazo, la pobreza, falta de educación, información y comunicación, como factores de riesgo, lo que refleja la falta de equidad para acceder a las medidas de promoción de la salud así como de prevención y control de las enfermedades prevenibles. CONE (2013).

La causa de la muerte feto-neonatal es el indicador más fehaciente de la falta de cuidado en el hogar y la protección que ofrece el sistema de salud, y permite establecer hipótesis y conclusiones que mejoren la atención de salud que responda a las necesidades sociales y culturales del entorno.

Como es notorio, las últimas definiciones de muerte neonatal llevan a una sola conclusión, que el cuidado materno y perinatal constituye el mayor índice de sobrevida para valorar la calidad de atención de la madre y el producto.

CALIDAD DE ATENCION

La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarias de acuerdo a esas normas.

Según el CONE (2013), existen dos aspectos básicos de la calidad de la atención son la Calidad Técnica, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben regirse e a las normas basadas en la evidencia científica, y la Calidad percibida por el usuario, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, entre otras.

El Sistema Informático Perinatal elaborado por CLAP/OPS, sustentado en el formulario 051 de la Historia Clínica Perinatal (HCP) constituye una herramienta para la vigilancia epidemiológica, prácticas médicas basadas en evidencias, decisiones administrativas y realización de investigaciones, forma parte de la Norma y Protocolo Materno establecido por el Ministerio de Salud Pública, como organismo rector del Sistema Nacional de Salud.

Este método de alerta, mostrado con color amarillo, determinando así los posibles riesgos materno fetoneonatal dentro de la Historia Clínica Perinatal. La cual los datos son ordenados jerárgicamente por parte del software y registrado como fuente y así

determinar calidad de atención, recolección de datos; y simplificar la elaboración de estadísticas básicas, selección de historias, descripción de variables, cálculos de riesgo, entre otros.

Es así, que atendiendo la invitación por parte del Ministerio de Salud Pública, con el auspicio de la OPS, el Dr. José Ortiz Segarra PhD junto con la Md. Zobeida Robles Bykvaev participaron como docentes en el taller, con el propósito de implementar el SIP en 11 hospitales más grandes del país, lo cual permitirá que el personal involucrado en la atención materna y perinatal (...) para una mejora calidad de la atención materna e infantil. (MSP, 2011)

La definición operativa de la calidad se realiza mediante el establecimiento de estándares de calidad, que pueden ser estándares clínicos, administrativos y de satisfacción.

El Ministerio de Salud Pública, (2008), define operativamente la calidad esperada para lo atención de la salud materno-neonatal, con el establecimiento de un paquete de estándares básicos que constan en el presente documento.

La muerte materna es el resultado de una serie de demoras; como la falta de decisión a la búsqueda de atención médica (primera demora), retraso en llegar a un centro médico (segunda demora) o no recibir el tratamiento adecuado y oportuno en la institución de salud (tercera demora). En estas mujeres la mayoría viven en situaciones socio-económicas no favorables, y menor acceso a las consultas prenatales.

Centrándose en la tercera demora constituye un verdadero problema puesto que los proveedores de salud deben estar aptos a prestar atención oportuna en el momento oportuno que la gestante o el neonato lo necesita; sin embargo en ocasiones por la deficiente calidad de atención médica prestada por el personal de salud ocurren serias falencias que por falta prudencia llevan a la muerte materna o perinatal.

Existen una amplia variedad de factores condicionantes de mala calidad de atención como: personal no capacitado para la atención de parto y puerperio, incumplimiento de

guías de atención materno neonatal, deficiente historia clínica, deficiencia de recursos hospitalarios como medicamentos, hemoderivados, insumos, entre otros.

Determinar la calidad de atención constituye un verdadero reto puesto que debe ser un análisis cauteloso ya que no hay suficiente autocritica en el personal de salud que permita realizarlo objetivamente y la mayoría de veces se adoptan posturas defensivas. En ningún momento se tratara de buscar culpables, sino mecanismos que identifiquen estos errores y neutralicen su efecto en el paciente, es decir mejorar los procesos de atención.

La mortalidad materna fetal es una injusticia social, por tanto el conocer las características de esta nos llevara a comprender mejor la situación para tomar decisiones en los procesos de planificación departamentales. Existen una amplia variedad de factores condicionantes de mala calidad de atención como: personal no capacitado para la atención de parto y puerperio, incumplimiento de guías de atención materno neonatal, deficiente historia clínica, deficiencia de recursos hospitalarios como medicamentos, hemoderivados, insumos, entre otros.

El Ministerio de Salud Pública establece los siguientes estándares e indicadores para medir la calidad de la atención materna:

Control prenatal: abarca los siguientes estándares, en toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos, semanas de amenorrea, determinación de la tensión arterial, auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas, sangrado genital (si aplica), actitud fetal (presentación posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación, evaluación del estado nutricional, verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP, prescripción de hierro (tabletas sulfato ferroso 50 mg), prescripción de ácido fólico tabletas 1mg (hasta 12 semanas de gestación), solicitud o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor, VDRL, Hb, Hto, glucosa, VIH, EMO, proteinuria en tirillas de embarazos > 20 semanas.

Atención del parto: abarca los siguientes estándares, en todos los partos atendidos se aplicará y registrará las siguientes actividades: graficar correctamente la curva de alerta de dilatación cervical del partograma, graficar correctamente la curva real de la dilatación cervical del partograma, registra del descenso de la presentación en el partograma, control y registro de la tensión arterial, control y registro de actividad uterino (frecuencia y duración), control y registro de la frecuencia cardiaca fetal.

Además, todos los partos atendidos con partogramas se aplicaran y se registrara las siguientes actividades en las que se observaron desviaciones de la curva de dilatación cervical: valoración máxima en 30 minutos (del inicio del cambio de la curva) por un médico, manejo terapéutico de la desviación según diagnóstico.

Atención post-parto: abarca los siguientes estándares, en todo post parto inmediato atendidos en las unidades operativas deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios durante las primeras 2 horas las siguientes actividades: registro de la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina y características de los loquios.

Partos atendidos por personal profesional calificado: abarca los siguientes estándares, el 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (medico/a u obstetriz)

Complicaciones obstétricas: La hemorragia posparto es un estado clínico en el cuál existe una pérdida sanguínea igual o mayor a 500 mL por parto vaginal o igual o mayor a 1000 mL por cesárea. Sin embargo en una mayoría de las situaciones no se logra establecer con exactitud la cantidad del sangrado por lo cual se debe considerar hemorragia pos parto a cualquier perdida sanguínea que se acompañe de inestabilidad hemodinámica. La infección de causa obstétrica siempre hay que investigarla ante toda mujer embarazada con fiebre lo primero que se debe determinar es la vitalidad del producto, pues se debe descartar la posibilidad de muerte fetal. Preclampsia/Eclampsia: La preclampsia es un estado clínico que puede aparecer después de las 20 semanas de gestación y que se caracteriza por presentar tensión arterial $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria. En la eclampsia se le suma la presencia de convulsiones tónicas clónicas. Ruptura prematura de membranas: aquella ruptura que sucede antes de que haya

empezado el trabajo de parto y puede ocurrir cuando el feto no ha madurado (pretérmino, < 37 semanas EG), o ha madurado (a término > 37 semanas).

Muerte fetal: El manejo terapéutico dependerá del índice de Bishop y de la actividad uterina; si es < 6 y su actividad uterina es positiva se realizara maduración cervical con misoprostol vaginal la misma que se administrara dependiendo de las semanas de gestación; si esta entre la semana 13 – 17 se administrara 200 ug C/4h con un máximo de 4 dosis, si cursa entre las 18 – 26 semanas: 100 ug C/4h dosis máxima 400 ug y se realiza la curva del partograma. Si el Bishop es > 6 y no tiene actividad uterina se administra oxitocina a dosis altas cada 15 – 40 minutos; si se obtienen 3 contracciones de 40 segundos en 10 minutos se continua con trabajo de parto normal y registro del partograma; por lo contrario si no se obtienen buenas contracciones la inducción fue fallida y se procede a realizar cesárea. Por ultimo si el índice de Bishop es > 6 y tiene actividad uterina se deja en evolución espontanea con registro en el partograma.

Tasa hospitalaria de muerte por complicaciones obstétricas directas: abarca los siguientes estándares, la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo) no deberá superar el 1%.

El Ministerio de Salud Pública establece los siguientes estándares e indicadores para medir la calidad de la atención neonatal:

Atención del recién nacido a término: abarca los siguientes estándares, todo recién nacido a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: medidas antropométricas, APGAR, registró de realización o no de reanimación, examen físico, administración de vitamina K, profilaxis oftálmica bacteriana, apego y lactancia materna precoz.

Recién nacidos atendidos por profesional calificado: abarca los siguientes estándares, el 100% de recién nacidos en los hospitales básicos y generales serán atendidos por medico u obstetras.

Complicaciones neonatales: Los trastornos respiratorios del recién nacido se caracterizan por taquipnea, quejido espiratorio, retracciones subcostales o subxifoideas

y/o cianosis central. Entre las causas más frecuentes encontramos: enfermedad de membrana hialina, neumonía, taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de aspiración meconial. Recién nacido prematuro aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación y con bajo peso a aquel que pesa menos de 2500 gramos o que se encuentra por debajo del percentil 10. La infección en el recién nacido son los procesos patológicos sistémicos debido a la invasión por microorganismos o sus toxinas.

Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal: abarca los siguientes estándares, se registrara todas las muertes de recién nacidos vivos ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital hasta los 28 días de nacido.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: MUERTE MATERNO FETONEONATAL			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>MUERTE MATERNA: Según la OMS, la muerte materna, es la muerte de una mujer cuando está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales.</p>	<p>Características generales de la muerte materna</p>	Edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 15 años ▪ 15 – 24 años ▪ 25 – 34 años ▪ > 35 años
		Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Universidad
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltera ▪ Casada ▪ Unión libre
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ama de casa ▪ Empleada doméstica ▪ Trabajadora sexual ▪ Profesional

CUADRO 1. VARIABLE DEPENDIENTE DE MUERTE MATERNA Y FETONEONATAL

		Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urbana ▪ Rural
		Periodo intergenésico ≤ 2 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Embarazo planeado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Fracaso del método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No usaba ▪ Barrera ▪ DIU ▪ Hormonal ▪ Emergencia ▪ Natural
		Antecedentes obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborto ▪ Cesárea ▪ Aborto/cesárea
		Semanas de gestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 28 SG ▪ 29 - 36.6 SG ▪ 37 – 41.6 SG ▪ ≥ 42SG

		<p>Complicaciones en embarazo actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión arterial ▪ Hemorragias: <ul style="list-style-type: none"> <u>Primera mitad</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aborto ✓ Embarazo ectópico ✓ Mola hidatiforme <u>Segunda mitad</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Placenta previa ✓ Desprendimiento de la membrana normoinserta ✓ Rotura uterina <u>Tercera etapa del parto</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Restos placentarios ✓ Atonías uterinas ✓ Retención placentaria ✓ Desgarros cervicales y vaginales grado III ✓ Inversión uterina ▪ Sepsis ▪ Parto obstruido ▪ Coagulopatías
--	--	--	---

<p>MUERTE FETAL: Es aquella que se produce antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación; el feto no respira o no da evidencia de la vida como es la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntario.</p>	Características generales de la muerte fetal.	Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 28 SG (Prematuro extremo) ▪ 29 - 36.6 SG (Pretérmino) ▪ 37 – 41.6 SG (término) ▪ ≥ 42SG (postérmino)
	Características generales de la muerte fetal.	Edad gestacional/peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AEG ▪ PEG ▪ GEG
Edad materna		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 – 24 años ▪ 25 – 34 años ▪ ≥ 35 años 	
Patología materna		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preclampsia ▪ Anemia ▪ Diabetes ▪ Ninguno 	
Tipo de extracción del producto		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaginal ▪ Cesárea 	
Tipo de nacimiento		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaginal ▪ Cesárea 	
<p>MUERTE NEONATAL: La mortalidad neonatal se</p>			

<p>MUERTE NEONATAL: La mortalidad neonatal se define como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. En este sentido la OMS recomienda incluir como nacidos vivos a “todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpaciones del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.</p>	<p>Características generales de la muerte neonatal.</p>	<p>Edad gestacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 28 SG (prematureo extremo) ▪ 29 - 36.6 SG (Pretérmino) ▪ 37 – 41.6 SG (término) ▪ ≥ 42SG (posttérmino)
		<p>APGAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 3 puntos ▪ 4 – 6 puntos ▪ ≥ 7 puntos
		<p>Edad gestacional/peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AEG ▪ PEG ▪ GEG
		<p>Defectos Congénitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiacos ▪ Abdominales ▪ Pulmonares ▪ Ninguno
		<p>Complicaciones al nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos respiratorios ▪ Prematurez ▪ Bajo peso ▪ Infección
		<p>Tiempo de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 7 días(muerte neonatal temprana) ▪ ≥ 7 días (muerte neonatal tardía)

VARIABLE INDEPENDIENTE: CALIDAD DE ATENCIÓN (TERCERA DEMORA)			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
La calidad de la atención en salud es el resultado de la aplicación de normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarias de acuerdo a esas normas.	Estándares de atención	Se cumplió la noma del MSP para hemorragia posparto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Se cumplió la noma del MSP para Infección de causa obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Se cumplió la noma del MSP para Preclampsia/Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Se cumplió la noma del MSP para muerte fetal confirmada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Se cumplió la noma del MSP para trastornos respiratorios del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Se cumplió la noma del MSP para prematurez/bajo peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
		Se cumplió la noma del MSP para infección del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No

CUADRO 2. VARIABLE INDEPENDIENTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN (TERCERA DEMORA)

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, cualitativo, cuantitativo:

Prospectivo, se analizó las historias de octubre del 2013 a octubre del 2014.

Descriptivo, se determinó las características generales que acompañan a la muerte materna fetoneonatal y se identificaron sus causas.

Cualitativo, se revisaron los estándares e indicadores de las muertes maternas y fetoneonatales, y se analizó el cumplimiento de la calidad de los procesos de atención según complicaciones maternas y fetoneonatales.

Cuantitativo, se estableció estadísticamente el número de muertes maternas y fetoneonatales ocurridas en el Hospital Verdi Cevallos Balda durante el período establecido.

POBLACIÓN Y UNIVERSO

UNIVERSO: Muertes maternas y fetoneonatales ocurridas en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda, durante el período Octubre del 2013 – Octubre del 2014.

POBLACIÓN: El estudio abarcó 3 muertes maternas, 33 óbitos fetales y 35 muertes neonatales ocurridas en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda, durante el período Octubre del 2013 – Octubre del 2014. No se obtuvo con muestra ya que trabajó con todos los datos.

LINEA DE INVESTIGACION

Salud de los grupos vulnerables.

TÉCNICAS

Se observó los expedientes clínicos de cada una de las muertes maternas y fetoneonatales, documentos que constan en el departamento de estadísticas.

Se determinó del cumplimiento de la norma según la ficha de recolección de datos del Manual de estándares e indicadores de calidad de atención materno y neonatal del MSP.

Se recolectó información con la ficha personalizada.

Se utilizaron grafitablas para la interpretación y análisis de los resultados que se obtuvieron en el estudio.

PROCEDIMIENTOS

TIEMPO:

El presente estudio fue realizado durante un período aproximado de 12 meses (desde Octubre del 2013 – Octubre del 2014).

AUTORIZACION:

Para la investigación se recolectó la información necesaria y se analizó previa autorización de la Gerente Ing. Sayonara Mera Escobar del Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo y la colaboración del personal de las áreas de neonatología, sala de parto, estadística y departamento del CONE.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACION

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyó las muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio; óbitos fetales (mayores de 20 semanas de gestación); y muertes neonatales (0 hasta 28 días de nacido) ocurridas en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda. Octubre 2013 – Octubre 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyó los abortos (menores de 20 semanas de gestación) ocurridas en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda. Octubre 2013 – Octubre 2014.

METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

MÉTODO DE ESTUDIO:

Se utilizó el método de investigación estadístico; ya que se revisaron las Historias clínicas de las muertes maternas, neonatales y óbitos fetales.

INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION:

Ficha de recolección personalizada.

Instrumento de recolección de datos del Manual de estándares e indicadores de Calidad de atención materna neonatal del Ministerio de Salud Pública.

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

RECURSOS HUMANOS:

Tribunal de tesis

Investigadores

Personal de estadística

Director, Gerente y Personal del CONE

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Universidad Técnica de Manabí

Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo

Área de Obstetricia y Neonatología

RECURSOS FÍSICOS:

Historias clínicas Perinatal (formulario 051) y expediente clínico de las muertes maternas y fetoneonatales.

Hojas de Atención integrada de la madre y el neonato y menor de dos meses, y hojas de Atención inmediata al recién nacido.

Libro de egresos hospitalarios y libro de sala parto.

Cámara fotográfica.

Computadora.

Flash memory.

Tinta.

Hojas, oficios y carpetas.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

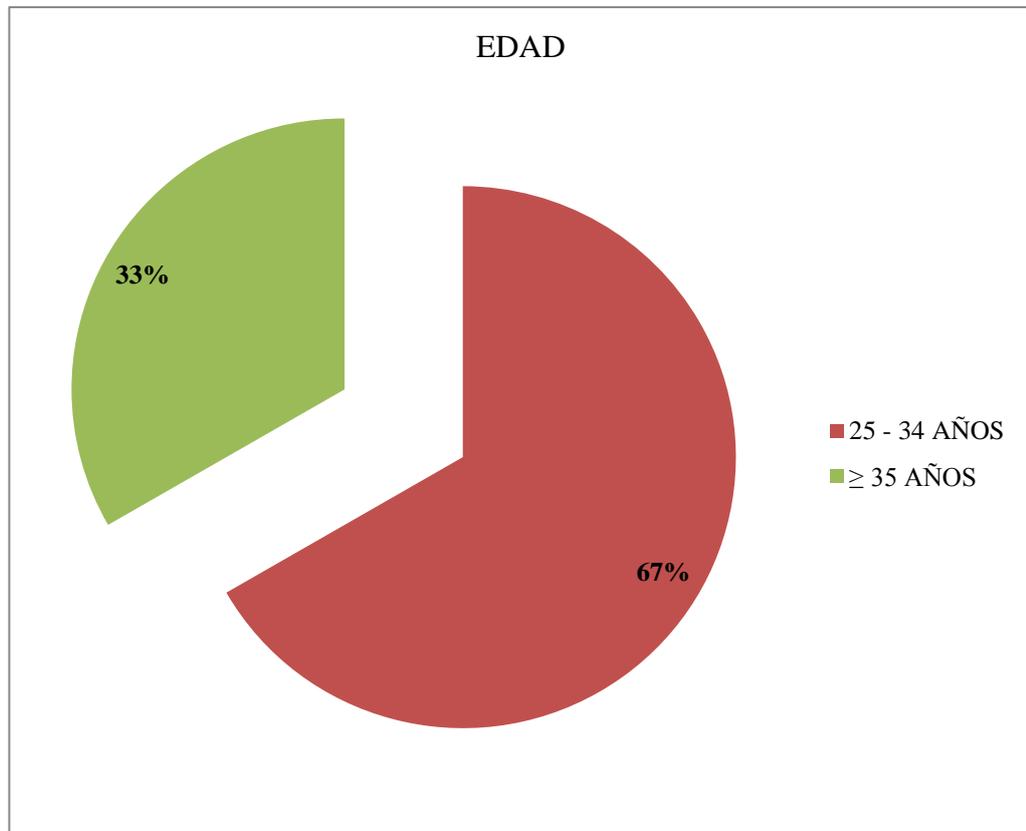
GRAFITABLA # 1

MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES EDAD
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

EDAD	F	%
25 - 34 AÑOS	2	67%
≥ 35 AÑOS	1	33%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla # 1 se observó que las muertes maternas se produjeron en el intervalo de edad entre los 25 – 34 años que correspondió a 2 usuarias con el 67% y en el grupo de ≥ 35 años 1 usuaria con el 33%. Esto indicó que se están muriendo mujeres a una edad aparentemente “no riesgosa”, jóvenes y en plena vida productiva; fueron mujeres que debieron ser capaces del crecimiento de sus hijos, de consolidar la unión familiar y quizás de generar más ingresos económicos en la familia. Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) fueron aproximadamente de 40 años por cada usuaria.

La gestación en edad ≥ 35 años constituyó un factor de riesgo; puesto que a medida que avanza la edad el útero va perdiendo su fisiología ya que las fibras musculares dejan de tener elasticidad y contractilidad necesarias en el parto y alumbramiento para que el útero se contraiga ya que caso contrario se producen hemorragias.

Estos datos concordaron con estudios realizados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MSP Ecuador (2006), donde el rango con mayor predominio de muerte materna fue entre los 20 – 34 años en el 64%. Del número total el 10% ocurren en adolescentes y un 25% en mujeres de 35 años.

Otro estudio realizado en Venezuela por Mazza M. et al., (2012) afirmó que el rango de edad de muerte materna predominó en el rango de 20-34años (55.12 %).

TABLA # 2

MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES

ESTADO CIVIL

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

ESTADO CIVIL	F	%
UNION LIBRE	3	100%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla # 2 se observó que en las 3 muertes maternas que represento el 100% el estado civil fue unión libre. Esto se debe a que según estadísticas del INEC, 2010; la unión libre en la provincia de Manabí es el estado civil que predominó. Se considera que el estar soltera o en unión libre son situaciones que posiblemente favorecen a la exclusión social y reducen las perspectivas económicas y laborales de las mujeres, favoreciendo un nivel de pobreza mayor.

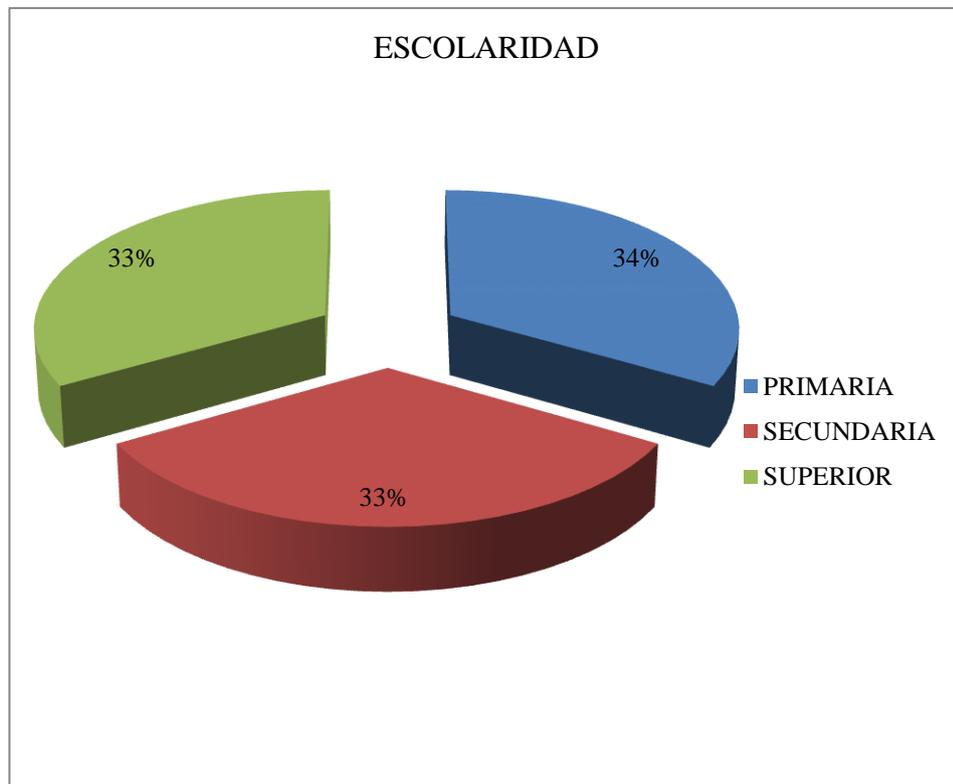
Por el contrario en un estudio realizado en México por Karám M., et al.; (2007); el estado civil de las mujeres fue casada en casi la mitad de los casos; sin embargo con el tiempo esta tendencia cambia ya que está en ascenso el porcentaje de solteras y en unión libre.

GRAFITABLA # 3
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES
ESCOLARIDAD
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

ESCOLARIDAD	F	%
PRIMARIA	1	33%
SECUNDARIA	1	33%
SUPERIOR	1	33%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafita # 3 se observó que la escolaridad no varió correspondiendo un 33% a cada uno de los niveles de escolaridad; lo cual nos indicó que la escolaridad no aumentó el riesgo, significando que toda mujer en estado de gestación independientemente de su nivel educativo puede presentar complicaciones obstétricas. La única diferencia es que una mujer con un mayor nivel educativo puede detectar las señales de alarma oportunamente y acudir a la atención médica; a diferencia de las que tienen un nivel de escolaridad menor las cuales podrían no identificar signos y síntomas de alarma dificultándose el acceso a la atención.

En el estudio que se realizó en México por Karám M., et al.; (2007); al asociar el riesgo de la escolaridad con la muerte materna, se encontró un factor negativo, existen 6 veces mayores probabilidades de morir en relación con las mujeres han cursado la preparatoria, 4 veces el riesgo en las que no han terminado la primaria y 3 veces mayor en las que han terminado la primaria. Como se pudo apreciar, una mayor escolaridad disminuye el riesgo de muerte materna, datos que son consistentes con lo reportado en otros estudios similares.

TABLA # 4
 MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
 OCUPACIÓN
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

OCUPACIÓN	F	%
AMA DE CASA	3	100%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

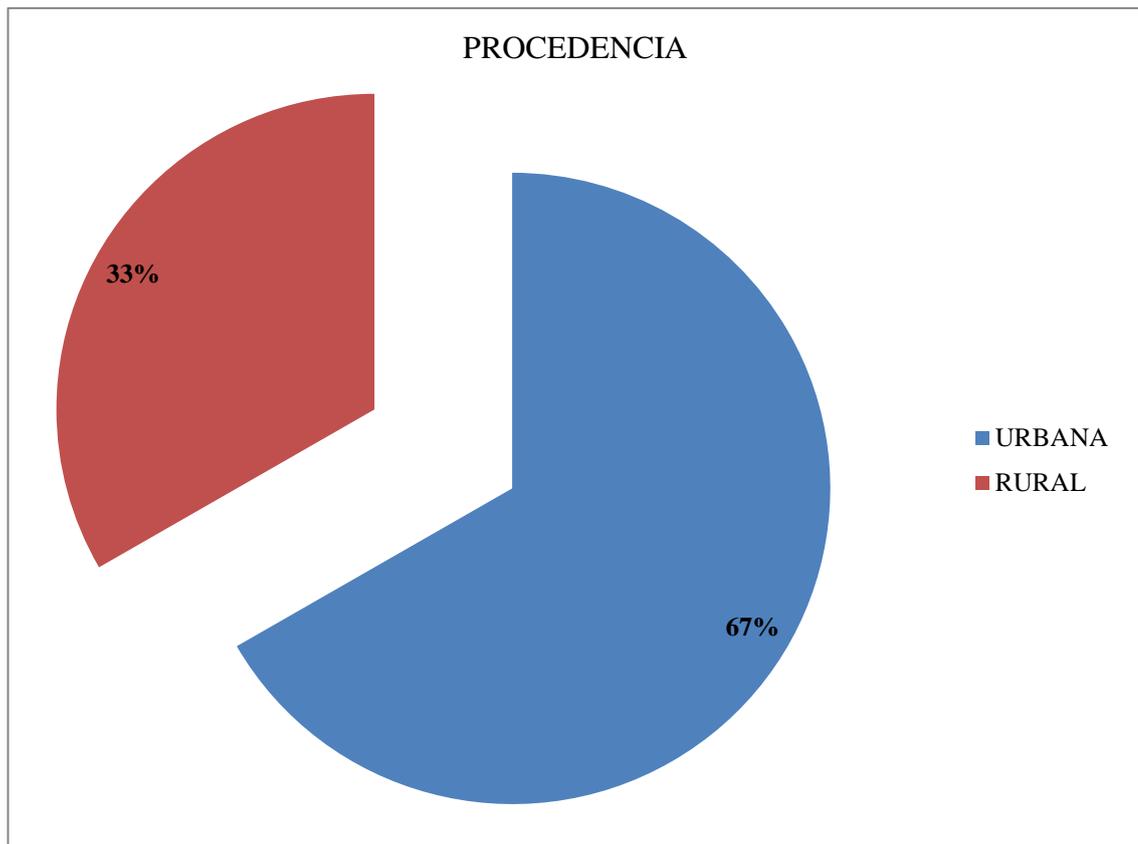
La tabla # 4 nos indicó que la ocupación en las 3 usuarias que correspondió al 100% de las muertes maternas fue ama de casa. A pesar de que no existieron estudios sobre la ocupación; hay que tener presente que esta situación podría constituir un factor coadyuvante de la muerte materna, si se acompaña de bajas fuentes de ingreso van a constituirse en una limitante para la toma de decisiones para el cuidado de su salud. Sin embargo esto no quiere decir que las amas de casa presentan mayor riesgo de morir durante la gestación puesto que esto no constituye un factor de riesgo.

GRAFITABLA #5
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES
PROCEDENCIA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANA	2	67%
RURAL	1	33%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 5 nos indicó que la procedencia objeto de ocurrencia de las muertes maternas fue la urbana (2 muertes) con el 67%, correspondiéndole a la rural (1 muerte) que representó el 33%. La procedencia rural influyó de alguna manera en el acceso a los servicios de salud contribuyendo al agravamiento en la atención materna oportuna; estuvo asociado con la segunda demora; que es el retardo en llegar a un establecimiento adecuado, generalmente influenciado por la distancia y el estado de los caminos.

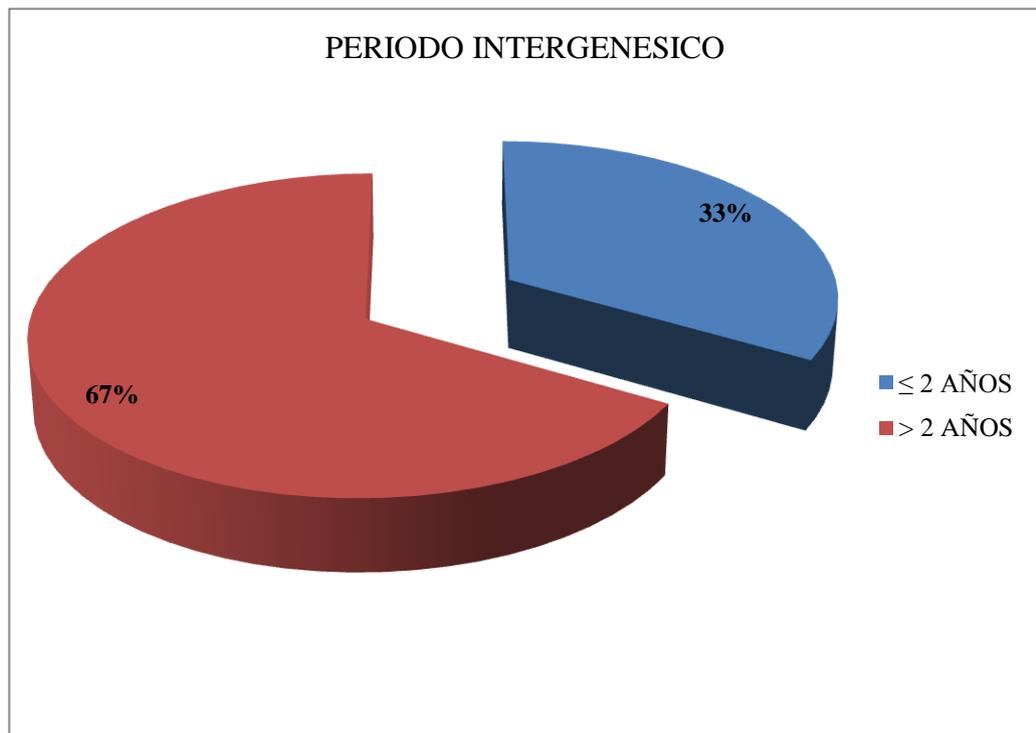
Según el MSP Ecuador, Ministerio de Vigilancia Epidemiológica (2006) en 5 provincias prevalecieron las muertes por restricciones en el traslado como fueron: Pichincha, Cotopaxi, Chimborazo, Guayas y el Oro donde hubieron 7 muertes por esta causa. Lo cual nos indicó que aun cuando existen sectores en los que se cuenta con un centro de salud básico la accesibilidad a un nivel superior no siempre es oportuna.

GRAFITABLA # 6
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES
PERIODO INTERGENESICO
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

PERIODO INTERGENESICO	F	%
≤ 2 AÑOS	1	33%
> 2 AÑOS	2	67%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

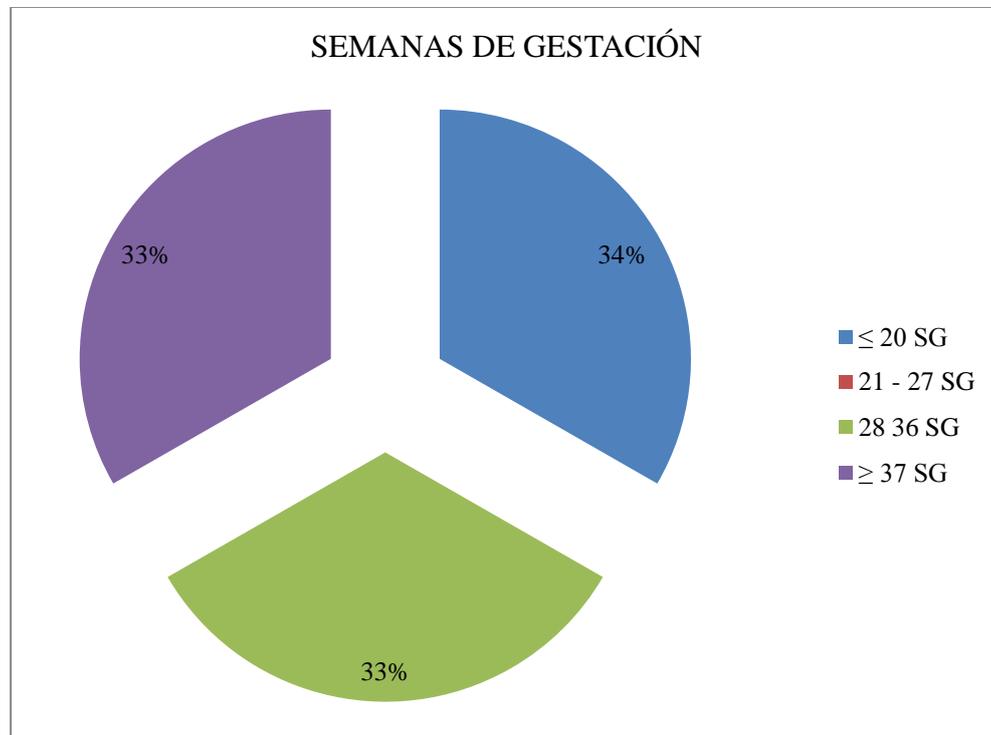
En la gráfitabla # 6 se observó que el periodo intergenésico > 2 años se presentó en el 67% mientras que el espacio intergenésico ≤ 2 años tuvo el 33%. A pesar de que no existieron evidencias de la influencia del período intergenésico sobre la muerte materna; el período corto constituye un factor de riesgo de gran importancia puesto que aumenta el riesgo de padecer labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito y diabetes gestacional. Hay que tener en cuenta que el período intergenésico corto (<24 meses) o prolongado (>48 meses) representan el mismo riesgo.

GRAFITABLA # 7
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
SEMANAS DE GESTACIÓN
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	%
≤ 20 SG	1	33%
28 - 36 SG	1	33%
≥ 37 SG	1	33%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La gráfitabla # 7 nos indicó que las semanas de gestación en que se produjo las muertes maternas no tuvo significancia, puesto que ocurrieron independientemente de la edad gestacional comportándose de la siguiente manera: ≤ 20 semanas 33%, 28 – 36 semanas 33% y ≥ 37 semanas 33%. A pesar de que no existieron estudios que demostraron que el riesgo aumentó dependiendo de la edad gestacional; este análisis nos demostró que en cualquiera de los trimestres de la gestación se pueden presentar complicaciones obstétricas que lleven a tener como desenlace una muerte materna. Por lo cual el hecho de estar embarazada ya es un riesgo para muerte materna.

TABLA # 8
 MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES
 PLANIFICACION DEL EMBARAZO
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	F	%
SI	0	0%
NO	3	100%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

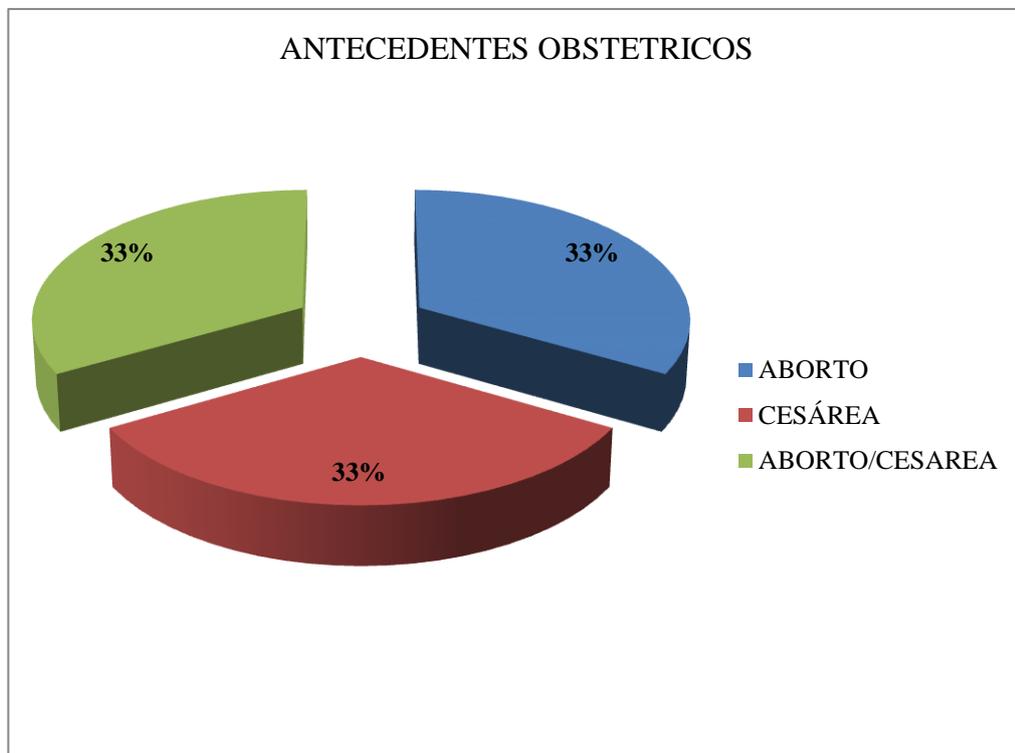
La tabla # 8 demostró que todas las muertes maternas ocurrieron en gestantes que no planearon el embarazo que correspondió al 100%. A pesar de que no existieron estudios sobre la asociación de embarazo planeado y muerte materna; la investigación realizada nos indicó que las mujeres que no planificaron su gestación tuvieron mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas que conllevaron a la muerte materna. Puesto que al no existir planificación; no se realizaron los respectivos estudios preconceptionales, por lo tanto no se identificaron los riesgos de la gestación por ejemplo: si existe un período intergenésico corto o prolongado puede producir complicaciones maternas y neonatales, un embarazo de alto riesgo en una usuarias con antecedentes de ≥ 2 cesáreas de presentar placenta previa o los trastornos de coagulación.

GRAFITABLA # 9
MUERTES MATERNAS SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES
ANTECEDENTES OBSTETRICOS
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	F	%
ABORTO	1	33%
CESÁREA	1	33%
ABORTO/CESAREA	1	33%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable #9 nos demostró que todas las muertes maternas tuvieron antecedentes obstétricos de: aborto, cesárea y ambos; correspondiendo el 33% respectivamente.

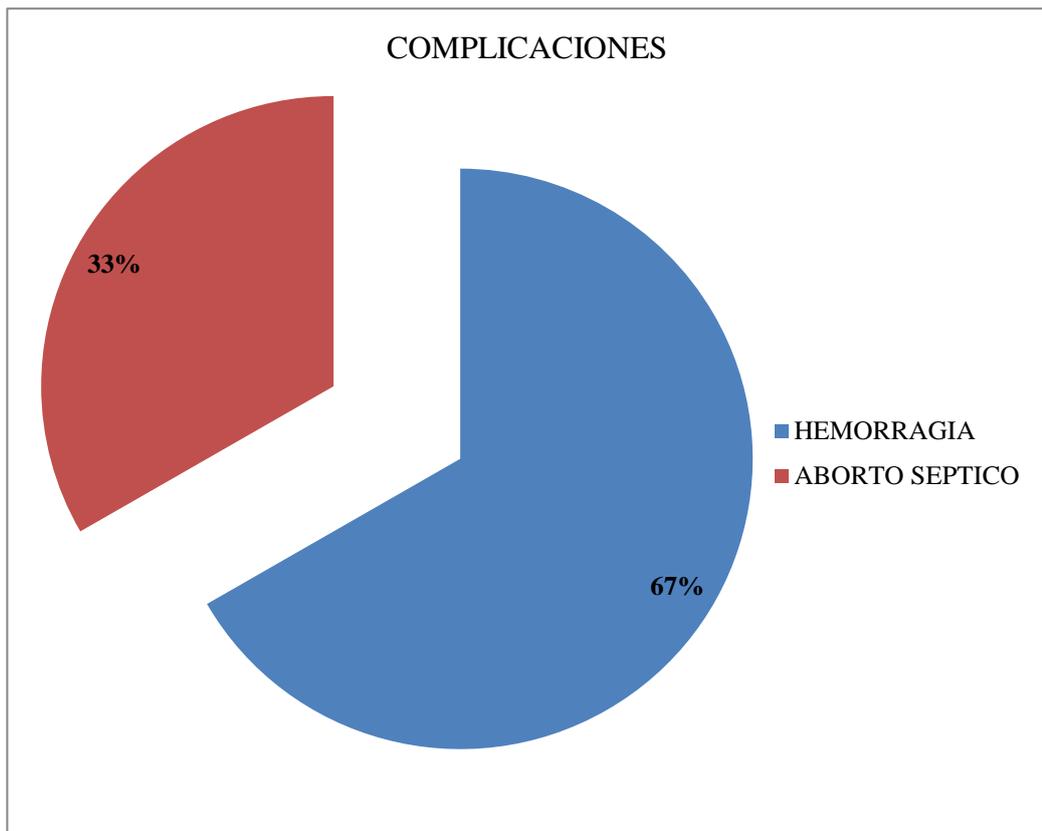
A pesar de que no existieron estudios de la relación de muerte materna con antecedentes obstétricos de riesgo, el estudio demostró que las cesáreas aumentaron el riesgo de muerte materna comparado con el parto vaginal; puesto que el tejido cicatrizal de la cesárea previa incrementa el riesgo de lesión quirúrgica, existieron mayores posibilidades de presentar placenta previa que pueden ser causales de hemorragia posparto.

GRAFITABLA # 10
MUERTES MATERNAS SEGÚN COMPLICACIONES EN EMBARAZO ACTUAL
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

COMPLICACIONES	F	%
HEMORRAGIA	2	67%
ABORTO SEPTICO	1	33%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 10 demostró que las complicaciones que presentaron las gestantes en el embarazo actual fueron: hemorragia pos parto en un 2 de las usuarias que representa el 67% y aborto séptico en 1 usuaria que corresponde el 33%. Estos datos coincidieron con los análisis realizados según el INEC, Ecuador 2011, donde revelan que la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 17.01%, seguida de eclampsia con el 12.86% y en tercer lugar la sepsis con el 8.30%.

La hemorragia pos parto fue la principal causa de muerte materna, en el estudio realizado una de las muertes fue durante el parto y la otra en el puerperio; condicionadas por antecedentes obstétricos agravantes como fueron: más de 2 cesáreas previas lo cual incrementa las posibilidades de mortalidad. A pesar que se realizaron medidas para controlar el sangrado no se obtuvieron resultados, debido a que las causales presentadas no favorecieron el tratamiento; siendo la hemorragia producida por la placenta acreta y la coagulopatía que produjeron el desenlace mortal.

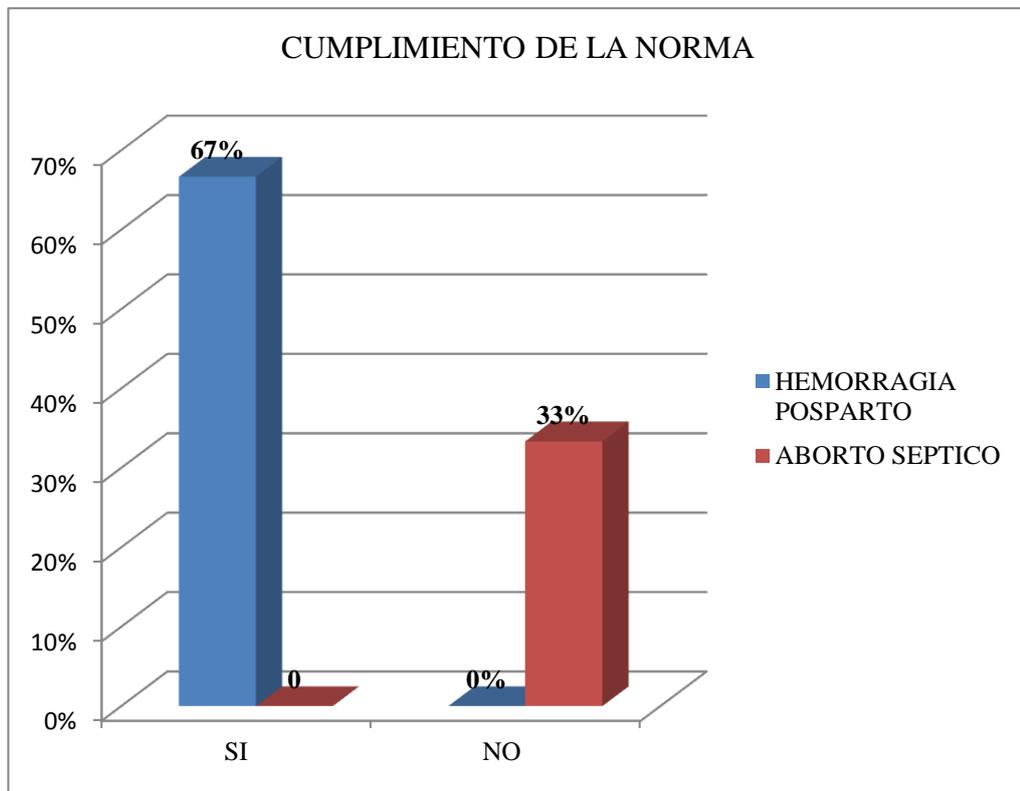
GRAFITABLA # 11

MUERTES MATERNAS Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ATENCIÓN
MSP SEGÚN CAUSA DE MUERTE MATERNA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	HEMORRAGIA POSPARTO		ABORTO SEPTICO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SI	2	67%	0	0	2	67%
NO	0	0%	1	33%	1	33%
TOTAL	2	67%	1	33%	3	100%

FUENTE: Estándares e indicadores para medir la calidad de atención materno – neonatal.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Estándares e indicadores para medir la calidad de atención materno – neonatal.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 11 nos indicó que el cumplimiento de la norma de la hemorragia pos parto se cumplió en el 100%, mientras que para el aborto séptico se incumplió en el hospital básico correspondiendo el 33%.

Los parámetros que se incumplieron fueron la administración de la antibioticoterapia que estipula la norma por lo que la puntuación final de cumplimiento fue negativa. A pesar del cumplimiento de la norma en las muertes maternas por hemorragia pos parto el informe final de las mismas las considera evitables con fallas atribuibles a la tercera demora, puesto que si bien se cumplieron los parámetros normatizados, cuando ocurrió la complicación no se detectó la misma oportunamente y cuando se la detectó la atención fue brindada en una de las 2 muertes por el médico general asistencial en lugar de un médico tratante; La administración de paquetes globulares no fue la adecuada según informe del comité provincial de muerte materna, además de no contar con un equipo médico completo para una intervención quirúrgica de alto riesgo.

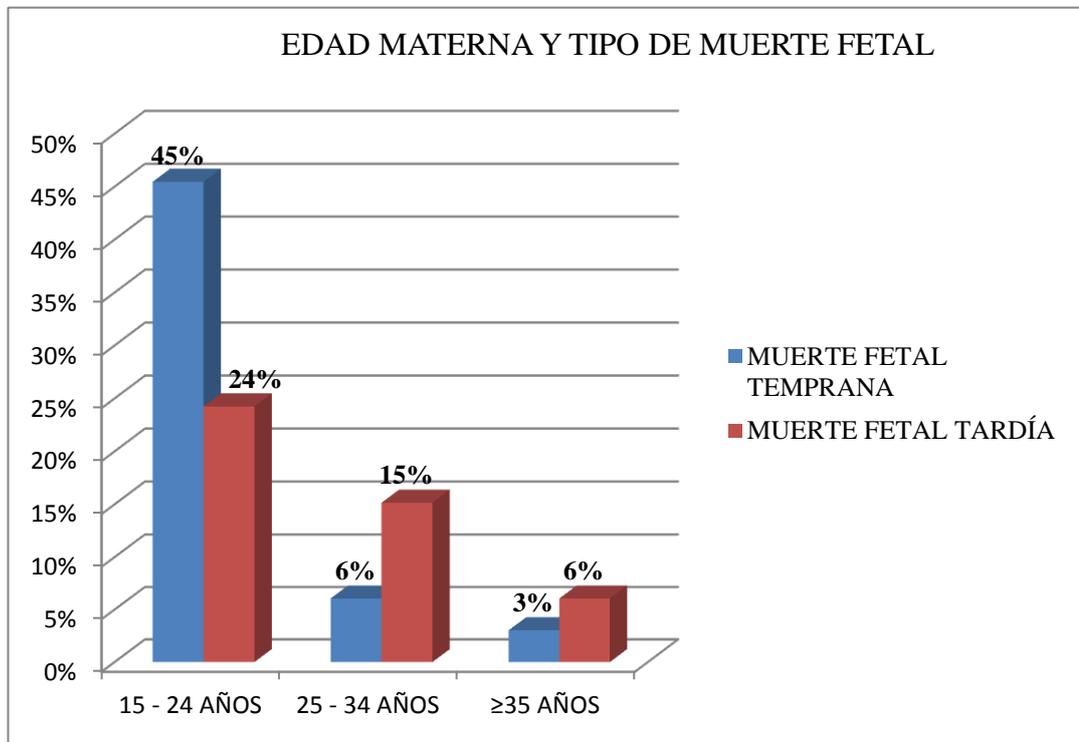
En el aborto séptico: en hospital básico a pesar de contar con una ecografía que reveló la muerte fetal se envía a realizar otra donde informaron producto vivo y en buenas condiciones lo que contribuyó al retardó del tratamiento ya que el producto estaba obitado. No se prescribió la antibioticoterapia de acuerdo a la norma y se deriva a la gestante en estado séptico y en muy malas condiciones que presagiaban el desenlace fatal.

GRAFITABLA # 12
 MUERTES FETALES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
 EDAD MATERNAY TIPO DE MUERTE FETAL.
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

EDAD MATERNA	MUERTE FETAL TEMPRANA		MUERTE FETAL TARDÍA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
15 - 24 AÑOS	15	45%	8	24%	23	70%
25 - 34 AÑOS	2	6%	5	15%	7	21%
≥35 AÑOS	1	3%	2	6%	3	9%
TOTAL	18	55%	15	45%	33	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La gráfitabla # 12 nos demostró que el mayor porcentaje de muertes fetales ocurrieron entre las edades de 15 – 24 años predominando la muerte fetal temprana. Comportándose de la siguiente manera: en la muerte fetal temprana 15 – 24 años 45% (15 óbitos), 25 – 34 años 6% (1 óbitos) y ≥ 35 años 3% (2 óbitos). Y la muerte fetal tardía 15 – 24 años 24% (8 óbitos), 25 – 34 años 15% (5 óbitos) y ≥ 35 años 6% (2 óbitos). Estos datos nos indicaron que las madres jóvenes presentaron mayores probabilidades de presentar muerte fetal temprana y tardía.

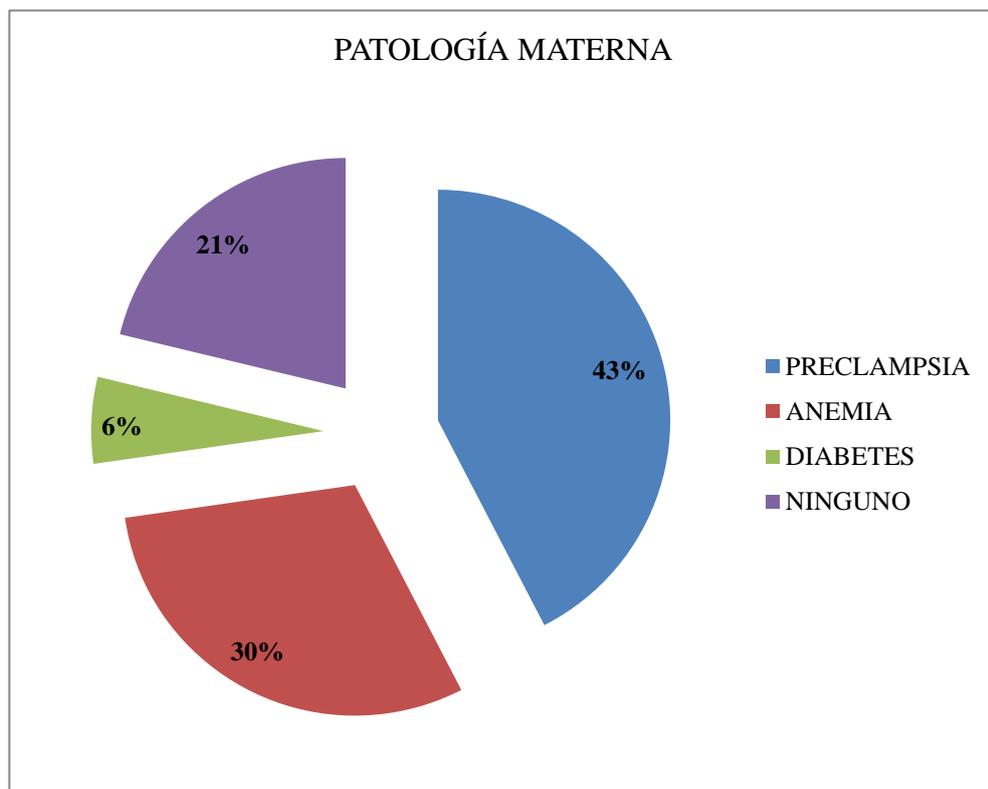
En el estudio realizado en Cuba por Rodríguez & Hernandez, (2004) encontraron una asociación significativa entre muerte fetal tardía y edad materna menor a 20 años.

GRAFITABLA #13
MUERTES FETALES Y PATOLOGÍA MATERNA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

PATOLOGÍA MATERNA	FRECUENCIA	%
PRECLAMPSIA	14	42%
ANEMIA	10	30%
DIABETES	2	6%
NINGUNO	7	21%
TOTAL	33	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 13 demostró que la patología materna que se presentó con mayor frecuencia fue la preclampsia en 14 usuarias que representa el 42%, seguido de la anemia en 10 usuarias que representan el 30% y diabetes en 2 usuarias que corresponde el 6%.

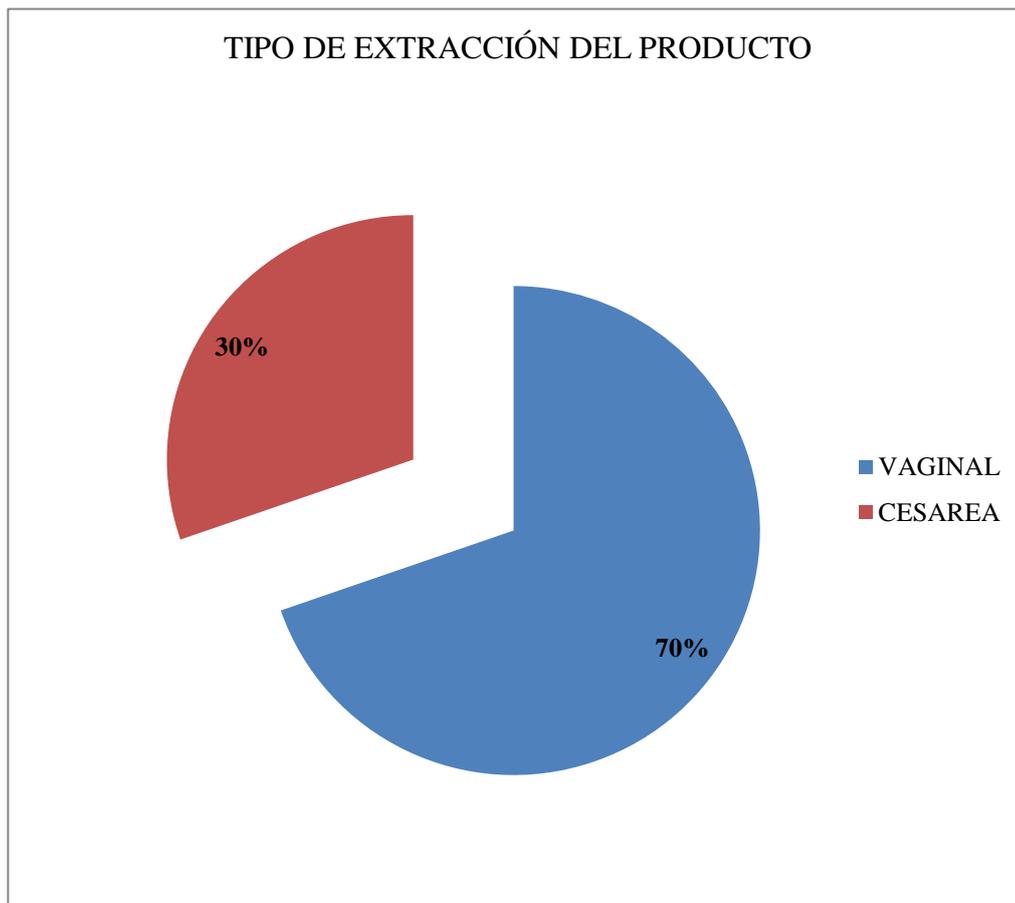
La preclampsia fue uno de los antecedentes que pudo haber sido el causante de la muerte fetal coincidiendo con el estudio realizado en Chile por Linares J., y Poulsen R.; (2007) donde la preclampsia grave fue la causa primaria del óbito. Las muertes fetales intraútero estuvieron íntimamente relacionadas con la disminución del riesgo uteroplacentario motivando la anoxia intrauterina al feto. Por lo antes expresado, se determinó que la preclampsia grave generó alteraciones en el feto y lo conllevó a la muerte.

GRAFITABLA #14
MUERTES FETALES Y TIPO DE EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	%
VAGINAL	23	70%
CESAREA	10	30%
TOTAL	33	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafita # 14 demostró, que las muertes fetales ocurridas en el hospital Verdi Cevallos Balda, la extracción del producto fue por vía vaginal en el 70%; y por vía abdominal (cesárea) el 30%. A pesar que en los estudios de muerte fetal no se habla del tipo de parto que se realizó para extraer el óbito, Diago V, Perales A & Cohen M (2013;31); nos indicaron que en la mayoría de los casos se producirá un trabajo de parto espontáneo en las 2 primeras semanas posterior a la muerte fetal, actualmente la espera de un trabajo de parto espontáneo ha ido disminuyendo puesto que se cuenta con mejores y más seguros medios de inducción del trabajo de parto; además alivia el sufrimiento de los padres y previene la posibilidad de coagulopatía y hemorragia materna asociadas con una retención prolongada de un feto muerto; lo cual explica el mayor porcentaje del parto vaginal.

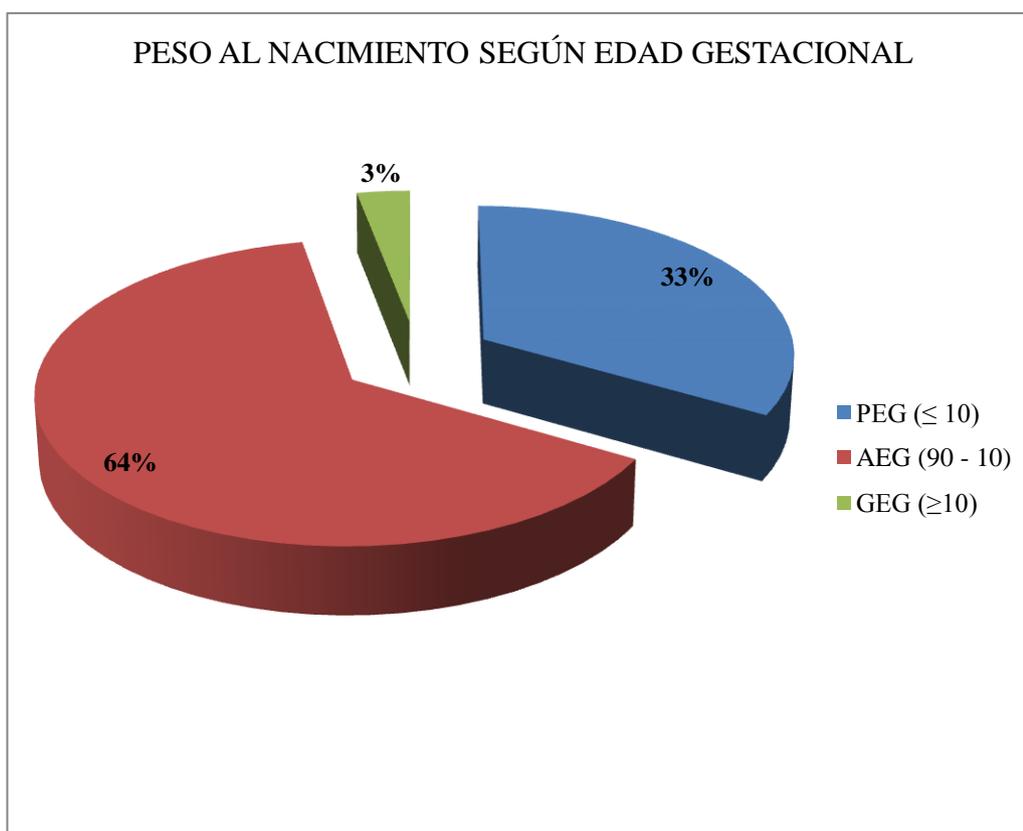
En los casos que se realizó cesárea no se especificó la iniciación previa de inducción, ni el motivo de la realización de la misma por lo cual se consideraría que las cesáreas no fueron debidamente justificadas.

GRAFITABLA # 15
MUERTES FETALES SEGÚN CARACTERÍSTICAS PESO AL NACER
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

PESO AL NACER	F	%
PEG (≤ 10)	11	33%
AEG (90 - 10)	21	64%
GEG (≥ 10)	1	3%
TOTAL	33	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable #15 demostró que el peso del óbito con relación a la edad gestacional según la curva de crecimiento Basson - Benda; en 21 óbitos que correspondió al 64% fue adecuado, en 11 óbitos que correspondió al 33% fue pequeño y en 1 óbito al 3% fue grande para la edad gestacional; lo cual demostró que en su mayoría los fetos obitados presentaron un peso adecuado.

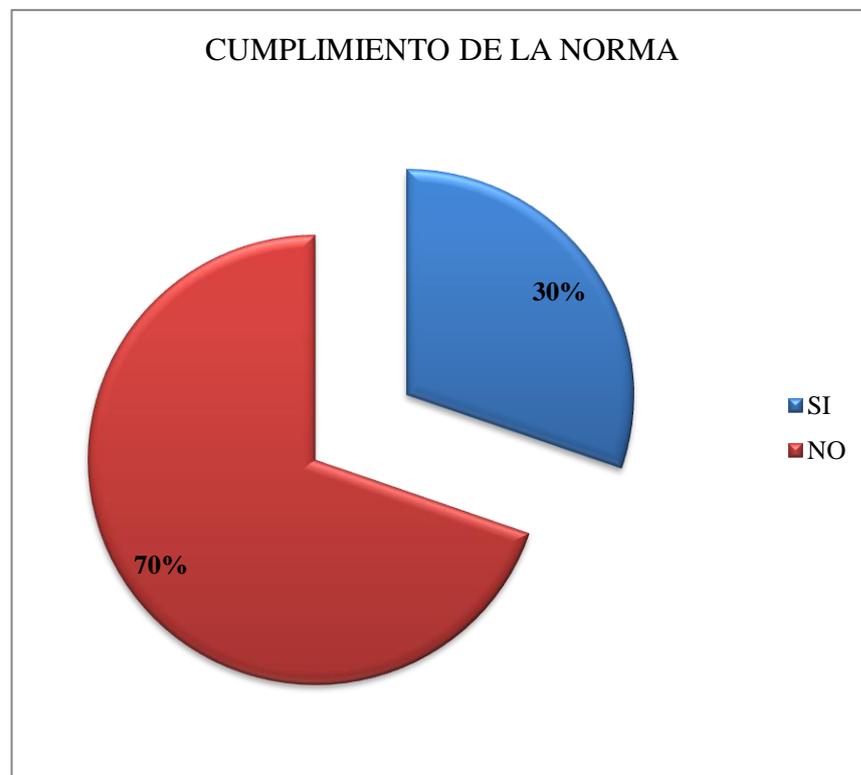
A pesar de que no existieron estudios de la relación del peso a nacer con la edad gestacional; el estudio realizado en Chile por Linares & Poulsen, (2007); quienes indicaron que los óbitos presentaron un peso ≤ 1000 gr en el 33.4% siendo el mayor porcentaje en su estudio.

GRAFITABLA # 16
MUERTES FETALES Y CUMPLIMIENTO DE LA NORMA MSP SEGÚN
CAUSALIDAD
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	F	%
SI	10	30%
NO	23	70%
TOTAL	33	100%

FUENTE: Componente Normativo Materno de Muerte Fetal Confirmada.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Componente Normativo Materno de Muerte Fetal Confirmada.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 16 demostró que el cumplimiento de la norma materna de muerte fetal; en 23 usuarias que correspondió el 70% no cumplió la norma materna; mientras que en 10 usuarias que correspondió el 30% si se cumplió.

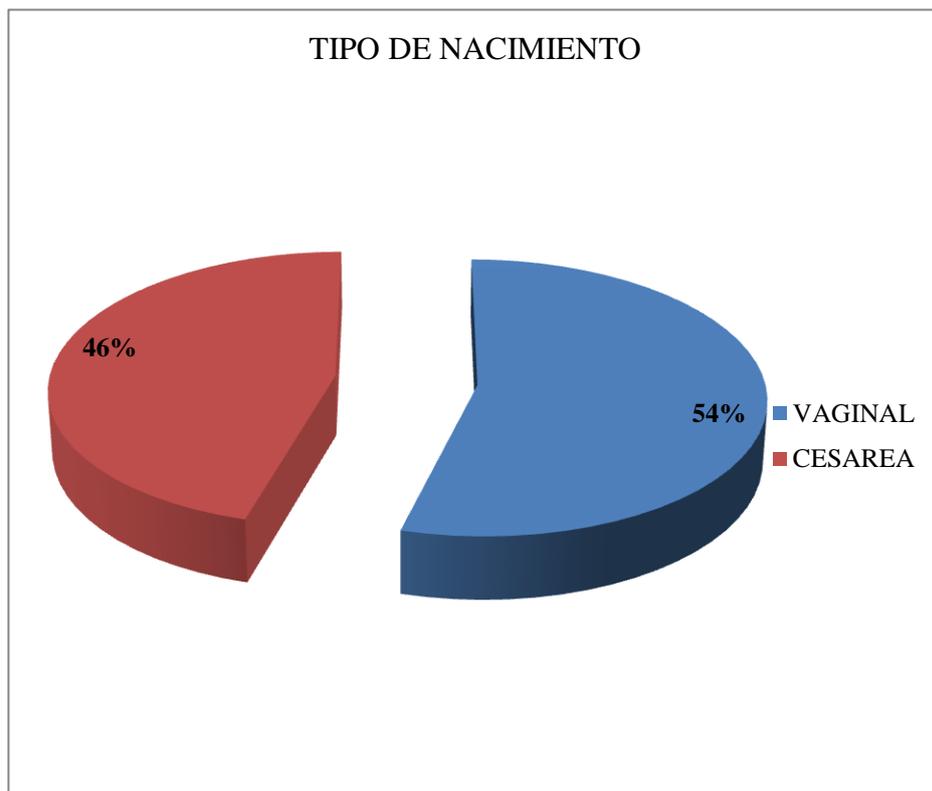
En el análisis que se realizó a cada una de las historias clínicas refiriéndonos al porcentaje que no cumplió; se pudo evidenciar que en los partos vaginales no se graficó la curva del partograma, se realizó cesárea no especificando la iniciación previa de inducción, ni el motivo de la realización de la misma y en ninguno de los óbitos se solicitó la realización de estudio histológico y cromosómico de la placenta y el feto; esto fue justificado por que no hay un centro de histopatología en el hospital para el estudio de las muestras. A pesar de que no existen estudios sobre el cumplimiento del protocolo en muerte fetal se evidencia en nuestro estudio que no se sigue la normativa en la mayoría de los casos.

GRAFITABLA # 17
MUERTES NEONATALES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES
TIPO DE NACIMIENTO
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

NACIMIENTO	F	%
VAGINAL	19	54%
CESAREA	16	46%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La gráfitabla # 17 demostró que el tipo de nacimiento de los neonatos que fallecieron fue vaginal en 19 usuarios que corresponde al 54% y mediante cesárea en 16 usuarios que corresponde al 46%. El porcentaje de cesáreas fue elevado, ya que debería existir mayor número de partos vaginales; además de ser un proceso fisiológico es favorable para el neonato puesto que al pasar por el canal de parto habrá un proceso de adaptación al medio exterior; no sometiéndolo a un proceso súbito de extracción como es en la cesárea. Además permite la reabsorción del líquido pulmonar, posiblemente disminuyendo la posibilidad de trastornos respiratorios como la taquipnea transitoria del recién nacido la cual se ha asociado a cesárea. El alto porcentaje de cesáreas constituyen otro factor de riesgo para los recién nacidos, aunque en situaciones indicadas sea un procedimiento importante para salvar la vida de la madre y del/a recién nacido/a.

La cesárea cuyo promedio esperado, según la OMS, no debería extralimitarse del 5-15% de todos los partos, se incrementa en la Costa y Región Insular, seguida por la Sierra y la Amazonía. Este porcentaje aumenta en gestantes del área urbana y en las provincias de Manabí, El Oro y Guayas.

Según la Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) 2004, aumenta en mujeres con superior nivel de escolaridad, que viven en regiones urbanas y de recursos económicos superiores. Se realizan en mayor número en instituciones privadas en relación con las públicas; asociadas con el deficiente control de calidad de la atención obstétrica y neonatal son causa de muerte materno neonatal.

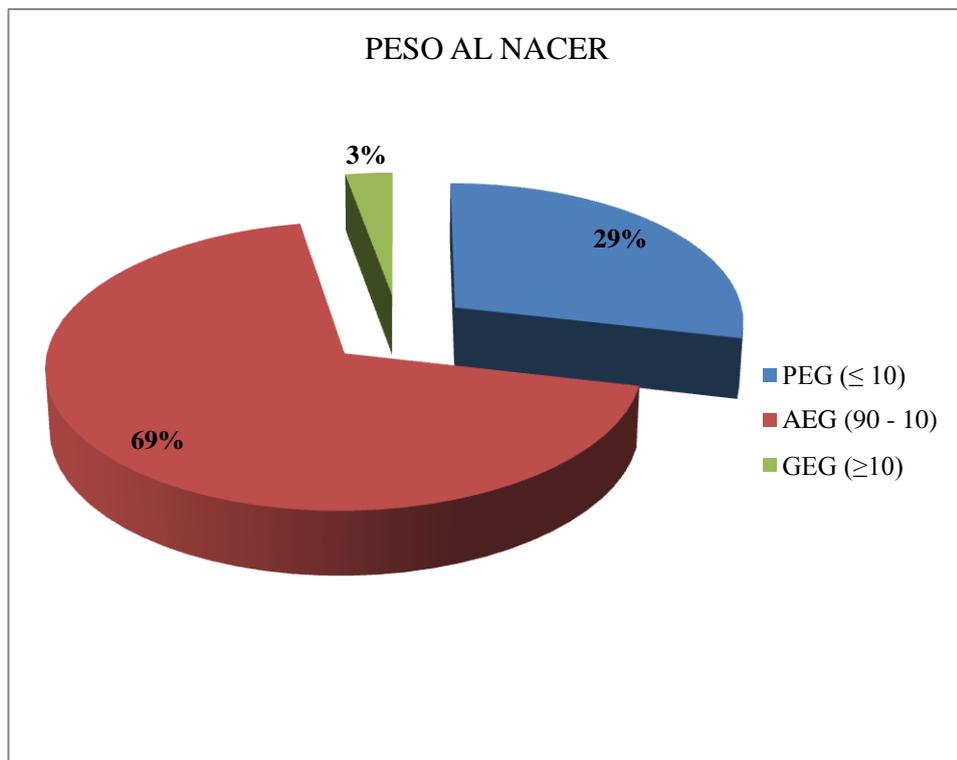
GRAFITABLA # 18
MUERTES NEONATALES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES DEL
PESO

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014

PESO AL NACER	F	%
PEG (≤ 10)	10	29%
AEG (90 - 10)	24	69%
GEG (≥ 10)	1	3%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 18 demostró que el peso al nacer con relación a la edad gestacional en 24 usuarios que correspondió al 69% fue adecuado para la edad, el 29% (10 neonatos) fue pequeño para la edad y en el 3% fue grande para la edad. Considerando que el mayor porcentaje fue para los neonatos con peso adecuado para la edad gestacional y que este es un factor favorable para la supervivencia del mismo; la muerte se produjo por complicaciones sobreañadidas como son trastornos respiratorios, prematuridad e infección.

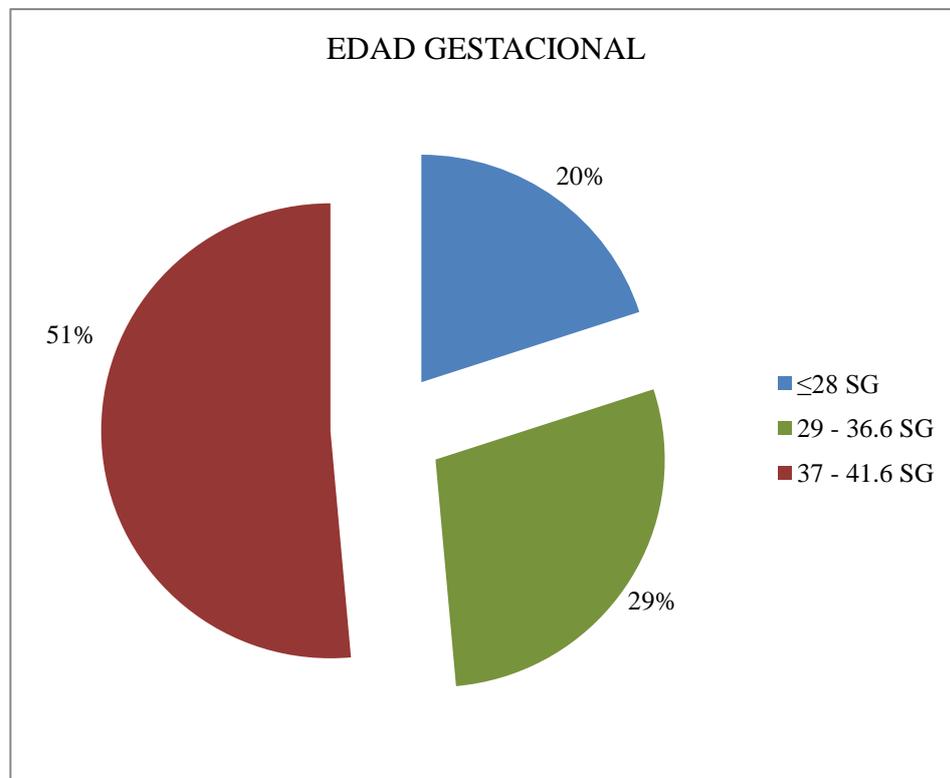
Para los de bajo peso al nacer, este factor se ve agravado por problemas en la termorregulación, mayor incidencia de asfixia perinatal, hipoglicemia, poliglobulia y enterocolitis necrotizante en todos los niños bajo el percentil 2 de acuerdo a la tabla de peso en relación a la edad gestacional (curva de crecimiento de Basson - Benda).

GRAFITABLA # 19
 MUERTES NEONATALES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
 EDAD GESTACIONAL
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014

EDAD GESTACIONAL	F	%
≤28 SG (Prematuro extremo)	7	20%
29 - 36.6 SG (Pretérmino)	10	29%
37 - 41.6 SG (Término)	18	51%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

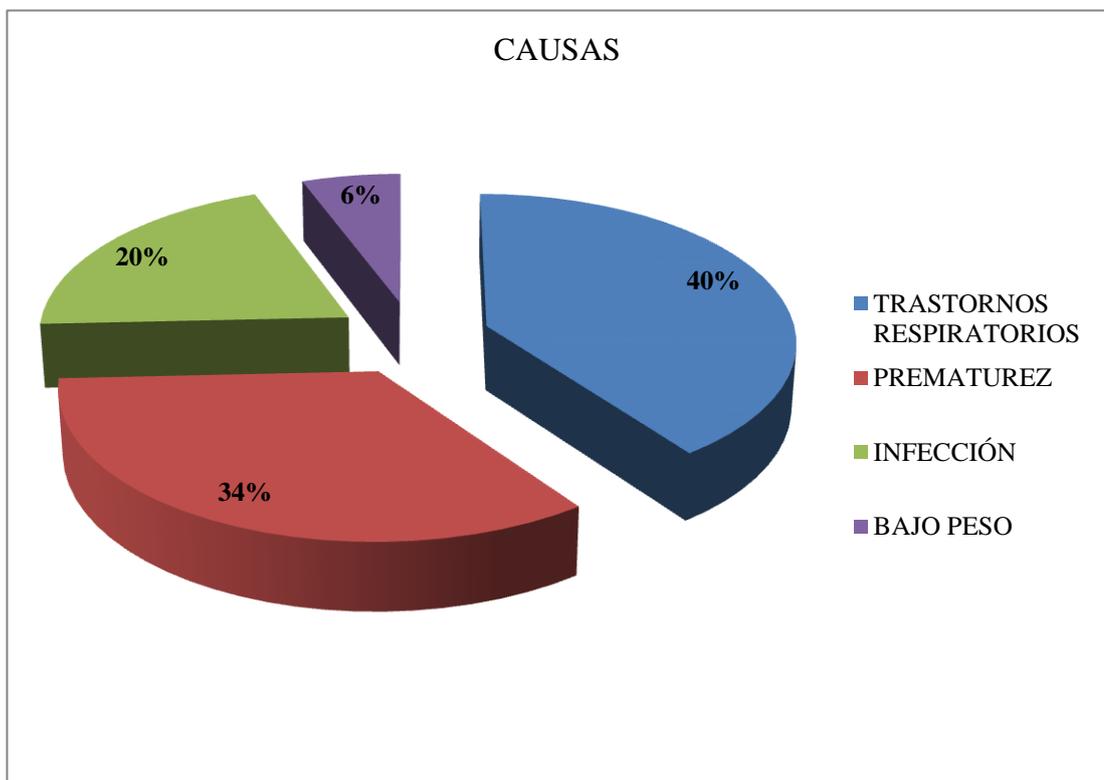
La grafitable #19 demostró que el mayor número de las muertes neonatales ocurrieron entre las 37 – 41.6 semanas de gestación con 18 usuarios que correspondió al 51%, seguido entre las semanas 29 – 36.6 con 10 usuarios que correspondió el 29% y ≤ 28 semanas a 7 usuarios que correspondió el 20%. Este dato coincide con el estudio realizado en Argentina por Bellani & Sarasqueta, (2005) donde la edad gestacional promedio fue $37,5 \pm 3,4$ semanas. Se cree que el recién nacido a término presenta mayores probabilidades de vida; sin embargo puede estar asociado a complicaciones graves las cuales contribuyan al fallecimiento independientemente de la edad gestacional.

GRAFITABLA # 20
 MUERTES NEONATALES SEGÚN CAUSAS
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014

CAUSAS	F	%
TRASTORNOS RESPIRATORIOS	14	40%
PREMATUREZ	12	34%
INFECCIÓN	7	20%
BAJO PESO	2	6%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 20 nos indicó que la complicación neonatal que contribuyó en mayor porcentaje a las muertes de los neonatos fueron los trastornos respiratorios con el 40% (14 neonatos), seguido de la prematurez 34% (12 neonatos), infección 20% (7 neonatos) y bajo peso 6% (2 neonatos). Estos datos coincidieron con los publicados por Estadísticas Vitales, INEC (2006) donde nos indicó que las principales causas de muerte neonatal en el país, fueron los trastornos respiratorios con el 27.5%, retardo del crecimiento fetal 24.4%, malformaciones congénitas 13.4% y sepsis bacteriana 7.3%. El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia, mientras que las infecciones como la asfixia pueden ser prevenidas o tratadas con oportunidad.

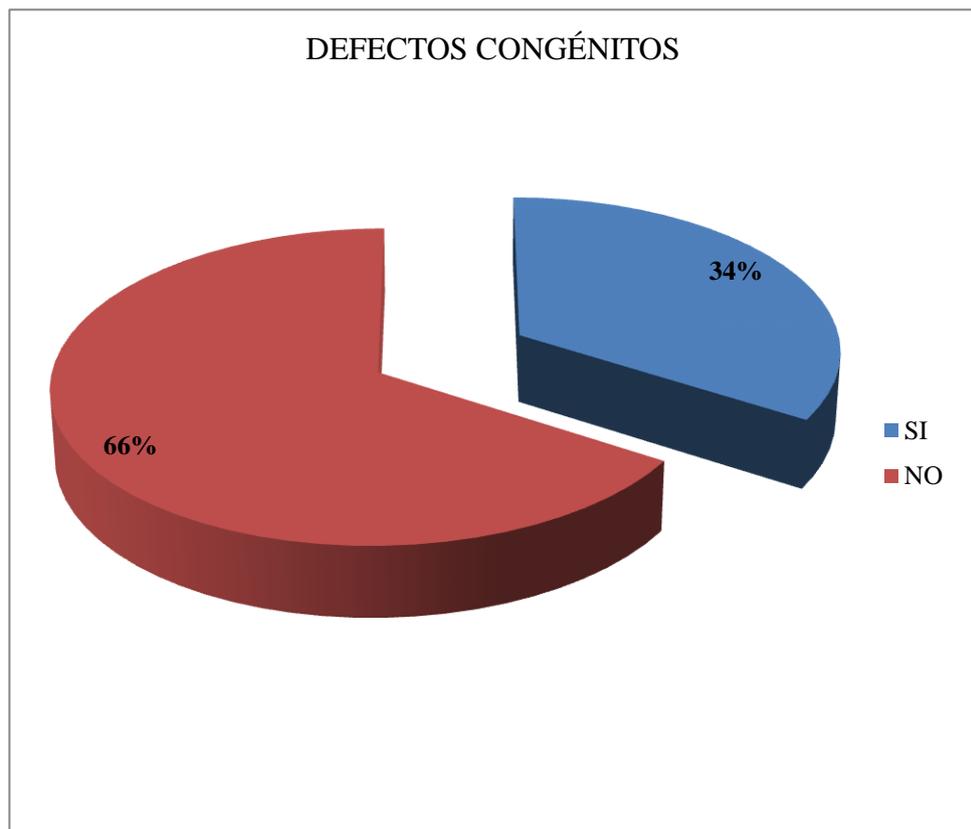
Los trastornos respiratorios constituyen una importante causa de morbimortalidad en el neonato. El cambio de la respiración intrauterina a la extrauterina en gran medida produce una alteración en la adaptación pulmonar. Hay problemas respiratorios propios del prematuro y otros que ocurren principalmente en el recién nacido a término (RNT). En el caso del recién nacido pretérmino (RNPr), la inmadurez en los mecanismos de adaptación respiratoria producen problemas específicos por ejemplo la enfermedad de la membrana hialina. En el RNT los mecanismos de adaptación son principalmente alterados por la asfixia y las malformaciones congénitas. Se concluye que las infecciones perinatales ocurren tanto en el RNT como en el RNPr son una causa frecuente de problemas respiratorios.

GRAFITABLA # 21
MUERTES NEONATALES Y SU ASOCIACIÓN CON DEFECTOS CONGÉNITOS
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014

DEFECTOS CONGENITOS	F	%
SI	12	34%
NO	23	66%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafita #21 demostró que las muertes neonatales no presentaron asociación a anomalías congénitas en 23 usuarios que representó el 66%, mientras que 12 usuarios presentaron anomalías congénitas que correspondió el 34%. Como lo menciona lo datos publicados por Estadísticas Vitales, INEC (2006) una de las principales causas de mortalidad neonatal las ocuparon las malformaciones congénitas con el 13.4%. Los neonatos que presentan malformaciones tienen posiblemente mayores probabilidades de morir por su problema de base; el cual sumado a una complicación neonatal agrava su estado.

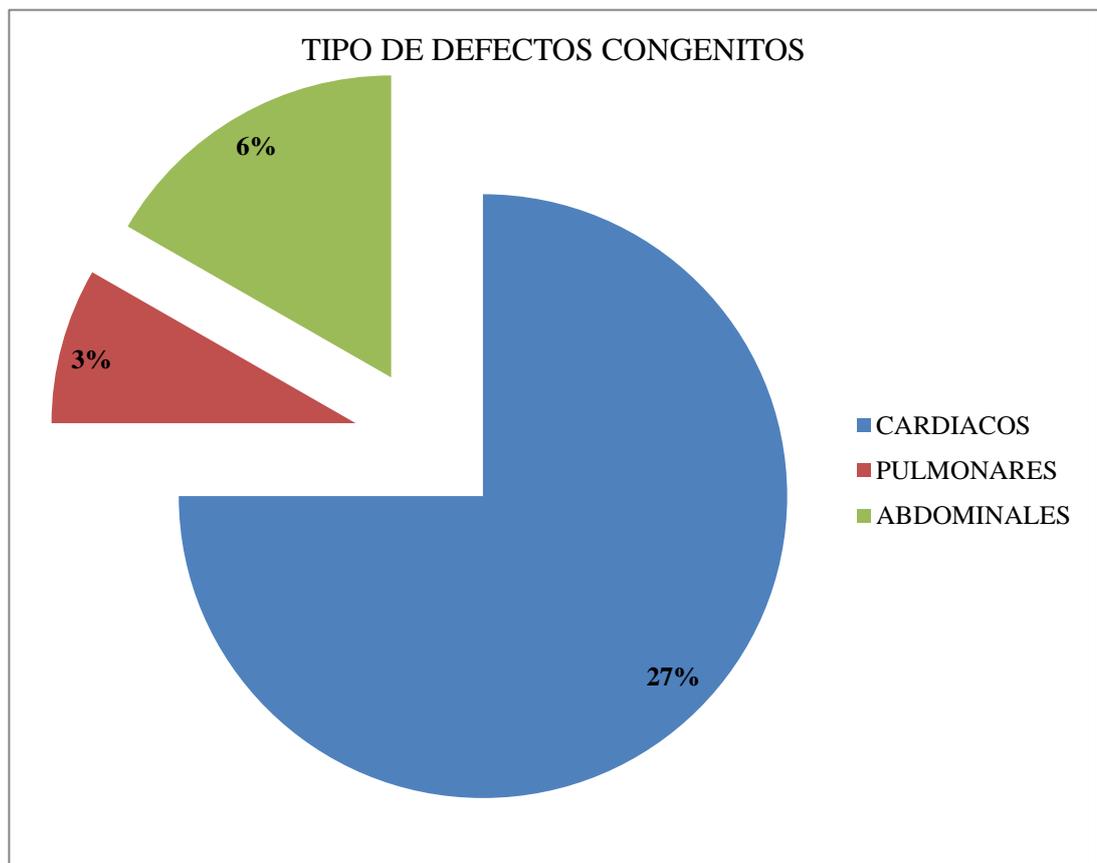
Según datos revelados por la OMS (2014), las anomalías congénitas (también llamadas defectos de nacimiento) afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año. Se calcula que cada año 270 000 recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida debido a anomalías congénitas.

GRAFITABLA # 22
 MUERTES NEONATALES Y TIPO DE DEFECTOS CONGÉNITOS
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

DEFECTOS CONGÉNITOS	F	%
CARDIACOS	9	75%
ABDOMINALES	2	17%
PULMONARES	1	8%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

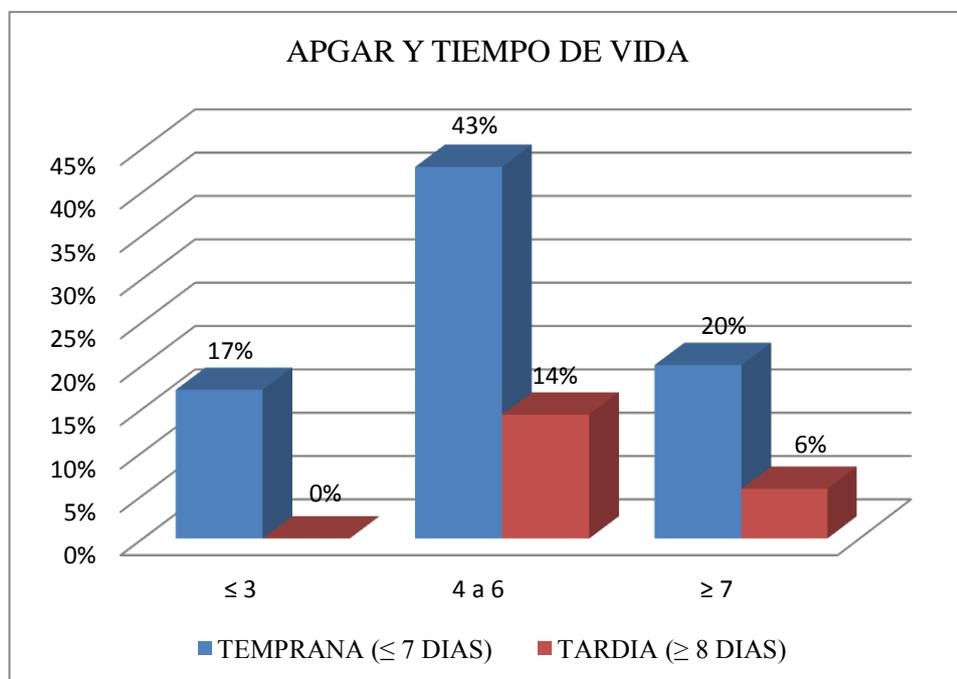
La grafitable # 22 demostró que de los 12 neonatos que presentaron anomalías congénitas; los defectos cardiacos se presentaron en 9 neonatos que correspondió al 75%, los defectos abdominales en 2 neonatos que correspondió al 17% y por último los defectos pulmonares en 1 neonato que correspondió al 8%. Lo cual nos indicó que los defectos cardiacos se presentaron con mayor frecuencia. Según el estudio realizado en Cuba por Perez & De Leon, (2006); la incidencia de malformaciones cardiovasculares ha sido estimada en 8 a 9 por cada 1 000 nacidos vivos, y se considera que 2 de cada 1 000 serán malformaciones complejas de difícil tratamiento y mal pronóstico que pueden alcanzar la cifra de 350 casos anualmente.

GRAFITABLA # 23
 MUERTES NEONATALES Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL APGAR Y
 TIEMPO DE VIDA
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

APGAR	TIEMPO DE VIDA				TOTAL	
	TEMPRANA (≤ 7 DIAS)		TARDIA (≥ 8 DIAS)			
	F	%	F	%	F	%
≤ 3	6	17%	0	0%	6	17%
4 a 6	15	43%	5	14%	20	57%
≥ 7	7	20%	2	6%	9	26%
TOTAL	28	80%	7	20%	35	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

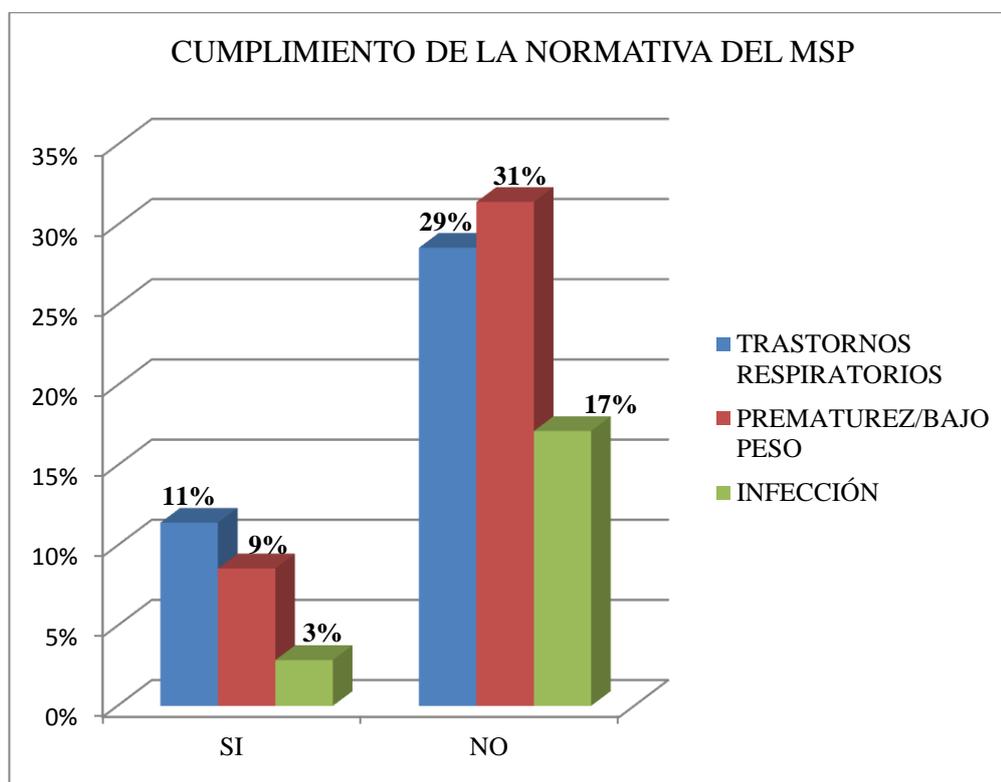
La gráfitabla # 23 demostró que los neonatos que tuvieron un APGAR ≤ 3 sufrieron muerte temprana lo cual se presentó en 6 usuarios que correspondieron al 17%, los que tuvieron un APGAR de 4 – 6 la muerte fue temprana en 15 usuarios que correspondió al 43% y tardía en 5 usuarios que correspondió al 14% y los que tuvieron un APGAR ≥ 7 la muerte fue temprana en 7 usuarios que correspondió al 20% y tardía en 2 usuarios que correspondió al 6%. Lo cual indicó que independientemente del APGAR la muerte fue temprana en el 80% de los usuarios; sin embargo a menor APGAR la sobrevivencia será menor puesto que en ninguno de los usuarios con APGAR ≤ 3 vivió por más de 7 días. Este estudio coincide con uno realizado en México por Mendez L., et al., (2007) donde también el 58.2% de los fallecimientos neonatales fue temprano.

GRAFITABLA # 24
 MUERTES NEONATALES Y EL CUMPLIMIENTO DE LA
 NORMATIVA DEL MSP
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
 PORTOVIEJO OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	TRASTORNOS RESPIRATORIOS		PREMATUREZ/BAJO PESO		INFECCIÓN		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P
SI	4	11%	3	9%	1	3%	8	23%
NO	10	29%	11	31%	6	17%	27	77%
TOTAL	14	40%	14	40%	7	20%	35	100%

FUENTE: Estándares e indicadores para medir la calidad de atención materno y neonatal.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero.



FUENTE: Estándares e indicadores para medir la calidad de atención materno y neonatal.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 24 demostró el cumplimiento de la normativa neonatal de acuerdo a la patología; se cumplió en 8 usuarios/as que correspondieron a un 23%; mientras que el incumplimiento de la norma fue en 27 usuarios/as que correspondieron al 77%. Lo trastornos respiratorios cumplieron en 11% (4 neonatos), prematurez/bajo peso 9% (3 neonatos) e infección 3% (1 neonato).

En los análisis de la revisión de las historias clínicas se evidenció que los parámetros que con mayor frecuencia no se cumplieron fueron: para las complicaciones respiratorias: la toma completa de los signos vitales, valoración y registró escala de Downes y prescripción de antibioticoterapia de acuerdo a la norma. En el manejo del recién nacido con prematurez/bajo peso se incumplió el registro de las curvas de antropometría, registró de temperatura, registró escala de Downes y el peso diario del neonato. En el recién nacido con infección no se valoró y registró escala de sepsis ni se prescribió la antibioticoterapia de acuerdo a la norma.

Al monitorizar las historias clínicas se comprobó que el que más incumple la norma es el médico general asistencial. Aun estando el documento físico en el área de neonatología.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se concluyó que:

Las muertes maternas se presentaron en mujeres mayores de 25 años, sin planificación del embarazo y con antecedentes obstétricos de alto riesgo. La complicación que se presentó con mayor frecuencia fue hemorragia post parto en el 67%. Cumpliéndose intrahospitalariamente la norma del MSP de acuerdo a la complicación obstétrica.

La mayoría de las muertes fetales ocurrieron en edades maternas de 15 – 24 años, predominó la muerte fetal temprana en el 55% y la patología materna que se presentó con mayor frecuencia fue la preclampsia. Una vez diagnosticada la muerte fetal el tipo de extracción del producto en su mayoría fue por vía vaginal. El 70% incumplió la norma del MSP correspondiente a muerte fetal confirmada ya que no graficaban la curva del partograma para el seguimiento del trabajo de parto.

En las muertes neonatales: el 54% de los nacimientos fue por vía vaginal, la mayoría de los fallecimientos sucedió en neonatos a término y con peso adecuado, la complicación que se presentó con mayor frecuencia fueron los trastornos respiratorios en el 40%. La mayoría presentó muerte neonatal temprana y no se cumplió la norma de atención al neonato de acuerdo a la complicación en el 77%.

La socialización de las complicaciones obstétricas y neonatales con el personal médico general asistencial e internos rotativos de medicina permitió el reconocimiento de los estándares e indicadores mínimos que se deben cumplir en cada una de las complicaciones.

RECOMENDACIONES

Difundir información por parte de los centros de salud sobre la importancia de la planificación familiar y control prenatal que son las principales estrategias para reducir la muerte materna y fetal.

Socializar el personal de salud con las embarazadas sobre los riesgos existentes de las cesáreas a repetición; para concientizar las consecuencias.

Identificar los factores de riesgo existentes durante la gestación para prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Capacitar a las embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma que deben tener presentes durante el embarazo y acudir inmediatamente a la atención médica.

El centro de salud debe realizar seguimiento de las embarazadas existentes en la comunidad, orientarlas durante las fases del embarazo y motivarlas a la realización de los controles prenatales.

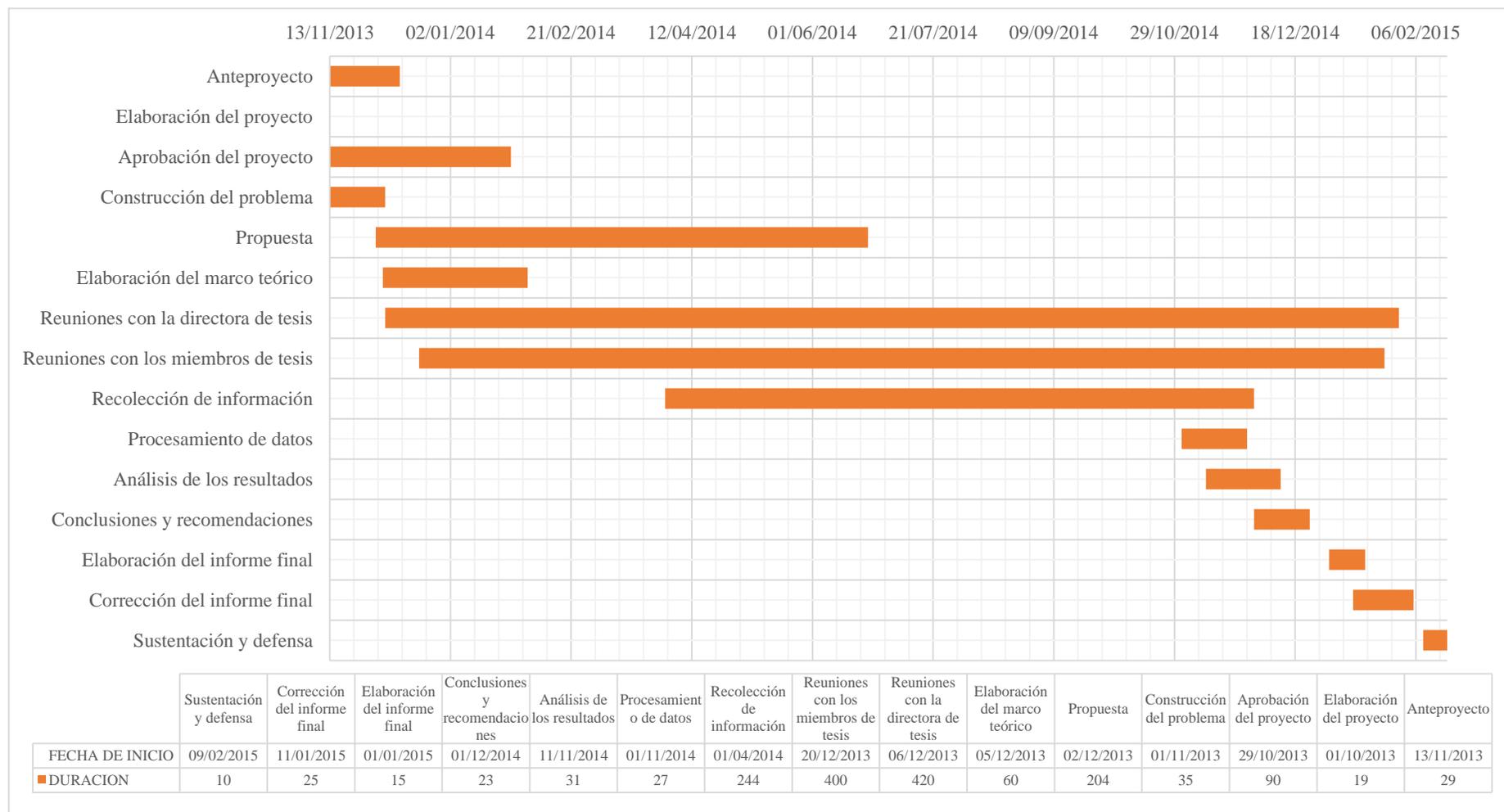
Realizar la curva de partograma en las muertes fetales, puesto que nos orientará cuando realizar inducción o cesárea.

Brindar a los neonatos la adecuada atención clínica y terapéutica, realizando la completa historia clínica y examen físico estando alertas ante cualquier signo de agravamiento de la patología

Realizar reuniones mensuales los médicos tratantes y médicos generales asistenciales del área de neonatología para realizar la monitorización de las historias clínicas de las muertes neonatales y determinar si la muerte pudo ser evitable y si se cumplieron los estándares e indicadores del MSP.

Realizar capacitaciones a los médicos generales para socializar la norma materna y neonatal, para así posiblemente disminuir la mortalidad materno fetoneonatal.

CRONOGRAMA DEL TRABAJO DE TITULACION



CUADRO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES TRABAJO DE TITULACION

PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE TITULACION

CONCEPTO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Movilización	\$0.25	\$100.00
Alimentación	\$2.50	\$200.00
Fotocopias	\$0.02	\$50.00
Gatos de internet	\$0.60	\$60.00
Empastado de tesis	\$8.00	\$24.00
Impresión	\$0.15	\$100.00
Alquiler de proyector	\$5.00	\$15.00
Materiales de Oficina	\$3.00	\$50.00
TOTAL	\$19,52	\$618,52

CUADRO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DENTRO DEL TIEMPO DE ESTUDIO

CAPITULO V

PROPUESTA

TÍTULO DE LA PROPUESTA

Establecer estrategias que permitan al personal médico general asistencial e internos rotativos el cumplimiento de la normativa del Ministerio de Salud Pública para la adecuada calidad de atención sobre el manejo de complicaciones maternas y neonatales que acuden al Hospital Regional Verdi Cevallos Balda, Portoviejo.

RESPONSABLES

Universidad Técnica de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.

Autores de la tesis

UBICACIÓN SECTORIAL O FÍSICA

El lugar donde se va a llevar a cabo la propuesta es en la ciudad de Portoviejo, en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el área de consulta externa.



ILUSTRACIÓN 1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS

JUSTIFICACIÓN

La muerte materno fetoneonatal en circunstancias puede estar asociada a mala o inadecuada calidad de atención. Al no aplicar la normativa del Ministerio de Salud Pública sobre el manejo de complicaciones maternas y neonatales estaríamos posiblemente contribuyendo a muertes por tercera demora.

La socialización de la normativa del MSP con los médicos generales asistenciales e internos rotativos de medicina fue de gran ayuda tanto para los estudiantes como para los médicos generales asistenciales; puesto que se despejaron dudas sobre el manejo clínico y terapéutico de las/los usuarias/os y se esclareció que el cumplimiento de la normativa no garantizará que no habrán más muertes, pero sí que no fueron ocurridas por inadecuada calidad de atención. Se contó con la participación de los médicos generales asistenciales e internos rotativos de medicina; se realizó la entrega de trípticos con información de las complicaciones maternas y neonatales y realizamos la respectiva exposición.

Los beneficiarios directamente fueron los médicos generales asistenciales e internos rotativos de medicina; sin embargo el cumplimiento de la normativa mejorara la calidad de atención a las gestantes y neonatos.

El conocimiento de la normativa concientizó a los asistentes sobre la importancia de la aplicación de la misma; ya que un número considerable aprendió las nuevas guías de práctica clínica materna 2013 y los estándares e indicadores de atención neonatal 2008. Mediante la capacitación realizada se espera brindar una óptima calidad de atención disminuyendo posiblemente la mortalidad materno fetoneonatal.

OBJETIVO GENERAL

Establecer estrategias que permitan al personal médico general asistencial e internos rotativos el cumplimiento de la normativa del Ministerio de Salud Pública para la adecuada calidad de atención sobre el manejo de complicaciones maternas y neonatales que acuden al Hospital Regional Verdi Cevallos Balda, Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Socializar la norma y protocolo materno y neonatal con el personal médico general asistencial e internos rotativos de medicina.

Determinar los conocimientos de los médicos generales asistenciales e internos rotativos de medicina sobre la aplicación de las normas del MSP en las complicaciones maternas y neonatales.

FUNDAMENTACIÓN

Entre las complicaciones obstétricas que acabaron en muerte materna dentro del periodo de investigación en el Hospital Verdi Cevallos Balda, tenemos la hemorragia posparto, infección/ fiebre de causa obstétrica y preeclampsia y eclampsia.

HEMORRAGIA POSPARTO: es un estado clínico en el cuál existe una pérdida sanguínea igual o mayor a 500 mL por parto vaginal o igual o mayor a 1000 mL por cesárea. Sin embargo en una mayoría de las situaciones no se logra establecer con exactitud la cantidad del sangrado por lo cual se debe considerar hemorragia pos parto a cualquier pérdida sanguínea que se acompañe de inestabilidad hemodinámica.

Se debe tener presente que ante una gestante con hemorragia pos parto todas las acciones que serán mencionadas deben ser realizadas conjuntamente, debemos evaluar los signos vitales; que nos informará el estado hemodinámico, se colocará 2 vías con catéter 16 G O 14 G para administrar soluciones cristaloides en volumen de hasta 2 litros en infusión rápida, se realizará hemograma, tiempos de coagulación (TP, TTP) puesto que nos dará datos sobre la hemoglobina y así tener los datos para transfundirla si la Hb < 7g/dl, en caso de no disponer de sangre se puede administras hasta 1.5 litros más de soluciones cristaloides. En caso que la gestante muestre una saturación de oxígeno menor o igual a 90 se puede administrar oxigeno por cánula nasal hasta 4 litros o por mascarilla hasta 10 litros. Se colocará sonda vesical para evaluar gasto urinario. Conjuntamente se debe informar al personal pertinente.

Atonía uterina: se debe administrar oxitocina: 10 UI IM o 5 UI IV o 20—40 UI en 1000 ml de soluciones cristaloides en infusión IV a 250 ml/h o metilergonovina: 0.2 mg

IM, repetir cada 2-4 horas con un máximo de 5 dosis (1 mg) en 24 h o misoprostol: 800 mcg sublingual (4 tabletas de 200 mcg). En caso de no obtener resultados se debe preparar para cirugía.

Retención de placenta: intentar extraer manualmente la placenta, se puede administrar una inyección intrafunicular o misoprostol 800mcg antes de realizar la extracción. En caso de no lograrse, se debe realizar dilatación y curetaje.

Inversión uterina: Intentar colocar el útero nuevamente en su lugar. No se debe administrar uterotónicos ni remover la placenta, hasta colocar el útero en su lugar. En caso de no lograr resultados se debe preparar para cirugía. Ante una hemorragia posparto no se debe descartar la posibilidad de coagulopatía.

INFECCIÓN/FIEBRE DE CAUSA OBSTETRICA: ante toda mujer embarazada con fiebre lo primero que se debe determinar es la vitalidad del producto, pues se debe descartar la posibilidad de muerte fetal.

En todas las gestantes lo primero que se debe realizar es el registro de los signos vitales. Se debe realizar un adecuado examen físico que nos permita obtener datos que orienten hacia la causa. Si está en postparto se debe buscar signos de infección en heridas quirúrgicas ya sean perineales o abdominales, presencia de abscesos mamarios, entre otras. Es muy importante solicitar exámenes de laboratorio para observar el conteo leucocitario que nos confirmaría la presencia de una infección.

Se debe iniciar antibiótico terapia de amplio espectro: Existen 2 esquemas que se pueden utilizar: Clindamicina 900 mg I.V c/8h + Gentamicina 5mg Kg /24h, o Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg/Kg cada 24 h + Metronidazol 500mg I.V c/6h

En caso de existir aborto séptico o retención de restos corioplacentarios infectados se realizará curetaje y/o revisión de la cavidad uterina, en perforación uterina se procederá a realizar histerectomía, en embarazos ectópicos infectados, abscesos o perforaciones se realizará laparotomía exploratoria. Posterior a la realización de cualquier procedimiento se debe continuar con antibioticoterapia por 10 – 14 días según lo amerite.

PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA: La preclampsia es un estado clínico que puede aparecer después de las 20 semanas de gestación y que se caracteriza por presentar tensión arterial $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria. En la eclampsia se le suma la presencia de convulsiones tónicas clónicas.

Evaluar los signos vitales y la vitalidad del producto. Uno de los pilares del tratamiento de la preclampsia/eclampsia es el uso del sulfato de magnesio; que será utilizado para prevención y tratamiento de la eclampsia.

Para prevención de la eclampsia la dosis de impregnación será de 4 g IV en al menos 20 minutos y la dosis de mantenimiento será cinco ampollas en 450 ml de solución fisiológica. Como tratamiento para la eclampsia la dosis de impregnación será de 6 g IV en 20 minutos y la dosis de mantenimiento será a razón de 1,5 - 2 g/hora IV.

Es muy importante mientras se administra el sulfato de magnesio la vigilancia de diuresis, reflejos tendinosos y respiración puesto que una alteración pueden darnos signos de intoxicación y el antídoto será el Gluconato de Calcio 1 g IV lento.

Se deben administrar antihipertensivos como el Nifedipino 10 mg VO cada 20—30 min por un máximo de 40 mg o Hidralazina 5 mg IV si TA diastólica persiste ≥ 110 mm Hg, continuar con 5—10 mg IV cada 15—20 min hasta un máximo de 40 mg. Si la gestación cursa 24 a 34 semanas 6 días se debe realizar maduración fetal de pulmones con 12 mg IM de Betametasona cada 24 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis. Es muy importante la realización de exámenes de laboratorio y pruebas que nos ayuden a determinar el bienestar fetal.

MUERTE FETAL: El manejo terapéutico dependerá del índice de Bishop y de la actividad uterina; si es < 6 y su actividad uterina es positiva se realizara maduración cervical con misoprostol vaginal la misma que se administrara dependiendo de las semanas de gestación; si esta entre la semana 13—17 se administrara 200 ug C/4h con un máximo de 4 dosis, si cursa entre las 18 – 26 semanas: 100 ug C/4h dosis máxima 400 ug y se realiza la curva del partograma. Si el Bishop es > 6 y no tiene actividad uterina se administra oxitocina a dosis altas cada 15—40 minutos; si se obtienen 3 contracciones de 40 segundos en 10 minutos se continua con trabajo de parto normal y registro del

partograma; por lo contrario si no se obtienen buenas contracciones la inducción fue fallida y se procede a realizar cesárea. Por ultimo si el índice de Bishop es > 6 y tiene actividad uterina se deja en evolución espontanea con registro en el partograma.

Entre las complicaciones neonatales que acabaron en muerte neonatal dentro del periodo de investigación en el Hospital Verdi Cevallos Balda, tenemos la hemorragia posparto, infección/ fiebre de causa obstétrica y preeclampsia y eclampsia.

Durante el período que transcurre desde el parto hasta los 28 días posterior al nacimiento el neonato es un ser susceptible a una variedad de acontecimientos que pueden causar complicaciones neonatales. Entre las más comunes tenemos: los trastornos respiratorios, prematuridad/bajo peso e infección.

RECIEN NACIDO CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS: se caracterizan por taquipnea, quejido espiratorio, retracciones subcostales o subxifoideas y/o cianosis central. Entre las causas más frecuentes encontramos: enfermedad de membrana hialina, neumonía, taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de aspiración meconial. Es muy importante saber los antecedentes del neonato puesto que si es pretérmino se investigará la administración de corticoides antenatales.

Se debe registrar en la historia clínica temperatura axilar; puesto que la hipotermia o la hipertermia puede cursar con taquipnea lo cual puede confundir el diagnóstico, color de la piel, signos vitales y completo examen físico. Los exámenes de laboratorio incluyen biometría hemática y glicemia

Una vez obtenidos los datos de la usuaria se debe realizar la valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría. La valoración y el registro del score de Downes nos indicará el tipo de conducta por el cual debemos optar; puesto que una puntuación de 1 – 3 podemos manejarla con oxígeno al 40% con Hood, la puntuación de 4 – 6 con CAAP y la puntuación ≥ 7 requiere de ventilación mecánica. Para así mantener una saturación de oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino. Hay que mantener la temperatura entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna. Administrar Ampicilina 50 mg/kg, IM y Gentamicina 5 mg/kg, IM.

El registro de los signos vitales, temperatura, saturación de oxígeno y escala de Downes debe ser cada 3 horas hasta que el recién nacido se estabilice. Los exámenes complementarios que se deben realizar son: biometría hemática, glicemia, PCR, VSG y radiografía de tórax. Si está indicada la alimentación permitir la lactancia materna o dar leche materna por sonda orogástrica. En caso de presentar frecuencia respiratoria ≥ 70 nada por vía oral. Canalizar vía intravenosa.

RECIEN NACIDO CON PREMATUREZ/BAJO PESO: Se define como recién nacido prematuro aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación y con bajo peso a aquel que pesa menos de 2500 gramos o que se encuentra por debajo del percentil 10.

Se debe conocer la edad gestacional del neonato ya sea por FUM, eco o test de Ballard modificado. Si nació en la semana ≤ 35 semanas se debe preguntar a la madre si se realizó maduración pulmonar. Registrar en la Historia Clínica la graficación del peso, talla y perímetro cefálico en las curvas de antropometría, signos vitales, temperatura axilar, Color de la piel y el completo examen físico.

La valoración y el registró del score de Downes nos indicará el tipo de conducta por el cual debemos optar; puesto que una puntuación de 1 – 3 podemos manejarla con oxígeno al 40% con Hood, la puntuación de 4 – 6 con CAAP y la puntuación ≥ 7 requiere de ventilación mecánica. Para así mantener una saturación de oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino. Hay que mantener la temperatura entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna

El registro de los signos vitales, temperatura, saturación de oxígeno y escala de Downes debe ser cada 3 horas hasta que el recién nacido se estabilice. Si está indicada la alimentación permitir la lactancia materna o dar leche materna por sonda orogástrica. En caso de estar contraindicada administrar dextrosa en agua. La glicemia se realizará una vez al día y se registrara el peso diariamente.

RECIEN NACIDO CON INFECCIÓN: La infección en el recién nacido son los procesos patológicos sistémicos debido a la invasión por microorganismos o sus toxinas. Averiguar los antecedentes para ver si existió rotura prematura de membranas la cual pudo condicionar la existencia de una infección. Registrar en la Historia Clínica la

graficación del peso, talla y perímetro cefálico en las curvas de antropometría, signos vitales, temperatura axilar, Color de la piel y el completo examen físico

Los exámenes de laboratorio incluirán: contaje leucocitario, morfología de neutrófilos, plaquetas y glicemia. Una vez obtenidos los datos del neonato se debe realizar la valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría. La valoración y el registró de la escala de sepsis nos dará una pauta sobre la probabilidad de la existencia de la sepsis. Hay que mantener la temperatura entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna. Administrar Ampicilina 50 mg/kg, IM y Gentamicina 5 mg/kg, IM.

El registro de los signos vitales, temperatura, saturación de oxígeno y escala de Downes debe ser cada 3 horas hasta que el recién nacido se estabilice. Si está indicada la alimentación permitir la lactancia materna o dar leche materna por sonda orogástrica.

RESULTADOS A LOGRARSE

Los resultados a obtenerse son: Mejorar la calidad de atención aplicando las guías de práctica clínica materna y neonatal para así posiblemente disminuir la mortalidad.

ACTIVIDADES

PLANIFICACION	EJECUCION	EVALUACION
INVITACIÓN Charla y entrega de trípticos a los médicos generales asistenciales e internos rotativos de medicina sobre el manejo de las complicaciones maternas y neonatales según la normativa del MSP.	LUGAR Y FECHA El viernes 23 de enero del 2015 en el área de consulta externa.	Se socializó la normativa de complicaciones maternas y neonatales con los médicos generales asistenciales e internos rotativos de medicina para el cumplimiento de la misma. Se aplicó un test posterior a la socialización de los temas donde se obtuvieron excelentes resultados de conocimientos

CUADRO 5. ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

RECURSOS HUMANOS.

Tribunal de tesis.

Investigadores.

Médicos generales asistenciales de neonatología y obstetricia.

Internos rotativos de medicina.

RECURSOS INSTITUCIONALES.

Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

Área de consulta externa.

RECURSOS MATERIALES.

Cuestionario (post-test) de las complicaciones obstétricas, y neonatales.

Consentimiento informado.

Hoja de asistencia.

Cámara fotográfica.

TIC´S.

Infocus.

Trípticos.

PRESENTACION DE RESULTADOS DE LA PROPUESTA

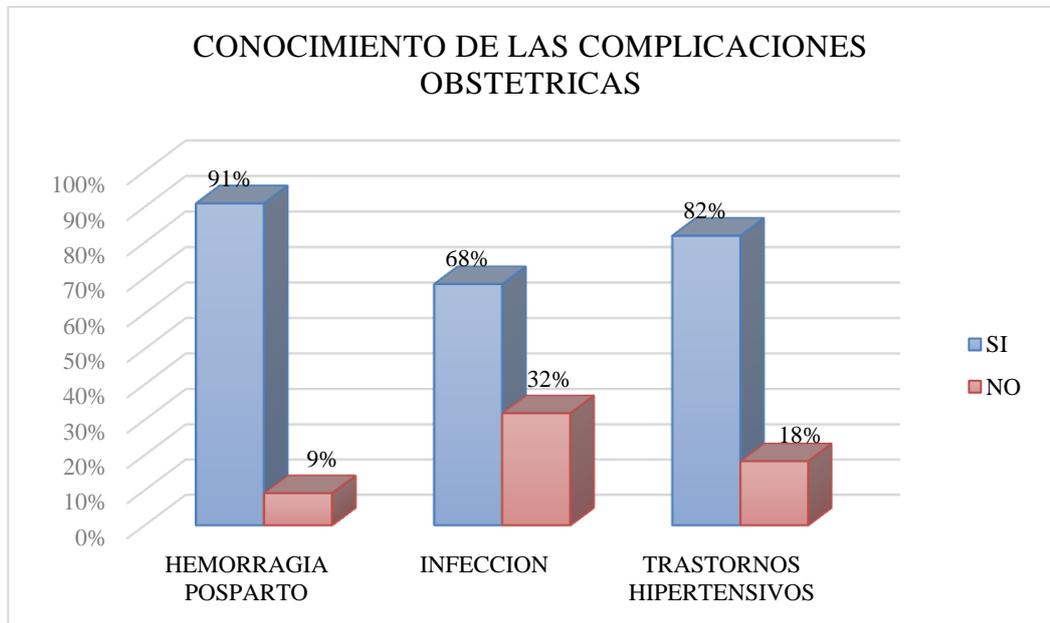
GRAFITABLA # 1

CONOCIMIENTO POST TEST DEL CUESTIONARIO COMPLICACIONES
OBSTETRICAS DE LA NORMATIVA DEL MSP
PROPUESTA DEL TRABAJO DE TITULACION

CONOCIMIENTO DE LA COMPLICACIONES OBSTETRICAS	HEMORRAGIA POSPARTO		INFECCION		TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	
	F	%	F	%	F	%
SI	20	91%	15	68%	18	82%
NO	2	9%	7	32%	4	18%
TOTAL	22	100%	22	100%	22	100%

FUENTE: Cuestionario de complicaciones obstétricas realizado a los médicos generales asistenciales e internos de medicina.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero



FUENTE: Cuestionario de complicaciones obstétricas realizado a los médicos generales asistenciales e internos de medicina.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 1 demostró los conocimientos post-test de los médicos generales asistenciales e internos de medicina después de realizar la charla de las complicaciones obstétricas. Se realizó una pregunta al azar sobre las guías de práctica clínica la cuál determinó el nivel conocimiento sobre el manejo de complicaciones obstétricas (ver ilustración 8). El 91% (20 asistentes) contestó correctamente la pregunta realizada sobre hemorragia posparto, el 68% (15 asistentes) acertó la pregunta sobre infección y el 82% (18 asistentes) contestó correctamente la pregunta sobre trastornos hipertensivos.

Mientras tanto se demostró que existen más errores en la opción de la pregunta de infección/ fiebre de causa obstétrica con el 32%; seguido del 18% de errores en la opción de la pregunta de trastornos hipertensivos; y por ultimo un 9% de errores en la opción de la pregunta de hemorragia postparto.

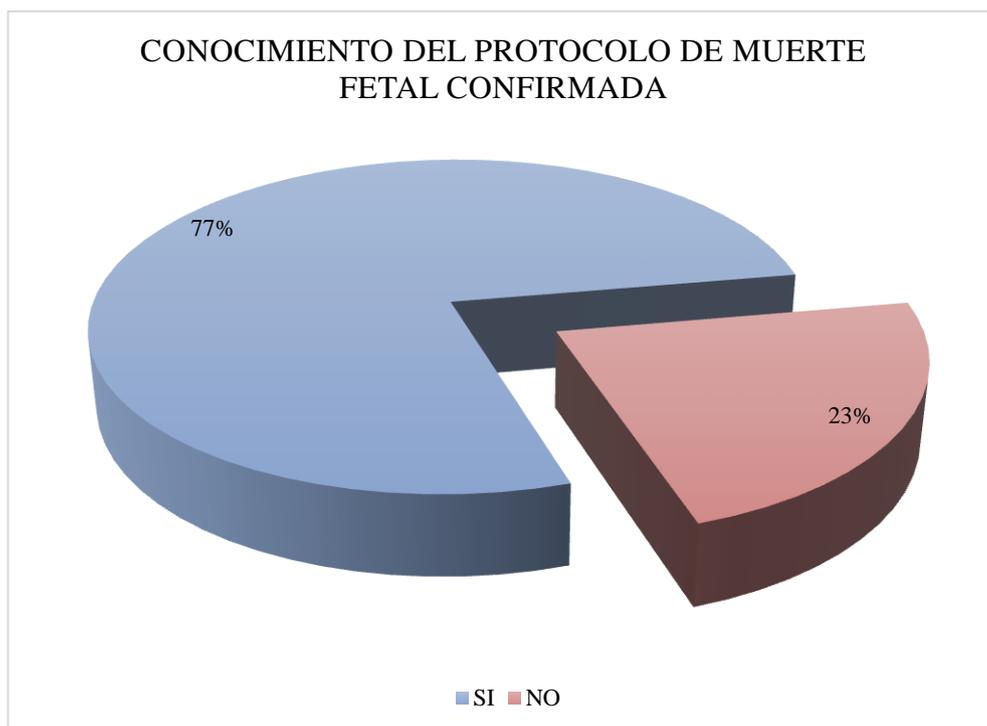
Lo cual nos indica que se deben seguir realizando capacitaciones para fortalecer el conocimiento de las complicaciones obstétricas ya que estas ayudaran a la socialización de las guías de práctica clínica para así realizar el cumplimiento de la norma y mejorar la calidad de atención.

GRAFITABLA # 2
CONOCIMIENTO POST TEST DEL PROTOCOLO DE MUERTE FETAL
CONFIRMADA DE LA NORMATIVA DEL MSP
PROPUESTA DEL TRABAJO DE TITULACION

CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO	MUERTE FETAL	
	F	%
SI	17	77%
NO	5	23%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Cuestionario de complicaciones obstétricas realizado a los médicos generales asistenciales e internos de medicina.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero



FUENTE: Cuestionario de complicaciones obstétricas realizado a los médicos generales asistenciales e internos de medicina.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitable # 2 demostró los conocimientos post-test de los médicos generales asistenciales e internos de medicina después de realizar la exposición del protocolo de muerte fetal confirmada. Se realizó una pregunta al azar del componente normativo materno sobre muerte fetal confirmada (ver ilustración 8), demostrando que el 77% de los asistentes contestó correctamente. Mientras que el 23 % lo hizo erróneamente.

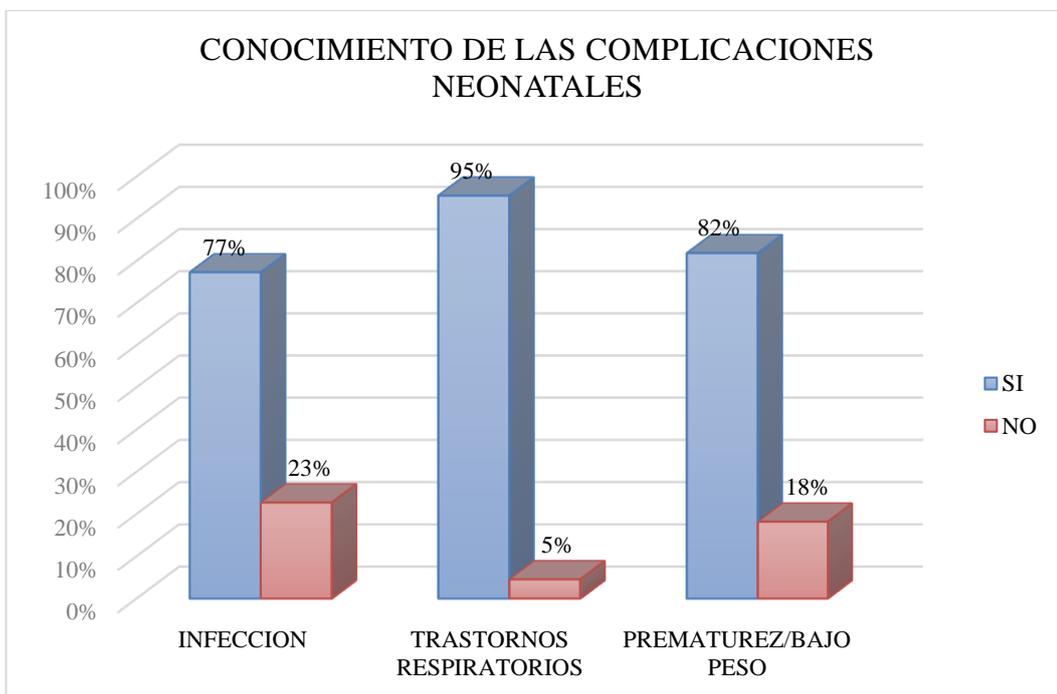
Esto evidencia que se debe seguir socializando el protocolo materno de muerte fetal confirmada; puesto que ayudará a mejorar la calidad de atención y disminuir la realización de cesáreas injustificadas.

GRAFITABLA # 3
CONOCIMIENTO POST TEST DEL CUESTIONARIO COMPLICACIONES
NEONATALES DE LA NORMATIVA DEL MSP
PROPUESTA DEL TRABAJO DE TITULACION

CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS	INFECCION		TRASTORNOS RESPIRATORIOS		PREMATUREZ/BAJO PESO	
	F	%	F	%	F	%
SI	17	77%	21	95%	18	82%
NO	5	23%	1	5%	4	18%
TOTAL	22	100%	22	100%	22	100%

FUENTE: Cuestionario de complicaciones obstétricas realizado a los médicos generales asistenciales e internos de medicina.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero



FUENTE: Cuestionario de complicaciones neonatales realizado a los médicos generales asistenciales e internos de medicina.

ELABORADO POR: Gabriela Benavides Jiménez –Eduardo Cedeño Montanero

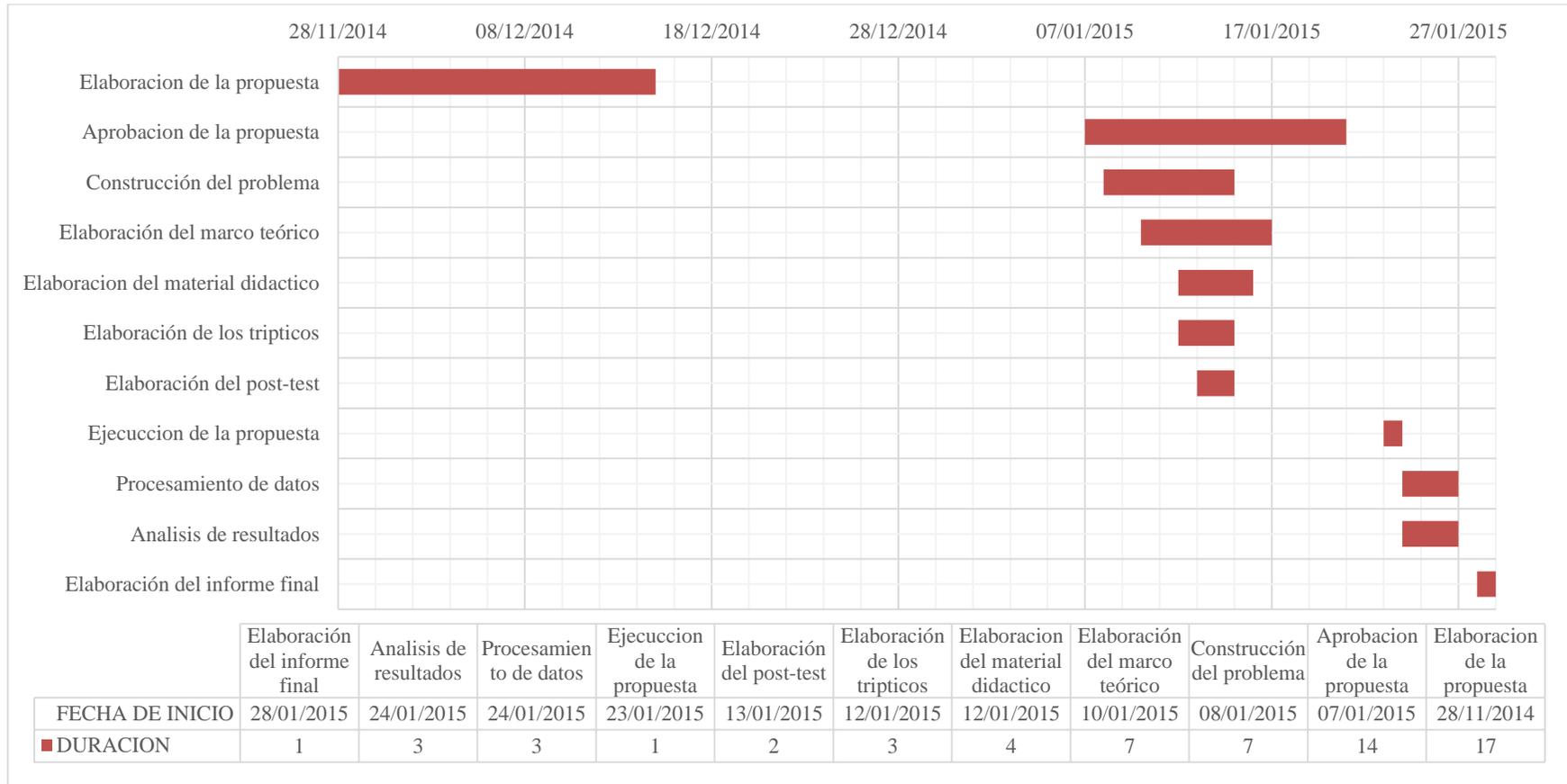
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitable # 3 demostró los conocimientos post-test de los médicos generales asistenciales e internos de medicina después de realizar la charla de las complicaciones neonatales; se realizó una pregunta al azar sobre el manual de complicaciones neonatales (ver ilustración 9), lo cual evidenció que el 93% contestó correctamente la pregunta sobre trastornos respiratorios, el 82% acertó la pregunta de prematurez/bajo peso y el 77% acertó la pregunta de infección.

Mientras tanto se demostró que existen más errores en la respuesta de la pregunta de recién nacido con infección con el 23%; seguido del 18% de errores en el acierto de la pregunta de recién nacido con prematurez/bajo peso; y por ultimo un 5% de errores en el acierto de la pregunta de recién nacido con trastornos respiratorios.

Se debe seguir realizando charlas para fortalecer el conocimiento del manejo de las complicaciones neonatales y así realizar el cumplimiento de la norma. Igualmente se mejorará la calidad de atención y posiblemente se disminuirá la mortalidad neonatal.

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA



CUADRO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DENTRO DEL TIEMPO DE ESTUDIO

PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

CONCEPTO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Movilización	\$0.25	\$10.00
Alimentación	\$2.50	\$20.00
Hojas de cuestionario, consentimiento y asistencia	\$0.10	\$15.00
Gastos de internet	\$0.60	\$8.00
Trípticos	\$0.10	\$7.00
Impresión	\$0.15	\$5.00
Alquiler de proyector	\$5.00	\$15.00
TOTAL	\$8.70	\$80.00

CUADRO 7. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS:

Chang, C. (2008). Normativa materno neonatal. *Estandares e indicadores de la calidad de atención*, 11.

Dirección de Normatización de Salud de la Niñez. (2011). Sistema de Vigilancia de la Muerte Neonatal. *Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Planificación.*, 2.

Dirección de Normatización del MSP. (2013). NORMA PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL (CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (S. Pozo, I. Ordoñez, A. L. Martínez, & M. Hinojosa, Edits.) *Ministerio de Salud Pública del Ecuador. secretaria Nacional de Gobernanza Pública*, 1, 13.

Diago V, Perales A & Cohen M. Libro Blanco de la muerte súbita infantil (2013). Grupo de Trabajo de Muerte Súbita infantil AEP. Muerte fetal tardía ((Ediciones Ergón.) Tercera Edición, 32.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente Normativo Materno* (lápiz y Papel ed.). (W. León, E. Yopez, & M. B. Nieto, Edits.) Quito, Provincia, Ecuador: CONASA.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal* (Lápiz y Papel ed.). (B. Salas, & F. Sevilla, Edits.) Quito, Pichincha, Ecuador: CONASA.

MSP - Sistema de Vigilancia Epidemiológica. (Septiembre del 2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. En C. (. Salud), B. Salas, & F. Sevilla (Edits.), *Proceso de Normatización del SNS (Sistema Nacional de Salud)* (Papel y Lápiz ed., pág. 15). Quito, Pichincha, Ecuador.

NORMA PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL (CONE).
(2013). Dirección Nacional de Normatización del SNS-MSP. *Ministerio de Salud Pública*, 12.

OMS. (Febrero de 2005). *Mortalidad Materna y Neonatal. 2005* (Vol. 2). Ginebra, Suiza.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. (2006). Muerte materno y neonatal. *DIRECCION DE NORMALIZACION DEL MSP*, 18.

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) . (2005). Situacion de la Salud en el Ecuador. En G. Viteri Diaz. Quito.

Vance Mafla, C. (Jueves 18 de Julio del 2013). NORMA PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL (CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. En S. Pozo, I. Ordoñez, A. Martinez, & M. Hinojosa (Edits.), *Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal – MSP 2008* (pág. 8). Quito.

Vigilancia Distrital de Salud. (2009). Protocolo de mortalidad Perinatal. *Direccion de Salud Publica*.

ARTICULO DE REVISTA:

Ahued, J., Vilchis , P., Gallardo, J., & River, M. (2002). Factores de riesgos de muerte fetal. *Revista Obstetricia y Ginecologia de Mexico*, 14.

Bellani, P., & De Sarasqueta , P. (Mayo - Junio de 2005). Factores de riesgo de mortalidad neonatal, internación prolongada y predictores de discapacidad futura en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad. *Revista Argentina de Pediatría*, 103(3), 25.

Castañeda, M., Diaz, D., De La Torre, C., Espinosa, G., Freyermuth , G., & Sanchez, D. (2006). La mortalidad materna en Mexico. *Cuatro Visiones Criticas. Fundar*, 9.

- Diaz Echeverria, D. F. (2006). Mortalidad Materna. *Fundar. Centro de Analisis e Investigacion*, 9.
- Donoso, E., Villarroel , L., & Becker, J. (2003). Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes. *Revista Pediatrica de Panama del Ministerio Salud Publica*, 3 - 8.
- Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil. (2004). Acceso a servicios basicos y nivel de instruccion del jefe (a) del hogar y de la madre. *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion. Resumen Ejecutivo - ENSANUT-ECU 2011-2013*, 13.
- INEC. (2009). Direccion de Normatizacion del MSP. *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO DE ECUADOR*.
- Karam, M., Bustamante, P., Campuzano, M., & Camarena , A. (Octubre de 2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. *Medicina Social. Salud para todos*, 2(4), 195.
- Linares, J., & Poulsen, R. (2007). Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile. *Revista Chilena de Obstetrici y Genecologia*, 12(1), 11.
- María Margarita Mazza, C. M. (2008 - 2009). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela 2012;72(4):233-248*, 246.
- Mazza, M., Vallejo, C., & Gonzalez , M. (Diciembre de 2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 15.
- Mendez, L., Martinez, M., & Bermudez, J. (Enero-Abril de 2007). Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica*, 17(1), 46-51.

- Ovalle, A., Kakarieka, E., Correa, A., Vial, M., & Aspillaga, C. (2005). Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 303-312.
- Perez, M., & De Leon, N. (2006). Mortalidad infantil por defectos congénitos en el municipio Arroyo Naranjo del 2000-2006. *Revista Cubana de Pediatría*, 32.
- Poulsen, J. L. (2007). Muerte Fetal In Útero. *FELSOCEM*, 2.
- Rodríguez, A., & Hernandez, I. (2004). Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología*, 30.
- Salgueiro, G., & Sosa, C. (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Revista Médica Uruguaya*, 22.
- Sarasqueta, P. B. (2003). Factores de riesgo de mortalidad neonatal, internación prolongada y predictores de discapacidad futura en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad. *SciELO*, 3 - 4.
- Schwarcz, R., Diverges, C., Diaz, G., & Fescina, R. (2005). MUERTE FETAL. *Revista de obstetrica 6° edicion. Buenos Aires*.
- Sepulveda, J., & Quintero, E. (2008). Muerte Fetal Inexplicada. *Revista de Postgrado de la cátedra de medicina*, 3.

PAGINA WEB:

Americas, O. M. (11 de Abril de 2013). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 20 de Julio de 2014, de Salud Materna y Reproductiva: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content

De La Cruz Gallardo, C. M., Robles Calvillo, V. H., & Hernandez Ble, J. A. (24 de septiembre de 2008). *Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana*.

Recuperado el 8 de Mayo de 2014, de Investigacion:
<http://www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu16109.pdf>

Ecuador, M. d. (23 de Septiembre de 2011). *EVALUACION DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA INFORMATICO (SIP)*. Recuperado el 09 de Diciembre de 2014, de http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=218:evaluacion-de-la-implementacion-del-formulario-y-del-sistema-informatico-perinatal-sip

Grupo de Trabajo Regional para Reduccion de la Mortalidad Materna (CELADE, CEPAL y CLAP-SMR). (Marzo de 2012). *Estimaciones de Mortalidad Materna en America Latina y el Caribe: Un Panorama Breve*. (A. Capasso, Editor, & V. Taddoni, Productor) Recuperado el 9 de Mayo de 2014, de http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/359/GTR_SP_Layout.pdf?sequence=1

Ojeda, M. P. (s.f.). Recuperado el 16 de Enero de 2015, de Beamrise:
<http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v4n2/rcgc070210.html>

Organizacion Mundial de la Salud (OMS). (Agosto de 2011). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 10 de Junio de 2014, de *Salvando las vidas de madres y niños*:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/saving_mother_child/es/

Organizacion Mundial de la Salud de la Americas. (11 de Abril de 2013). *Ecuador - Condiciones de salud y sus tendencias*. Recuperado el 20 de Julio de 2014, de *Problemas de salud de grupos especificos de poblacion - Salud materna y reproductiva*:
http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content

Romero Perez, I., Sanchez Miranda, G., Romero Lopez, E., & Chavez Courtis, M. (Enero-Marzo de 2010). *Muerte Materna: una revision de la literatura sobre factores socioculturales*. (Medigraphic, Ed.) Recuperado el 8 de Mayo de 2014, de Perinatologia y Reproduccion Humana: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTICULO=24812&IDPUBLICACION=2528>

Vogelmann, R. A., Sanchez, J. E., Sartori, M. F., & Speciale, J. D. (Diciembre de 2008). *Muerte Fetal Intrauterina*. (R. d. Medicina, Ed.) Recuperado el 8 de Mayo de 2014, de http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotr (as) (os) las (os) investigadoras (res), le informamos a Uds. MÉDICOS GENERALES ASISTENCIALES E INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA, que estamos realizando un cuestionario post-test sobre COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES la cual nos permitirá valorar sus conocimientos sobre la normativa materno y neonatal.

Este tipo de estudio se realiza para poder ejecutar la propuesta del trabajo de titulación: "MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIAS/OS ATENDIDAS/OS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014":

Su participación es complemente voluntaria, los datos serán publicados de manera colectiva, respetando la confidencialidad de los mismos. Si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando. Usted puede retirarse de la investigación cuando lo desee.

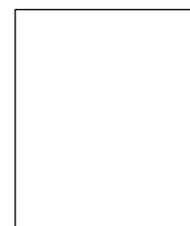
Lea toda la información que se le ofrece en el siguiente documento y conteste de forma sincera y honesta todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítele al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda en el recuadro inferior izquierdo y su número de cédula para autorizar la realización de la presente encuesta.

Gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



Supervisión clínica:

Diuresis

Frecuencia respiratoria y reflejo rotuliano cada 30 min.

- ⇒ En intoxicación por sulfato de magnesio administrar: gluconato de Ca 1 ampolla de 1 g IV lento, oxígeno 4 l/min por cánula nasal o 10 l/min por mascarilla. En casos severos proceder a intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.
- ⇒ Administración de nifedipino 10 mg VO cada 20—30 min según respuesta. Dosis máxima 60 mg.
- Hidralazina 5 mg IV si TA diastólica persiste ≥ 110 mm Hg, continuar con 5—10 mg IV cada 15—20 min. Dosis máxima 40 mg.
- ⇒ Maduración fetal de pulmones con 12 mg IM de Beta-metasona cada 24 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis, si embarazo está entre 24 a 34 semanas 6 días.
- ⇒ Laboratorio: Hemograma, creatinina, urea, ácido úrico, pruebas hepáticas y HDL, proteinuria de 24 horas, laboratorio habitual del embarazo (glucosuria, serología, orina completa, urocultivo, cultivo del estreptococo B, etc.)
- ⇒ Control estricto de diuresis horario con sonda vesical
- ⇒ Medidas de control de salud fetal: ecografía, monitoreo fetal anteparto, doppler.

MANEJO DE LA MUERTE FETAL CONFIRMADA



COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- ⇒ Hemorragia post parto
- ⇒ Infección obstétrica
- ⇒ Preclampsia/Eclampsia



Gabriela Benavides Jiménez
Eduardo Cedeño Montanero

ILUSTRACIÓN 3. TRIPTICO DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS (ADVERSO)

HEMORRAGIA POSPARTO

Evaluar y registrar:

- ⇒ Tensión arterial, pulso y/o frecuencia cardíaca.
 - ⇒ Valorar el sangrado vaginal y sus características.
- Comunicación inmediata al personal pertinente.

Reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxigenación

- ⇒ Coloque 2 vías IV de gran calibre 16 G o 14 G y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta 2 litros en infusión rápida.
- ⇒ Realización de exámenes de laboratorio: hemograma, tiempos de coagulación (TP, TTP)
- ⇒ Administrar paquete globular (Hb < 7g/dl), plasma y plaquetas (< 20.000 a 50.000 según el caso)
- ⇒ Evalúe tono uterino.
- ⇒ Provisión de Oxígeno si es necesario.
- ⇒ Coloque sonda vesical para evaluar gasto urinario.

Monitorización e investigación de la causa

Atonía uterina:

- ⇒ Oxitocina: 10 UI IM o 5 UI IV o 20—40 UI en 1000 ml de soluciones cristaloides en infusión IV a 250 ml/h o
- ⇒ Metilergonovina: 0.2 mg IM, repetir cada 2-4 horas con un máximo de 5 dosis (1 mg) en 24 h o
- ⇒ Misoprostol: 800 mcg sublingual (4 tabletas de 200 mcg).

Retención de placenta:

Intentar extraer manualmente la placenta.

- ⇒ Una inyección intrafunicular (administrar 20 UI de oxitocina disueltos en 20 ml de solución salina por el lado placentario del cordón umbilical) o misoprostol (800 mcg) puede considerarse una alternativa antes de intentar remover manualmente la placenta.
- ⇒ Si no se obtiene resultados satisfactorios, realizar procedimientos de dilatación y curetaje

Inversión uterina

Intente colocar el útero nuevamente en su lugar

- ⇒ No administre uterotónicos ni intente remover la placenta hasta haber colocado el útero en su lugar.
- ⇒ Si no obtiene resultados satisfactorios, coordine para realizar cirugía.
- ⇒ Examine minuciosamente el cuello del útero y la vagina, especialmente si el trabajo de parto fue prolongado o si se usaron fórceps en el parto.

HPP que no responde al tratamiento:

Toma de decisión quirúrgica

La elección del procedimiento más adecuado para reducir el sangrado dependerá de la experiencia del equipo quirúrgico:

- Sutura hemostática de B-Lynch
- Ligadura de arterias uterinas
- Ligadura de arterias útero-ováricas
- Histerectomía: es la opción más segura para personal poco entrenado o cuando fallan las ligaduras vasculares y puntos hemostáticos.

INFECCIÓN/FIEBRE DE CAUSA OBSTÉTRICA

Determinar al menos una vez:

- ⇒ Tensión Arterial, pulso y/o frecuencia cardíaca.
- Verificar sangrado genital, flujo o loquios de mal olor

Si está embarazada determinar:

- ⇒ Vitalidad del producto (frecuencia cardíaca fetal por cualquier método)

Si está en postparto determinar:

- ⇒ Involución uterina
- ⇒ Signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales, abscesos mamarios (si aplica)

Realizar exámenes de Laboratorio

- ⇒ Contaje leucocitario

Manejo terapéutico:

- ⇒ Iniciar antibiótico terapia de amplio espectro:

- a. Clindamicina 900 mg I.V c/8h + Gentamicina 5mg/Kg /24h, o
- b. Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg/Kg cada 24 h +
- Metronidazol 500mg I.V c/6h

- ⇒ Evaluación por médico

- ⇒ Manejo Terapéutico según diagnóstico:

- a) AMEU o Curetaje y/o revisión de cavidad uterina (Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados)
- b) Parto normal / Cesárea.
- c) Histerectomía (perforación uterina, corioamionitis)
- d) Laparotomía (perforaciones, abscesos, Embarazos ectópicos infectados, pelviperitonitis)
- e) Reparación quirúrgica (Desgarros de canal vaginal o episiotomía infectados.
- ⇒ Continuar con antibioticoterapia.

PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA

- ⇒ Determinar edad gestacional
- ⇒ Evaluar y registrar tensión Arterial, pulso y/o frecuencia cardíaca.
- ⇒ Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal

⇒ TRATAMIENTO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA:

DOSIS DE IMPREGNACIÓN: Sulfato de magnesio 4 g IV en al menos 20 minutos:

- Administración IV en microgotero: diluya dos ampollas de sulfato de magnesio en 80 ml de solución fisiológica y administre el volumen total de 100 ml en microgotero a razón de 30 microgotas/minuto (la dilución está al 20%).
- Administración IV en bomba de infusión: administre a razón de 300 ml/hora para completar los 100 ml en 10 minutos.

DOSIS DE MANTENIMIENTO: sulfato de magnesio IV a razón de 1 g/hora IV en venoclisis o microgotero: diluya cinco ampollas de MgSO₄ en 450 ml de solución fisiológica y administre el volumen total de 500 ml al goteo a razón de 17 gotas/minuto o 50 microgotas/minuto (la dilución está al 20%).

- Administración IV en bomba de infusión: administre a razón de 50 cc/hora.

⇒ TRATAMIENTO CON SULFATO DE MAGNESIO PARA ECLAMPSIA

DOSIS DE IMPREGNACIÓN: Sulfato de magnesio 6 g IV en 20 minutos.

- Administración IV en microgotero: diluya tres ampollas de sulfato de magnesio en 70 ml de solución fisiológica y administre el volumen total de 100 ml en microgotero a razón de 30 microgotas/minuto (la dilución está al 20%).
- Administración IV en bomba de infusión: administre a razón de 300 ml/hora para completar los 100 cc en 10 minutos.

Las convulsiones recurrentes deben tratarse con un bolo adicional de 2 g de sulfato de magnesio o un incremento de la infusión a 1,5 g o 2,0 g/hora.

DOSIS DE MANTENIMIENTO: Sulfato de magnesio IV a razón de 1,5 - 2 g/hora IV en venoclisis o microgotero: diluya 10 ampollas de sulfato de magnesio en 400 ml de solución fisiológica y administre el volumen total de 500 ml al goteo a razón de 17 gotas/minuto o 50 microgotas/minuto (la dilución está al 20%).

- Administración IV en bomba de infusión: administre a razón

ILUSTRACIÓN 4. TRIPTICO DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS (REVERSO)

RECIÉN NACIDO CON PREMATUREZ/BAJO PESO

Determinar antecedentes gestacionales:

1. Administración de corticoides antenatales (en caso de embarazo < 35 semanas)
2. Edad Gestacional ya sea por FUM, ECO, test de Ballard modificado o fórmula Perímetro Cefálico* +2

Registrar en la Historia Clínica del RN:

3. Graficación del peso, talla y perímetro cefálico en las curvas de antropometría
4. Horas/días de vida de RN
5. Temperatura axilar
6. Cianosis / Color
7. Frecuencia cardíaca
8. Frecuencia respiratoria
9. Examen abdominal

Realizar exámenes de laboratorio:

- 10.- Glicemia con tira reactiva (normal = > 40 mg/dL)

Manejo terapéutico:

- 11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría media hora después del ingreso.
- 12.- Valorar y registrar el Score de Downes
13. Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino
- 14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.
15. Iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RNPR lo permiten; de lo contrario administrar D/A intravenosa.

Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)

16. Temperatura axilar
17. Frecuencia cardíaca
18. Frecuencia respiratoria
19. Presión arterial
20. Saturación de oxígeno

Realizar y registrar los exámenes de laboratorio e Imagen

23. Glicemia una vez al día y PRN

- 28.- Registrar el peso diariamente

COMPLICACIONES NEONATALES

- INFECCIÓN
- TRASTORNOS RESPIRATORIOS
- PREMATUREZ/BAJO PESO



Gabriela Benaviles Jiménez
Eduardo Cedeño Montanero

RECIÉN NACIDO CON INFECCIÓN

Determinar antecedentes gestacionales:

1. Edad Gestacional.
2. Ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas.

Registrar en la Historia Clínica del RN:

- 3.- Horas/días de vida de RN
- 4.- Temperatura axilar
- 5.- Cianosis/Color
- 6.- Frecuencia cardíaca
- 7.- Frecuencia respiratoria
- 8.- Examen abdominal

Realizar exámenes de laboratorio:

- 9.- Contaje leucocitario, morfología de neutrófilos
- 10.- Plaquetas
- 11.- Glicemia con tirilla (normas: igual o > 40 mg)

Manejo terapéutico:

- 12.- Valoración inicial e inmediata por médico.
- 13.- Valorar y registrar la escala de Sepsis.
- 13.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna
- 14.- Si está indicada la alimentación enteral, dar leche materna por succión o por sonda oro gástrica
- 15.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg IM + Gentamicina 5 mg/kg, IM.

Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)

16. Temperatura axilar
17. Frecuencia cardíaca
18. Frecuencia respiratoria
19. Presión arterial
20. Saturación de oxígeno

Realizar y registrar los exámenes de laboratorio

21. Glicemia una vez al día y PRN
22. Hemocultivo
23. Otros cultivos de acuerdo a la clínica del RN
24. BH, PCR y VSG a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico.

25. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.

RECIÉN NACIDO CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Determinar antecedentes gestacionales:

1. Administración de corticoides prenatales (en caso de embarazo < 35 semanas)
2. Edad Gestacional.

Registrar en la Historia Clínica del RN:

- 3.- Horas/días de vida de RN
- 4.- Temperatura axilar
- 5.- Cianosis/Color
- 6.- Frecuencia cardíaca
- 7.- Frecuencia respiratoria
- 8.- Examen abdominal

Realizar exámenes de laboratorio:

- 9.- Biometría hemática
- 10.- Glicemia con tirilla reactiva (normal: igual o > a 40 mg/dL)

Manejo terapéutico:

- 11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría.
- 12.- Valorar y registrar el Score de Downes
13. Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o ventilación mecánica.

- 14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.

- 15.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg IM y Gentamicina 5 mg/kg IM.

Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)

16. Temperatura axilar
17. Frecuencia cardíaca
18. Frecuencia respiratoria
19. Presión arterial
20. Saturación de oxígeno
21. Valorar y registrar la escala de Downes

Realizar y registrar los exámenes de laboratorio e Imagen

22. Glicemia una vez al día y PRN
23. BH, PCR y VSG al ingreso y PRN.
24. Radiografía de tórax al ingreso y PRN

25. Canalizar vía intravenosa

26. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



CUESTIONARIO DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS

El siguiente cuestionario de preguntas opcionales deberá ser llenado por parte de Uds. MÉDICOS GENERALES ASISTENCIALES E INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA, según los conocimientos impartidos en las charlas, como requisito previo para la ejecución de la Propuesta del Trabajo de Titulación: "MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIAS/OS ATENDIDAS/OS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014":

1. VERDADERO O FALSO EN LA HEMORRAGIA POSPARTO:

¿EN LA INVERSION UTERINA SE ADMINISTRA UTEROTONICOS Y SE INTENTA REMOVER LA PLACENTA?

()

2. VERDADERO O FALSO EN LA INFECCION /FIEBRE DE CAUSA OBSTETRICA:

¿EN EL POSPARTO DEBEMOS DETERMINAR LA INVOLUCION UTERINA Y SIGNOS DE INFECCION EN LAS HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES O PERINEALES, ABSCESOS MAMARIOS?

()

3. VERDADERO O FALSO EN PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA:

¿SE ADMINISTRA HIDRALAZINA 40 MG IV SI TA DIASTÓLICA PERSISTE ≥ 110 MM HG STAT, Y LUEGO CONTINUAR CON 5—10 MG IV CADA 15—20 MIN, DOSIS MÁXIMA 80 MG?

()

4. VERDADERO O FALSO EN EL MANEJO DE LA MUERTE FETAL CONFIRMADA:

¿CON UN INDICE DE BISHOP MAYOR DE 6 Y SIN ACTIVIDAD UTERINA UTILIZANDO A DOSIS MINIMAS DE OXITOCINA, SE CONSIDERA INDUCCION FALLIDA Y SE PROCEDE A REALIZAR CESAREA?

()



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



CUESTIONARIO DE COMPLICACIONES NEONATALES

El siguiente cuestionario de preguntas opcionales deberá ser llenado por parte de Uds. MÉDICOS GENERALES ASISTENCIALES E INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA, según los conocimientos impartidos en las charlas, como requisito previo para la ejecución de la Propuesta del Trabajo de Titulación: “MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIAS/OS ATENDIDAS/OS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 - OCTUBRE 2014”:

1. VERDADERO O FALSO EN RECIEN NACIDO CON INFECCION:

¿SE DEBE REGISTRAR EN LA HISTORIA DEL RECIEN NACIDO CADA 6 HORAS SOLO LA TEMPERATURA AXILAR, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, PRESIÓN ARTERIAL Y SATURACIÓN DE OXÍGENO?

()

2. VERDADERO O FALSO EN RECIEN NACIDO CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS:

¿DEBE MANTENERSE LA SATURACION DE OXIGENO ENTRE 88% Y 92% EN RECIEN NACIDO PRETERMINO, MEDIANTE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO CON HOOD, CAAP O VENTILACIÓN MECÁNICA?

()

3. VERDADERO O FALSO EN RECIEN NACIDO CON PREMATUREZ/BAJO PESO:

¿SE DEBE ADMINISTRAR LA PRIMERA DOSIS DE ANTIBIÓTICOS: AMPICILINA 50 MG/KG, IM + GENTAMICINA 5 MG/KG., IM?

()



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



"MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIAS/OS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014".

Los datos serán obtenidos de las historias clínicas archivadas en el departamento de estadística del Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda. Los números de las mismas serán omitidos puesto que son documentos legales.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUERTE MATERNA			
Edad:	Estado Civil:	Escolaridad:	Procedencia:
≤ 15 años <input type="checkbox"/> 15 – 24 años <input type="checkbox"/> 25 – 34 años <input type="checkbox"/> ≥ 35 años <input type="checkbox"/>	Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Ocupación:		Periodo intergenésico corto:	
Ama de casa <input type="checkbox"/> Empleada doméstica <input type="checkbox"/> Trabajadora sexual <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Embarazo planeado:		Fracaso del método anticonceptivo	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		No usaba <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/>	
Antecedentes Obstétricos:		Semanas de gestación:	
Abortos <input type="text"/> Cesareas <input type="text"/>		≤28 SG <input type="checkbox"/> 29 – 36.6 SG <input type="checkbox"/> 37 – 41.6 SG <input type="checkbox"/> ≥ 42 SG <input type="checkbox"/>	
Complicaciones del embarazo actual:			
Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Hemorragias: Aborto <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Mola hidatiforme <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la membrana normoinserta <input type="checkbox"/> Rotura uterina <input type="checkbox"/> Atonías uterinas <input type="checkbox"/> Retención placentaria <input type="checkbox"/> Restos placentarios <input type="checkbox"/> Desgarros cervicales y vaginales grado III <input type="checkbox"/> Inversión uterina <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Parto obstruido <input type="checkbox"/> Coagulopatías <input type="checkbox"/>			
Se cumplió la norma de atención según complicaciones:			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Cuadro 8. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUERTE MATERNA



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



**"MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
 USUARIAS/OS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA,
 PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014".**

Los datos serán obtenidos de las historias clínicas archivadas en el departamento de estadística del Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda. Los números de las mismas serán omitidos puesto que son documentos legales.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUERTE NEONATAL	
Nacimiento:	
Vaginal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>
Edad Gestacional del Recién Nacido por Capurro:	
≤ 28 SG <input type="checkbox"/>	
29 - 36.6 SG <input type="checkbox"/>	
37 – 41.6 SG <input type="checkbox"/>	
≥42SG <input type="checkbox"/>	
Estadía Intrahospitalaria	
Horas <input type="text"/>	
Días <input type="text"/>	
Meses <input type="text"/>	
Puntuación del APGAR:	
≤ 3 puntos <input type="checkbox"/>	
4 – 6 puntos <input type="checkbox"/>	
≥ 7 puntos <input type="checkbox"/>	
Peso al nacimiento:	
≤ 1.000 g <input type="checkbox"/>	
≤ 1.500 g <input type="checkbox"/>	
≤ 2.500 g <input type="checkbox"/>	
2.500 g – 4200 g <input type="checkbox"/>	
≥ 4200 g <input type="checkbox"/>	
Complicaciones que presentó al nacer:	Defectos congénitos
Trastornos respiratorios <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Prematurez <input type="checkbox"/>	Cardiacos <input type="checkbox"/>
Bajo peso <input type="checkbox"/>	Abdominales <input type="checkbox"/>
Infección <input type="checkbox"/>	Pulmonares <input type="checkbox"/>
	Ninguno <input type="checkbox"/>
Se cumplió la norma de atención según complicaciones :	
Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	

Cuadro 9. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUERTE NEONATAL



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



"MUERTE MATERNO FETONEONATAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
USUARIAS/OS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA,
PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 – OCTUBRE 2014".

Los datos serán obtenidos de las historias clínicas archivadas en el departamento de estadística del Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda. Los números de las mismas serán omitidos puesto que son documentos legales.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUERTE FETAL	
Edad materna:	
≤ 15- 24 años	<input type="checkbox"/>
25 – 34 años	<input type="checkbox"/>
≥ 35 años	<input type="checkbox"/>
Tipo de extracción del producto:	
Eutócico	<input type="checkbox"/>
Distócico	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>
Patología materna:	
Preclampsia	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>
Edad gestacional:	
≤ 28 SG	<input type="checkbox"/>
28 - 36.6 SG	<input type="checkbox"/>
37 – 41.6 SG	<input type="checkbox"/>
42SG	<input type="checkbox"/>
Peso al nacimiento:	
≤ 1.000 g	<input type="checkbox"/>
≤ 1.500 g	<input type="checkbox"/>
≤ 2.500 g	<input type="checkbox"/>
2.500 g – 4200 g	<input type="checkbox"/>
≥ 4200 g	<input type="checkbox"/>
Se cumplió la norma de atención:	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Cuadro 10. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUERTE FETAL

No de Historia Clínica													Total	%
Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la infección/ fiebre de causa obstétrica														
1.	Si está embarazada determinar edad gestacional													
2.	Determinar el número de días de postparto o Postaborto (si aplica)													
Determinar al menos una vez:														
3.	Temperatura													
4.	Pulso o frecuencia cardiaca													
5.	Tensión arterial													
6.	Verificar sangrado genital, flujo o loquios de mal olor													
Si está embarazada determinar:														
7.	Vitalidad del producto (frecuencia cardiaca fetal por cualquier método)													
Si está en postparto determinar:														
8.	Involución uterina													
9.	Signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales , abscesos mamarios (si aplica)													
Realizar exámenes de Laboratorio														
10.	Contaje leucocitario													
Manejo terapéutico:														
11. Iniciar antibiótico terapia de amplio espectro: a. Clindamicina 900 mg I.V c/8h + Gentamicina 5mg/Kg /24h, o b. Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg/Kg cada 24 h + Metronidazol 500mg I.V c/6h														
12.	Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización													
Continuar el llenado del instrumento si la paciente fue hospitalizada														
Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con infección / fiebre de causa obstétrica														
Determinar al menos en cada turno(TID) mínimo por 48 horas, hasta la estabilización de signos vitales:														
13.	Temperatura													
14.	Pulso o frecuencia cardiaca													
15.	Tensión arterial													
Manejo terapéutico														
16.	Evaluación por médico de mayor experiencia en GO (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.													
17.	Exploración, drenaje y curación de heridas quirúrgicas infectadas o abscesos mamarios (si aplica)													
18.	Manejo Terapéutico según diagnóstico: a) AMEU o Curetaje y/o revisión de cavidad uterina (Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados) b) Parto normal / Cesárea. c) Histerectomía (perforación uterina , corioamnionitis) d) Laparotomía (perforaciones, abscesos, Embarazos ectopicos infectados, pelviperitonitis) e) Reparación quirúrgica (Desgarros de canal vaginal o episiotomía infectados)													
19.	Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: a. Clindamicina 900 mg I.V c/8 + Gentamicina 5mg /Kg/ 24h, o b. Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h + Metronidazol 500mg I.V c/6h													
Cumple el estandar con los aspectos seleccionados? Marque + si cumple y si no cumple														

Cuadro 13. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN INFECCION/FIEBRE DE CAUSA OBSTETRICA

No de Historia Clínica											Total	Porcentaje
Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.												
Determinar antecedentes gestacionales:												
1. Administración de corticoides antenatales (en caso de embarazo < 35 semanas)												
2. Edad Gestacional.												
Registrar en la Historia Clínica del RN:												
3.- Horas/días de vida de RN												
4.- Temperatura axilar												
5.- Cianosis / Color												
6.- Frecuencia cardíaca												
7.- Frecuencia respiratoria												
8.- Examen abdominal												
Realizar exámenes de laboratorio:												
9.- Biometría hemática												
10.- Glicemia con tirilla reactiva (normal: igual o > a 40 mg/dL)												
Manejo terapéutico:												
11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.												
12.- Valorar y registrar el Score de Downes												
13. Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.												
14.-Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.												
15.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM y Gentamicina 5 mg/kg, IM.												
16. Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Downes (ver nota al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte.												
Manejo del recién nacido HOSPITALIZADO con Trastorno Respiratorio en los niveles II y III												
Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)												
17. Temperatura axilar												
18. Frecuencia cardíaca												
19. Frecuencia respiratoria												
20. Presión arterial												
21. Saturación de oxígeno												
22. Valorar y registrar la escala de Downes												
Realizar y registrar los exámenes de laboratorio e Imagen												
23. Glicemia una vez al día y PRN												
24. BH, PCR y VSG al ingreso y PRN.												
25. Radiografía de tórax al ingreso y PRN												
Manejo terapéutico:												
26. Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría												
27. Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna.												
28. Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.												
29. Si está indicada la alimentación enteral dar leche materna por sonda oro gástrica. Si la FR es mayor a 80 x', NPO												
30. Canalizar vía intravenosa												
31. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.												
Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? Marque + si cumple y - si no cumple												

Cuadro 15. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN RECIEN NACIDO CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS

POSICIÓN		HORIZONTAL				NOMBRES Y APELLIDOS			N° DE HISTORIA CLÍNICA		
VERT.	HORIZONTAL	TOXIAS	MULTÍPARAS	PRIMÍPARAS	OTRAS	alt	max	alt	alt	alt	alt
PARTOGRAMA - CLAP - OPSIONS											
MEMBRANAS		INT-GRAS	INT-GRAS	INT-GRAS	INT-GRAS						
VALORES PARA LA CONSTRUCCION DELAS CURVAS (en mmHg, PTD)		0.15	0.15	0.05	0.30						
		0.25	0.25	0.10	0.35						
		0.35	0.40	0.25	0.40						
		1.00	0.65	0.35	1.00						
		1.15	1.25	1.05	1.30						
		2.10	2.30	2.30	3.15						
LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA											

PLANOS DE REFERENCIA	VARIEDAD DE POSICION	
DILATACION CERVICAL		
ROTACION ESPONTANEA		(REM)
ROTACION ARTIFICIAL		(RAM)
INTENSIDAD	LOCALIZACION	
Fuerte	Suprapubica	SP
Normal	Simil	S
Debil		

FRECUENCIA CARDIACA FETAL	
Tipos tipo I (Desaceleración precoz)	
Tipos tipo II (Desaceleración tardía)	
Tipos tipo III (Desaceleración variable)	
Alcance	

POSICION MATERNA	
Lat. Cerebro	LD
Lat. Laparida	LD
Conal	D
Semi-sitadas	SD
Sentada	S
Precedo o conmovido	PC

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA																
TENSION ARTERIAL																
FLUJO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
ECG OR																
Localiz. Intems.																

EDMUNDO R. CANAL
 METU. FIGAR
 Falt. Curatiba P 1113, 1187,
 Montevideo, Uruguay

ANEXO 1: HISTORIA CLINICA PERINATAL (REVERSO)



HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO

EXAMEN FISICO INICIAL

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE	NOMBRE Y APELLIDO DEL RN	SEXO	N° H. CLINICA - MADRE	N° HISTORIA CLINICA

1 ANTECEDENTES FAMILIARES

ESCRIBA LOS ANTECEDENTES IMPORTANTES PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO

PATOLOGICOS
PADRE
MADRE
HERMANOS
OTROS FAMILIARES

OBSTETRICOS COMPLEMENTARIOS DE LA MADRE DEL RN

MARCAR V

EMBARAZO	ABORTO	TIPO DE PARTO				SEXO		PRE TERMINO	A TERMINO	POST TERMINO	EDAD ACTUAL	OBSERVACIONES
		CEFALICO	PODALICO	FORCEPS	CESAREA	MUJER	HOMBRE					
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

2 DATOS PERINATALES DEL RECIEN NACIDO ACTUAL

SI NO

LABOR (EN HORAS)	EXPULSIVO (EN MINUTOS)	L AMNIOTICO (CANTIDAD)	L AMNIOTICO (COLOR)	L AMNIOTICO (COLOR)	NUMERO DE TACTOS POST HIDORREA	SUFRIMIENTO FETAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 APGAR

	0	1	2	1MIN 5 MIN
FRECUENCIA CARDIACA	NO HAY	MENOS DE 100	100 O MÁS	
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO HAY/NO RESPIRA	LLANTO DEBIL RESPIRA MAL	LLANTO VIGOROSO	
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXION PARCIAL DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS DE ACTIVOS BUENA FLEXION	
IRRITABILIDAD O RESPUESTA A LA ESTIMULACION	NO REACCIONA	MUECA, SUCCION ALGUN MOVIMIENTO X ESTIMULO	TOS O ESTORNUDO LLANTO, REACCIONA DEFENDIENDOSE	
COLOR DE LA PIEL	CIANOSIS O PALIDEZ	PIES O MANOS CIANOTICAS	COMPLETA MENTE ROSADA	
TOTAL				

4 CAPURRO somático

Forma de la oreja	0: Cauda deformada, simétrica no encajada	1: Huesos parciales articulados en el borde superior	2: Partes articulares en todo el borde superior	3: Huesos articulados en todo el borde superior	EDAD GESTACION = (204+ PUNTAJE PARCIAL) EG
Tamaño de la glándula mamaria	0: No palpable	1: Palpable menor de 5 mm	2: Palpable entre 5 y 10 mm	3: Palpable mayor de 10 mm	
Formación del pezón	0: Apenas visible en axila	1: Diámetro menor de 7.5 mm, aspecto blando y cheta	2: Diámetro mayor de 7.5 mm, aspecto firme, base de no hipertrofiada	3: Diámetro mayor de 7.5 mm, aspecto firme, base hipertrofiada	
Textura de la piel	0: Muy fina gelatinosa	1: Fina Lisa	2: Más gruesa Descomposición superficial discreta	3: Gruesa Grietas superficiales Descomposición en ranuras y pliegos	
Pliegues plantares	0: Sin pliegues	1: Menos que 2	2: Al menos 2 pero menos de 1/2 anterior	3: Susos en la 1/2 anterior	
	0	1	2	3	

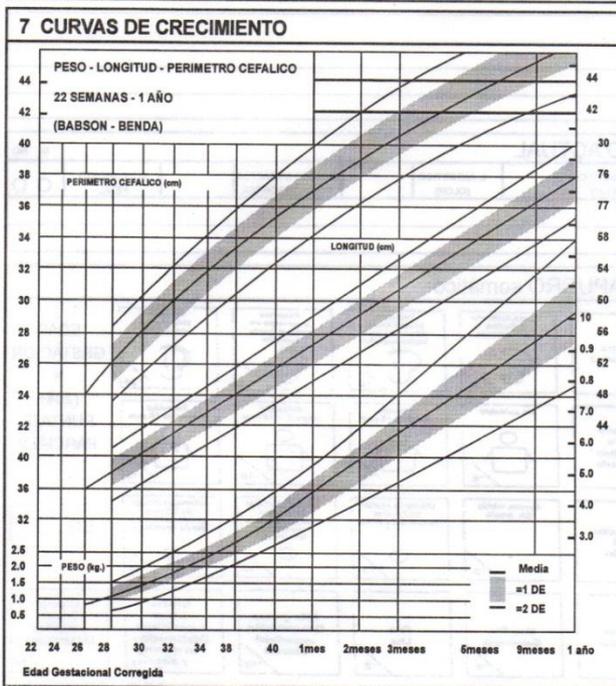
5 SIGNOS VITALES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

FECHA Y HORA	TEMP °C	PULSO /minut.	PRESION ARTERIAL	FR / minuto	SAT. O2	SUCCION	CANTIDAD	TOLERANCIA	DEPOSICION	ORINA	INFORME	RESPONSABLE

ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

ANEXO 2: ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO (DELANTE)

6 EXAMEN FISICO INICIAL				AL EGRESO		
SP= SIN PATOLOGIA CP= CON PATOLOGIA (descripción)				SP= SIN PATOLOGIA CP= CON PATOLOGIA (descripción)		
MARCAR V	PESO	LONGITUD	P. CEFALICO	PESO	LONGITUD	P. CEFALICO
	SP CP			SP CP		
PIEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
CABEZA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
OJOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
OIDOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
BOCA & NARIZ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
CUELLO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
TORAX	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
PULMONES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
CORAZON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ABDOMEN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
CORDON UMB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
GENITALES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ANO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
COLUMNA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



8 DIAGNOSTICOS INICIALES

	CIE
1	
2	
3	
4	

9 DIAGNOSTICO AL EGRESO

	CIE
1	
2	
3	
4	

9 PLAN DE TRATAMIENTO

11 EVOLUCION

FECHA	NOTAS (Firmar al pie de cada una)	INDICACIONES
HORA		

INICIAL	FECHA Y HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL	CODIGO
AL EGRESO				

ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

ANEXO 2: ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO (REVERSO)

Atención integrada de la madre y el neonato y menor de dos meses

Si usted atiende a la madre embarazada: complete primero el paso 1 (parte izquierda del formulario), y luego 3, 4

Si usted atiende el parto: complete el paso 1, 3, 4

Si usted atiende al niño/a: complete primero la parte 2 (parte derecha del formulario) y luego siga el orden de la numeración de todo el formulario, hasta el final.

1.- DATOS DE LA MADRE Fecha: / / ,	2.- DATOS DEL NIÑO/NINA Fecha: / / ,
Nombre: _____ Motivo de Consulta: _____ Edad: ____ años P/A: / / nmm Hg Tipo de sangre _____ 3.- Antecedentes Obstétricos: Gestas: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____ (> 3 espontáneos: ____) hijos nacidos muertos ____ Muertes neonatales ____ hijos < 2.000 g ____ > 4.000g ____ Internación por hipertensión/preclampsia/eclampsia en el último embarazo: ____ Control prenatal previo: SI, NO ¿Cuántos? ____ Cirugías previas del tracto Reproductivo ____ Tratamiento: SI, NO ¿Cuál? (describa) _____	Nombre: _____ Nacimiento: Primera consulta ____ Consulta de Seguimiento ____ Motivo de consulta (cuando no es por nacimiento): _____ Fecha de Nacimiento: / / Edad: ____ Temp.: ____ °C Peso: ____ Kg Talla: ____ cm Circunferencia cefálica: ____ cm Tipo de sangre _____

EVALUAR

CLASIFICAR

C.: ATENCIÓN A LA MADRE DESDE LAS 28 SEMANAS DE GESTACIÓN Y EL RECIÉN NACIDO		
4.- Riesgo en el embarazo: embarazo de ____ semanas por FUM o AU SI ____ NO ____		Alto riesgo Mediano riesgo Bajo riesgo
< 16 ó > 35 años Periodo intergenésico < 2 años Isoinmunización Rh Diabetes Enfermedad cardíaca / renal < 37 ó > 41 semanas Primigesta o múltipara Anemia Hipertensión Presentación anormal Cesárea anterior Embarazo múltiple Infección / fiebre Hemorragia vaginal Disminución movimientos RPM ____ horas VDRL (+) (-), HIV (+) (-) FCF ____ x minuto	Abuso de sustancias (incluyendo alcohol)... Otro: _____	
5.- Parto: Se produjo en la casa ____ hospital ____ otro (describa) _____ Tipo de parto: vaginal, cesárea, cefálica, pelviano, único, múltiple, meconio, Distocia _____ ¿Nació bien? SI ____ NO ____ ¿cuál fue la complicación?, describa: _____		
6.- Condición del niño al nacer: Sexo M ____ F ____ Peso al nacer: ____ gramos, Talla: ____ cm. Circ. cefálica ____ cms.		REANIMACIÓN SI NO Edad gest.: ____ semanas, PEG, AEG, GEG. Pretérmino, término, posttérmino, Alto riesgo al nacer Mediano riesgo al nacer Bajo riesgo al nacer
No respira espontáneamente Cianosis central Peso < 2000 g ó > 4.000 g Anomalías congénitas Frec. cardíaca < 100 por minuto Dificultad respiratoria Peso 2000-2500 g Trauma Palidez severa Meconio EG < 35 semanas Infección Intrauterina APGAR a los 5 minutos: < 7 Fiebre materna	Otro: _____	

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NEONATO Y MENOR DE DOS MESES ENFERMO

7.- Enfermedad neonatal grave o posible infección local		Enfermedad neonatal grave Infección local No tiene enfermedad
Letárgico o inconsciente Tiraje subcostal Flacidez Placas blancas en la boca Distensión abdominal SI ____ NO ____ Convulsiones Apneas Palidez Pustulas Diarrea con sangre Peso < 2000g No puede tomar el pecho Quejido Cianosis Vesículas No orina FR > 60 ó < 30 Vomita todo Aleteo nasal Ictericia Secreción ombligo Temp < 36,5 ó > 37,5 °C FC < 100 ó > 160		
8.- Evaluar la alimentación pecho Le da el pecho: SI ____ NO ____ Si no le da, ¿por qué? _____ ¿Cuántas veces le da el pecho durante el día?: ____ veces ¿Cuántas veces le da el pecho durante la noche?: ____ veces ¿Toma otras bebidas u otros líquidos además del pecho?: No ____ Si ____ ¿Cuáles? _____ Si el niño NO se alimentó al pecho en la última hora, decirle a la madre que le de el pecho. Observarlo por 4 minutos: ¿El niño (a) logra hacer el agarre? Si ____ No ____ ¿El niño (a) tiene buena posición? Si ____ No ____		
9.- Alimentación y Nutrición Primero: Determinar el peso para la edad postnatal SI ____ NO ____ Peso bajo para la edad Evidencia problemas alimentación Palidez intensa Tendencia descendente No hay agarre o mala posición Palidez leve		
10.- Verificar los antecedentes de vacunación del menor de dos meses. Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy. Niño/nina: BCG ____ HB 1 ____		Próxima vacuna el: _____ (fecha)
11.- Evaluar OTROS PROBLEMAS y Riesgos de discapacidad		

NOTA PARA EL TRANSPORTE / REFERENCIA (De la hoja de atención al neonato hospitalizado) FECHA: _____ HORA: _____ Refiere a: _____

Fallece en transporte SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Destino: <input type="checkbox"/> Mismo hospital <input type="checkbox"/> Otro hospital <input type="checkbox"/> Reingreso Inicio: Mes ____ Día ____ Hora ____ Minuto ____ Duración: Horas ____ Distancia: Transporte: <input type="checkbox"/> Kms. <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Agua Acompañado por: Médico <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Condiciones de transporte: Incubadora <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Monitoreo <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Intubación <input type="checkbox"/>	Antecedentes: Control prenatal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Corticoide antenatal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Tipo de parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Forpces <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Orden en múltiple: # ____ PGAR: 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Reanimación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Intubación <input type="checkbox"/> Masaje Cardíaco <input type="checkbox"/> Adrenalina <input type="checkbox"/> Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso: ____ gr. Talla ____ cm PC ____ cm E.G. ____ semanas
--	--

ANEXO 3: ATENCION INTEGRADA DE LA MADRE Y EL NEONATO Y MENOR DE DOS MESES (DELANTE)

Enfoque sistémico	Procesos de Atención					
	Prenatal	Parto	Postparto	Recién Nacido	Complicaciones Obstétricas	Complicaciones Neonatales
Entrada	1. % de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a					
Proceso	2. % de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma	3 A. % de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma en los que se graficó correctamente las curvas y se controló la labor. 3 B. % de partos atendidos en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical 4. % de Partos vaginales atendidos en el hospital en los que se administró a la parturienta 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer periodo del parto y se registró en la historia clínica perinatal.	5. % de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.	6. % de recién nacidos/as en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la norma.	8 A. % de pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma. 8 B. % de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma. 8 C. % de pacientes con Infeccción Fiebre de causa obstétrica que fueron manejadas de acuerdo a la norma. 8D. % Partos Pretermino con Corticoides prenatales. 8E. % Partos Pretermino con Nifedipina como Uteroinhibidor. 8F. % Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas , manejadas de acuerdo a norma.	9A. % RN con infección sistémica , manejados de acuerdo a la norma. 9B. % RN con Trastornos Respiratorios , manejados de acuerdo a la norma. 9C. % RN con Prematurez , manejados de acuerdo a la norma.
Salida		7 A. Porcentaje de partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetrix).		7 B. Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por profesional capacitado (médico/a u obstetrix) 11. Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.	10. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas 12. % de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas.	
	13. % de muertes materna ocurridas en el Área de Salud / Hospital que tienen un proceso de investigación epidemiológica.					

Ilustración 10. ESTANDARES E INDICADORES EN EL PROCESO DE ATENCION MATERNO Y NEONATAL

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la Pre-eclampsia - Eclampsia ⁹ :	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Preeclampsia, eclampsia:	
<p>1. Edad gestacional</p> <p>Determinar al menos una vez:</p> <p>2. Tensión Arterial</p> <p>3. Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva)</p> <p>4. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (si aún no se ha producido el parto)</p> <p>Manejo Terapéutico:</p> <p>5. Impregnación de Sulfato de magnesio (4 gr. Intravenoso lento o por microgotero)</p> <p>6. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.</p> <p>7. Transferencia inmediata al Nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización</p>	<p>Realización de exámenes de laboratorio (a ingreso):</p> <p>8. Coagulación: conteo de plaquetas</p> <p>Determinar en cada turno (TID):</p> <p>9. Tensión arterial</p> <p>10. Frecuencia cardíaca o pulso materno</p> <p>11. Frecuencia respiratoria</p> <p>12. Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administre sulfato de Mg)</p> <p>13. Control de Ingesta / Excreta</p>	<p>Manejo Terapéutico</p> <p>14. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en GO. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso</p> <p>15. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.</p> <p>16. Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr./h. endovenoso) hasta 24 horas posparto (ver Nro 12)</p> <p>17. Maduración fetal¹⁰ de pulmones con 12 mg IM de Betametasona cada 12 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis, si embarazo está entre 26 a 34 semanas 6 días.</p> <p>18. Terminar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado, en las primeras 24 horas. Si presenta uno o más signos de complicación deberá terminar el embarazo en las primeras 12 horas:</p> <p>a. Convulsiones (eclampsia)</p> <p>b. TA. Diastólica mayor o igual a 110 mm./Hg. o TA. Sistólica mayor o igual a 160 mm./Hg. mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas</p> <p>c. Oliguria (diuresis menor a 1cc./Kg./h.)</p> <p>d. Proteinuria mayor a 3 gr. / 24 h. ó 3 a 4 + en tirilla.</p> <p>e. Síndrome de Hellp¹¹</p>

Ilustración 11. ESTANDARES E INDICADORES EN PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de las Hemorragias Obstétricas	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Hemorragia Obstétrica:
<p>1. Si está embarazada determinar edad gestacional</p> <p>Determinar al menos una vez:</p> <p>2. Tensión Arterial</p> <p>3. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna</p> <p>4. Valorar el sangrado vaginal y sus características</p> <p>5. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (si edad gestacional es igual o mayor a 20 semanas)</p> <p>Manejo:</p> <p>6. Valoración inmediata por médico (NO INTERNO ROTATIVO) máximo 15 minutos después del ingreso</p> <p>7. Administración de SS 0.9% / Lactato Ringer (canalizando 2 vías si es necesario)</p> <p>8. En caso de shock, estabilizar a la paciente¹²</p> <p>9. En caso de hemorragia posparto, administración de uterotónicos: oxitocina.</p> <p>10. Transferencia inmediata al Nivel II o III u orden de hospitalización (asegurese que la paciente este estable, y que el traslado se realice acompañada por personal capacitado)</p>	<p>Realización de exámenes de laboratorio:</p> <p>11. Hematocrito y/o Hemoglobina</p> <p>12. Coagulación: TP (tiempo de protrombina)</p> <p>13. Coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial)</p> <p>14. Coagulación: conteo de plaquetas</p> <p>Determinar al menos tres veces al día:</p> <p>15. Tensión arterial</p> <p>16. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna</p> <p>17. Valoración de sangrado vaginal y sus características</p> <p>18. Control de Ingesta / Excreta</p> <p>Manejo Terapéutico</p> <p>19. Continuar administración de líquidos endovenosos</p> <p>20. Manejo terapéutico según diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. administración de uterotónicos: oxitocina b. AMEU, curetaje / revisión de cavidad uterina (Aborto complicado, retención de placenta o restos corioplacentarios) c. Cesárea y/o Histerectomía (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina, atonia uterina) d. Laparotomía (Embarazo ectopico, atonia uterina) e. Reparación o sutura (Desgarros cervicales o de canal vaginal) f. Paquete globular (Hb < 7g/dl, plasma (Tp, TTP 1.5v/Normal) y plaquetas (< 20.000 a 50.000 según el caso)¹³

Ilustración 12. ESTANDARES E INDICADORES EN HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la infección / fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con infección / fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis
<p>1. Si está embarazada determinar edad gestacional. 2. Determinar el número de días de posparto o postaborto (si aplica)</p> <p>Determinar al menos una vez:</p> <p>3. Temperatura</p> <p>4. Pulso o frecuencia cardiaca 5. Tensión arterial 6. Verificar sangrado genital, flujo o loquios de mal olor</p> <p>Si está embarazada determinar:</p> <p>7. Vitalidad del producto (frecuencia cardiaca fetal por cualquier método)</p> <p>Si está en posparto determinar:</p> <p>8. Involución uterina 9. Signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales, abscesos mamarios (si aplica)</p> <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <p>10. Contaje leucocitario</p> <p>Manejo terapéutico:</p> <p>11. Iniciar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro:</p> <p>a. Clindamicina 900 mg I.V c/8 + Gentamicina 5mg /Kg/ 24h , o b. Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h + Metronidazol 500mg I.V c/6h</p> <p>12. Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización</p>	<p>Determinar al menos en cada turno (TID): mínimo por 48 horas o hasta la estabilización de signos vitales.</p> <p>13. Temperatura 14. Pulso o frecuencia cardiaca 15. Tensión arterial</p> <p>Manejo terapéutico:</p> <p>16. Valoración por médico de mayor experiencia en GO. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</p> <p>17. Exploración, drenaje y curación de heridas quirúrgicas infectadas o abscesos mamarios (si aplica)</p> <p>18. Manejo terapéutico según diagnóstico:</p> <p>a) AMEU o Curetaje y/o revisión de cavidad uterina (Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados) b) Parto normal / Cesárea. c) Histerectomía (perforación uterina , corioamnionitis) d) Laparotomía (perforaciones, abscesos, Embarazos ectopicos infectados, pelviperitonitis) e) Reparación quirúrgica (Desgarros de canal vaginal o episiotomía infectados)</p> <p>19. Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro:</p> <p>a. Clindamicina 900 mg I.V c/8 + Gentamicina 5mg /Kg/ 24h , o b. Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h + Metronidazol 500mg I.V c/6h</p>

Ilustración 13. ESTANDARES E INDICADORES EN INFECCION/FIEBRE DE CAUSA OBSTETRICA

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con infección:	Manejo del RN con infección HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p>Determinar antecedentes gestacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Edad gestacional 2.- Ruptura prematura de membranas¹⁷ mayor de 18 horas* <p>Registrar en la Historia Clínica perinatal / Neonatal del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.- Horas/días de vida de RN 4.- Temperatura axilar 5.- Cianosis / Color. 6.-Frecuencia Cardíaca 7.- Frecuencia Respiratoria 8.- Examen Abdominal <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.- Contaje leucocitario, morfología de neutrófilos 10.- Plaquetas 11.- Glicemia con tirilla (normal: igual o > a 40 mg/dL) <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12.- Valoración inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso. 13. Valorar y registrar la escala de Sepsis¹⁸. 14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna. 15.-Si está indicada la alimentación enteral, dar leche materna por succión o por sonda orogástrica 16.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM. + Gentamicina 5 mg/kg, IM. 17.- Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Sepsis (ver nota (18) al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte. 	<p>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Temperatura axilar 19. Frecuencia cardíaca 20. Frecuencia respiratoria 21. Presión arterial 22. Saturación de oxígeno <p>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Glicemia una vez al día y PRN 24. Hemocultivo 25. Otros cultivos de acuerdo a la clínica del RN (si aplica) 26. BH, PCR y VSG a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 27. Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría 28. Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna 29. Si está indicada la alimentación, dar leche materna por succión o por sonda orogástrica 30. Canalizar vía intravenosa. 31. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.

Ilustración 14. ESTANDARES E INDICADORES EN RECIEN NACIDO CON INFECCION

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con trastornos respiratorios	Manejo del RN con trastornos respiratorios HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p>Determinar antecedentes gestacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Administración de corticoides antenatales (en caso de embarazo < 35 semanas) 2.- Edad gestacional <p>Registrar en la Historia Clínica del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.- Horas/días de vida de RN 4.- Temperatura axilar 5.- Cianosis / Color 6.- Frecuencia cardíaca 7.- Frecuencia respiratoria 8.- Examen abdominal <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.- Biometría hemática 10.- Glicemia con tirilla (normal: igual o > a 40 mg/dL) <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11.- Valoración inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso. 12.- Valorar y registrar la Escala de Downes¹⁹ 13.- Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica. 14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna. 15.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM + Gentamicina 5 mg/kg, IM. 16. Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Downes (ver nota al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte. 	<p>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</p> <ol style="list-style-type: none"> 17.- Temperatura axilar 18.- Frecuencia cardíaca 19.- Frecuencia respiratoria 20.- Presión arterial 21.- Saturación de oxígeno 22.- Valorar y registrar la Escala de Downes <p>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio e imagen</p> <ol style="list-style-type: none"> 23.- Glicemia una vez al día y PRN 24.- BH, PCR y VSG al ingreso y PRN 25.- Radiografía de tórax al ingreso y PRN <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 26.- Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría 27.- Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna. 28.- Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica. 29.- Si está indicada la alimentación enteral dar leche materna por sonda orogástrica. Si la FR es mayor a 80 x', NPO 30.- Canalizar vía intravenosa 31.- Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma

Ilustración 15. ESTANDARES E INDICADORES EN RECIEN NACIDO CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con prematuridad – peso bajo	Manejo del RN con prematuridad – peso bajo HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p>Determinar antecedentes gestacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Administración de corticoides antenatales (en caso de Embarazo < 35 semanas) 2.- Edad gestacional, ya sea por FUM, ECO, test de Ballard modificado o fórmula Perímetro Cefálico* +2 <p>Registrar en la Historia Clínica del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.- Graficación del peso, talla y perímetro cefálico en las curvas de antropometría 4.- Horas/días de vida de RN 5.- Temperatura axilar 6.- Cianosis / Color 7.- Frecuencia cardíaca 8.- Frecuencia respiratoria 9.- Examen abdominal <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10.- Glicemia por tirilla (normal: igual o > a 40 mg/dL) <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso. 12.- Valorar y registrar la Escala de Downes. 13.- Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino 14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna. 15.- Iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RNPR lo permiten; de lo contrario administrar D/A intravenosa. 16.- Hospitalización máximo en 1 hora o si se requiere de referencia, se realiza en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte. 	<p>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</p> <ol style="list-style-type: none"> 17.- Temperatura axilar 18.- Frecuencia cardíaca 19.- Frecuencia respiratoria 20.- Presión arterial 21.- Saturación de oxígeno 22.- Valorar y registrar la Escala de Downes <p>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio</p> <ol style="list-style-type: none"> 23.- Glicemia una vez al día y PRN <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 24.- Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría 25.- Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna. 26.- Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica. 27.- Si está indicada la alimentación, dar leche materna por succión o por sonda orogástrica. Si la FR es mayor a 80 x min. , NPO 28.- Registrar el peso diariamente

Ilustración 16. ESTANDARES E INDICADORES EN RECIEN NACIDO CON PREMATUREZ/BAJO PESO



Ilustración 17. PROTOCOLO DE MANEJO DE MUERTE FETAL CONFIRMADA



Ilustración 18. RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS.



Ilustración 19. CHARLAS DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES.



Ilustración 20. SOCIALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIO POST-TEST.