



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MEDICO CIRUJANO

TEMA:

MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE
MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016.

AUTORES:

JUMBO SALTOS ROBERTO VICENTE.

VILLAVICENCIO MONTES HECTOR HUGO.

TUTOR:

DR. JUAN CARLOS SUÁREZ FERNÁNDEZ

PORTOVIEJO- MANABÍ-ECUADOR

2016

DEDICATORIA

Dedico el trabajo investigativo a Dios, por darme salud y vida para cumplir con este triunfo, que ha sabido guiarme este difícil recorrido hacia el éxito.

A mis padres, quienes me han acompañado durante mi carrera estudiantil y han formado parte de mi formación enriqueciéndome en valores y ética; las que actualmente me sirven para ser mejor profesional.

A mi hijo Santiago, quien me ha motivado a seguir adelante y terminar con éxito lo que un día empecé, anhelando en un futuro ser su ejemplo a seguir.

A mi esposa María José, quien me apoya en cada meta que me propongo, quien es mi pilar fundamental y siempre está presente cuando necesito de ella.

JUMBO SALTOS ROBERTO VICENTE.

DEDICATORIA

Deseo dedicar este triunfo en primera instancia a Dios, por haberme dado salud y vida para poder alcanzar este objetivo de vida, el que inicio como un sueño, pero luego se trasformó en la meta más importante en querer alcanzar.

A mis padres, por la confianza y el apoyo brindado, quien sin duda alguna han demostrado su amor incondicional; quienes siempre han estado presente en mis triunfos y fracasos; para continuar apoyándome y así nunca desistir de esta meta.

A mis hermanos, por apoyarme siempre; para no desvanecer en esta meta, gracias por sus consejos y comprensión.

Y también dedico a todos mis familiares y amigos que de forma desinteresada contribuyeron y han sido partícipes de este triunfo.

VILLAVICENCIO MONTES HECTOR HUGO.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos llegar a esta etapa de la carrera; darnos fuerzas para superar todos los obstáculos y dificultades.

Brindamos un espontáneo agradecimiento a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina por permitir formarnos académicamente.

A nuestro tutor Dr. Juan Carlos Suárez Fernández y revisor Dr. Fidel Mendoza Mendoza, que nos dedicaron su tiempo y guía para que nuestro trabajo concluyera de forma satisfactoria.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron y fueron partícipes de esta victoria.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente trabajo de investigación:

MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016.

Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores: JUMBO SALTOS ROBERTO VICENTE y VILLAVICENCIO MONTES HECTOR HUGO. Habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

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

Pongo a consideración del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.



DR. JUAN CARLOS SUÁREZ FERNÁNDEZ
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El Tribunal de Revisión y Evaluación conformado por el Dr. Juan Carlos Suárez Fernández (Tutor) y Fidel Mendoza Mendoza (Revisor), Miembros, del Tribunal de Trabajo de Titulación: MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016., cuyos autores Egresados de la Escuela de Medicina JUMBO SALTOS ROBERTO VICENTE y VILLAVICENCIO MONTES HECTOR HUGO., certificamos que se estudió y analizó el mencionado Trabajo de Investigación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Lo certificamos


Dr. Juan Carlos Suárez Fernández
TUTOR


Dr. Fidel Mendoza Mendoza
REVISOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR
TRABAJO DE INVESTIGACION

"MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA
PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016."

Trabajo de Investigación sometido a consideración del Tribunal de Revisión y
Sustentación, legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la
obtención de título de:

MEDICO CIRUJANO
APROBADO



Dra. Yira Vásquez Giler, MN
DECANA DE LA FCS



Mg. Miriam Barreto Rosado
PRESIDENTE DE LA COMISION DE
INVESTIGACIÓN ESPECIAL DE LA FCS



Ab. Daniel Cadena Macias
ASESOR JURÍDICO



Dra. Minerva Donate Pino
PRESIDENTA DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN



Dr. Juan Carlos Suárez Fernández
TUTOR DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN



Dr. Fidel Mendoza Mendoza
REVISOR DEL TRABAJO DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR

Los estudiantes de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, señores: JUMBO SALTOS ROBERTO VICENTE y VILLAVICENCIO MONTES HECTOR HUGO, realizamos el presente trabajo de investigación titulada: "MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016."

Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto.



JUMBO SALTOS ROBERTO VICENTE

CI



VILLAVICENCIO MONTES HECTOR HUGO

CI

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ...	¡Error! Marcador no definido.
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ	¡Error! Marcador no definido.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.....	¡Error! Marcador no definido.
ESCUELA DE MEDICINA	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	¡Error! Marcador no definido.
TRABAJO DE INVESTIGACION	¡Error! Marcador no definido.
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR	¡Error! Marcador no definido.
TEMA	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACION	3
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
SUBPROBLEMAS	7
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
DELIMITACION.....	9
CAPITULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	22
CAPITULO III.....	27
DISEÑO METODOLÓGICO	27
TIPO DE ESTUDIO	27
ÁREA DE ESTUDIO	27

POBLACIÓN DE ESTUDIO	28
UNIVERSO	28
MUESTRA	28
MODALIDAD DE LA INVESTIGACION	28
CRITERIOS DE INCLUSION:	28
CRITERIOS DE EXCLUSION:	28
PROCEDIMIENTOS	29
TIEMPO:.....	29
AUTORIZACION:	29
RECURSOS INSTITUCIONALES:.....	29
RECURSOS	30
HUMANOS:	30
RECURSOS MATERIALES:.....	30
PROCESAMIENTO DE DATOS.....	30
TABULACIÓN.....	31
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	31
ASPECTOS ÉTICOS.....	31
RESULTADOS OBTENIDOS.....	32
CAPITULO IV.....	33
GRAFITABLA #1	33
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS EDAD.....	33
GRAFITABLA #2	35
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS ETNIA.....	35
GRAFITABLA #3	36
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS OCURRENCIA.....	36
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS PERMANENCIA.....	37
GRAFITABLA #5	38
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS SEGÚN ESTADÍO QUE OCURRIO LA MUERTE MATERNA.....	38
GRAFITABLA #6	39

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS SEGÚN DEMORAS.....	39
GRAFITABLA #7	40
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS EDAD.....	40
GRAFITABLA #8	42
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS ESCOLARIDAD.....	42
GRAFITABLA #9	44
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO. PERÍODO INTERGENESICO/EMBARAZO PLANEADO.	44
GRAFITABLA #10	45
MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LOS RIESGOS OBSTETRICOS.	45
GRAFITABLA #11	46
MUERTES MATERNAS SEGÚN COMPLICACIONES EN LA PROVINCIA DE MANABÍ.	46
GRAFITABLA #12	47
MUERTES MATERNAS SEGÚN COMPLICACIONES EN LA PROVINCIA DE MANABÍ.	47
CAPITULO V	48
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	50
CAPITULO VI.....	53
PROPUESTA.....	53
TÍTULO	53
JUSTIFICACIÓN	53
OBJETIVOS	54
OBJETIVO GENERAL.....	54
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	54
FUNDAMENTACION	54
BENEFICIARIOS.....	55

Los beneficiarios del trabajo fueron directamente los becarios de medicina, puesto que mediante los conocimientos adquiridos conocen los estándares a seguir; evitando en el tratamiento omisiones o desconocimiento de la norma según complicaciones obstétricas.....55

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA 55

FACTIBILIDAD 56

ACTIVIDADES 56

TALENTO HUMANO. 56

RECURSOS INSTITUCIONALES..... 56

RECURSOS MATERIALES..... 57

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA 57

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 59

ANEXOS 61

TEMA

MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA
PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016

RESUMEN

La muerte materna es un indicador que mide la calidad de atención en los servicios de salud, si bien es cierto existen complicaciones existentes durante el embarazo las cuales si existiera una adecuada calidad de atención deberían ser diagnosticadas durante el primer control prenatal lo que está a cargo de las unidades de salud tipo A, para luego ser derivadas a un hospital de mayor complejidad. Sin embargo por diversas situaciones las gestantes no acuden a los controles prenatales o no existe un adecuado control prenatal no identificando riesgos precozmente. Objetivos: identificar las características socioepidemiológicas de las muertes maternas, indagar los factores de riesgo asociados a la muerte materna, evaluar la calidad de atención brindada según estándares e indicadores de complicaciones obstétricas y generar una gestión educativa dirigida a los internos rotativos de medicina de la Universidad Técnica de Manabí y para el cumplimiento de los estándares según complicaciones obstétricas. El análisis fue estadístico y la información se procesó mediante Excel los Resultados: En el presente trabajo de investigación existieron 14 muertes maternas, la mayoría de las mujeres tenían entre 16 – 34 años, pertenecientes al distrito rural, de etnia mestiza, en mayor instancia las muertes ocurrieron en unidades de salud y clínicas privadas. En el estadio que se presentaron con mayor frecuencia fueron durante el posparto atribuyendo la causa a la tercera demora; considerándose evitable. La mayoría de las gestantes presentaban riesgo durante su gestación; siendo la principal causa de muertes materna el shock hipovolémico por atonía uterina. PALABRAS CLAVES: MUERTES MATERNAS, CALIDAD DE ATENCION, PROVINCIA DE MANABÍ.

SUMMARY

Maternal death is an indicator that measures the quality of care in health services, although it is true there are existing complications during pregnancy which if there is an adequate quality of care should be diagnosed during the first prenatal visit which is in charge of type a health units, and then be referred to a hospital more complex. However for various situations pregnant women attending antenatal no controls or there is no adequate prenatal not identifying risks early. Objectives: To identify socioepidemiological characteristics of maternal deaths, to investigate the risk factors associated with maternal death, assess the quality of care provided according to standards and indicators of obstetric complications and generate an educational managing for rotary internal medicine at the University Manabi technique and compliance with the standards as obstetric complications. The analysis was statistical and information was processed by Excel Results: In this research there were 14 maternal deaths, most women were between 16-34 years belonging to the rural district, an ethnic mestizo, more instance the deaths occurred in health units and private clinics. In stage that occurred more frequently during the postpartum were attributing the cause to the third delay; considered avoidable. Most pregnant women were at risk during pregnancy; It is the leading cause of maternal deaths hypovolemic shock due to uterine atony. KEYWORDS: MATERNAL DEATHS, quality of care, Manabi province.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La muerte de una mujer en estado de gestación constituye un estado preocupante, la gestación es un estado fisiológico por el que cursa toda mujer en estado fértil por lo que la gestación no debería ser un factor de riesgo cuyo desenlace termine en el fallecimiento. Además de ser una tragedia, deja en la orfandad a sus hijos, afectando su crecimiento, desarrollo y protección, ya que la madre es el pilar fundamental en el hogar.

Según la 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”.

El inadecuado control prenatal constituye el principal factor de riesgo durante el embarazo y parto; puesto que al no detectarse factores de riesgo precozmente no se pueden tomar las respectivas medidas de prevención y tratar oportunamente futuras complicaciones pudiendo terminar en un desenlace fatal.

El presente estudio determinó la asociación de la muerte materna a la tercera demora en la provincia de Manabí, enero 2015 – enero 2016, identificó las características socioepidemiológicas, indagó los factores de riesgo asociados, evaluó la calidad de atención brindada según estándares e indicadores de complicaciones obstétricas y generó una gestión educativa dirigida a los internos rotativos de la Universidad Técnica de Manabí para el cumplimiento de los estándares según complicaciones obstétricas.

En el presente trabajo de investigación existieron 14 muertes maternas, la mayoría de las mujeres tenían entre 16 – 34 años, pertenecientes al distrito rural, de etnia mestiza, en mayor instancia las muertes ocurrieron en unidades de salud y clínicas privadas. En

el estadio que se presentaron con mayor frecuencia fueron durante el posparto atribuyendo la causa a la tercera demora; considerándose evitable. La mayoría de las gestantes presentaban riesgo durante su gestación; siendo la principal causa de muertes materna el shock hipovolémico por atonía uterina.

JUSTIFICACION

La muerte materna es una situación alarmante, si bien es cierto existen complicaciones existentes durante el embarazo las cuales si existiera una adecuada calidad de atención deberían ser diagnosticadas durante el primer control prenatal lo que está a cargo de las unidades de salud tipo A, para luego ser derivadas a un hospital de mayor complejidad. Sin embargo por diversas situaciones las gestantes no acuden a los controles prenatales o no existe un adecuado control prenatal no identificando riesgos precozmente.

La realización del presente trabajo de investigación constituye un verdadero reto, puesto que al hablar de muertes maternas atribuidas a la tercera demora o calidad de atención puede llevar a actitudes defensivas por parte del personal médico, administrativo y estadístico del hospital.

Hasta el momento en Manabí no se ha realizado un trabajo investigativo sobre las muertes maternas asociadas a la calidad de atención, nos ha motivado la realización de este trabajo ya que hasta el momento han existido aproximadamente 14 muertes maternas en menos de un año. Una cifra verdaderamente alarmante, aunque existen diversos programas para la reducción de mortalidad materna, estas siguen ocupando un número importante.

El presente tema de investigación es de importancia ya que constituye un problema de salud pública, puesto que son indicadores que miden la calidad de atención. Determinar la asociación de la muerte materna a la tercera demora en la provincia de Manabí, enero 2015 – enero 2016, es el principal objetivo, esta investigación no busca identificar culpables; sino medidas que mejoren la calidad de atención y así no ocurran más muertes maternas atribuibles a la tercera demora.

Este trabajo de investigación fue factible puesto que contará con la muestra, con el lugar, la predisposición de los investigadores, con los recursos económicos y con la orientación del tutor y revisor del trabajo de investigación. Además tuvimos la

colaboración de CONE de la Dirección Provincial de Salud y Departamento de Muerte Materna.

El impacto de la investigación es positivo puesto que se identificó que las principales causas de las muertes maternas fueron evitables y estuvieron ligadas con la primera demora, mediante la obtención de estos datos se pudo dar una charla educativa dirigida a los becarios de medicina con el objetivo del cumplimiento de los estándares de calidad de atención.

ANTECEDENTES

Según datos revelados por la OMS, 2015; la razón de mortalidad materna en el año 2015 fue de 239.000 por 100.000 nacidos vivos en países en vía de desarrollo, mientras que en los países desarrollados es de 12.000 por 100.000 nacidos vivos. Existiendo mayor prevalencia en las gestantes de bajos ingresos económicos y de procedencia rural.

En un estudio realizado en México, 2010; en el que se analizaron datos sociales de las muertes maternas se evidenció que la mayoría ocurrieron entre las edades de 20 – 34 años (72,7%), de ocupación ejecutiva del hogar (68%), de instrucción secundaria (45%). Siendo la hemorragia obstétrica la primera causa de muerte materna (46.1%). (Mejía, L; et.al; 2010) entre la primera y tercera demora.

En un estudio realizado en Venezuela; 2012; donde se analizó las tres demoras de las muertes maternas se identificó que de las muertes maternas existentes el 38,5% de los casos existe una combinación. Entre los factores involucrados de la tercera demora existió la falta del personal médico (56%), necesidad de referencia a otro centro de salud (39%) y la falta de equipos médicos en insumos (26%). En el 59% de los casos se consideró muertes maternas evitables y 25% no evitables. El promedio de edad fueron entre los 24 – 30 años. Según la ocupación el 23,1% eran ejecutivas del hogar y el 23% habían cursado la secundaria. (Mazza; M; & et.al; 2012)

En un estudio realizado en Cuenca; 2014, se evidencia que la mayoría de las muertes maternas ocurrieron entre los 20 – 34 años de edad (66,7%), estado civil soltera (44,4%), etnia mestiza (78%), procedencia rural (89%), escolaridad primaria (56%) y ocupación ejecutiva del hogar (78%). El 88,9% de los partos fueron atendidos por profesionales de salud. Y las mayorías de las muertes maternas ocurrieron en el puerperio y se consideraron de causa directa. (Abad; M & Calle; K; 2014)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2011) afirma que alrededor de 360000 mujeres mueren durante el embarazo y el parto. Según datos del CELADE, CEPAL y CLAP-SMR (2012) afirmaron que de las mil mujeres que mueren a diario en el mundo por consecuencias de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, el 99% ocurren en países en vía de desarrollo.

En América Latina según cifras oficiales de CELADE et al., (2008), determinaron que hubo un total de 5,670 muertes maternas en la región.

Plan de Reducción de Mortalidad Materna (2009). (Citado por la Norma para la Organización del Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador. 2013) afirma: El Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de las Américas que mayor razón de mortalidad materna presentan, 96,30% según el INEC en el 2009. El problema se torna grave si consideramos que el Ecuador tiene una población mayoritariamente joven, 45% son menores de 18 años, en donde el porcentaje de nacimientos en este grupo de edad es del 19.9%, comparado con el 12,2% de nacimientos en el grupo de mujeres de 35 años y más. (p.8)

En Manabí, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (2006; 18) estableció que ocurrieron 14 muertes maternas en Chone 7 casos como consecuencia de la tercera demora, Manta 5 casos (uno por primera demora y cuatro por tercera demora); Portoviejo y Flavio Alfaro un caso cada uno debidas a la tercera demora.

Hasta el momento en el año 2015 existen alrededor de 10 muertes maternas, un dato verdaderamente alarmante en un país donde está actualmente un plan de disminución de la mortalidad materna, estos datos nos motivan a realizar la investigación. Por lo antes planteado surge la siguiente pregunta:

¿Cómo influye la tercera demora en la muerte materna en la provincia de Manabí enero 2015 – enero 2016?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles fueron las características socioepidemiológicas de las muertes maternas?

¿Cuáles fueron los factores de riesgo asociados a la muerte materna?

¿Cuáles fue la calidad de atención brindada según estándares e indicadores de complicaciones obstétricas?

¿Qué gestión educativa se puede implementar en los becarios de medicina para el cumplimiento de los estándares según complicaciones obstétricas?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de la muerte materna a la tercera demora en la provincia de Manabí, enero 2015 – enero 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características socio epidemiológicas de las muertes maternas.

Determinar los factores de riesgo asociados a la muerte materna.

Determinar las causas de la mortalidad materna en el territorio.

Generar una gestión educativa dirigida a los internos rotativos de medicina del área de Ginecología y Obstetricia para el cumplimiento de los estándares según complicaciones obstétricas?.

DELIMITACION

Campo: Salud.

Área del conocimiento: Ciencias de la Salud.

Aspecto: Influencia de la calidad de atención en la muerte materna.

Delimitación del sujeto de estudio: Muertes maternas directas relacionadas con la tercera demora.

Delimitación espacial: Hospitales y Clínicas de la Provincia de Manabí.

Delimitación temporal: Enero 2015 Enero 2016.

Línea investigación: Salud de los grupos vulnerables según Facultad Ciencias de la Salud.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Según la OMS se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por la gestación, pero no por causa accidentales o incidentales.

Las estadísticas de muerte materna suelen expresarse como: la razón de la mortalidad materna que es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta medida indica el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas y que han dado a luz recientemente. La tasa de mortalidad materna es el número de muertes maternas por año por cada 100.000 mujeres entre los 15 y 49 años. Esta medida refleja dos tipos de riesgo, el riesgo de morir que corre una mujer a causa de la maternidad y el riesgo de quedar embarazada. (Cabero; L, Saldivar; D & Cabrillo; E; 2010)

El riesgo de muerte durante la edad reproductiva es la probabilidad que tiene una mujer de morir a causa de las complicaciones del embarazo o del parto en cualquier momento de la vida reproductiva.

La muerte materna según el momento de la muerte se puede producir durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo general, las causas van a tener una relación consistente con el momento de la muerte. Conforme al momento en que ocurran la muerte materna se pueden clasificar en: muerte materna durante el embarazo; que es la que ocurre antes de inicio del trabajo del parto, incluyendo aquella en la que ha existido rotura de membranas; pero sin inicio del trabajo de parto.

La muerte materna durante el parto es aquella que se produce una vez que se inicia el trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta y la muerte materna durante el

puerperio es aquella que se produce después de la extracción de la placenta hasta los 42 días pos parto.

Según las OMS/FIGO la muerte materna según la causalidad se puede clasificar en muerte maternas directas; que son las que se producen por complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. En esta categoría se incluye las complicaciones anestésicas y otras situaciones iatrogénicas médicas y quirúrgicas. (Cabero; L, Saldivar; D & Cabrillo; E; 2010)

La OMS/FIGO menciona que las muertes maternas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, pueden incluirse a las causadas por la anemia, paludismo, cardiopatías, diabetes y otras condiciones agravadas por el embarazo. (Cabero; L, Saldivar; D & Cabrillo; E; 2010)

Para el estudio de la muerte materna el esquema desarrollado por la Dra. Deborah Maine, de la Universidad de Atlanta se basa en las tres demoras de la atención de la mujer embarazada. La primera demora se refiere al momento en que la mujer y la familia toman la decisión que la embarazada tenga el primer contacto con el personal de salud calificado para diagnosticar el embarazo.

La segunda demora se refiere al momento del traslado seguro a un lugar apropiado para el manejo médico, donde existan protocolos de atención, infraestructura adecuada, personal calificado e insumos suficientes para su atención. Y la tercera demora se refiere a la atención de la embarazada en una unidad de salud. Esta demora es la más significativa en países en vía de desarrollo puesto que un gran número de defunciones maternas ocurren en unidades hospitalarias. (Álvarez; R & Kuri; P; 2010)

En un estudio realizado en México indica que el 86% de las muertes maternas ocurridas en unidades hospitalarias el 82% tienen que ver con la mala calidad de atención médica.

Se denomina embarazo de alto riesgo al que conlleva una mayor probabilidad de morbimortalidad feto-neonatal y materna. La evaluación del riesgo obstétrico debe comenzar en la primera visita y se irá reevaluando en cada consulta sucesiva. La identificación tiene como objetivo el correcto control y tratamiento de las patologías existentes. Vale la pena mencionar que un bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ya que este puede aparecer en cualquier momento de la gestación. (Lombardía; J & Fernández; M; 2009)

Según la Sociedad Española de Ginecoobstetricia (SEGO) la clasificación de los factores de riesgo se mencionan los factores sociodemográficos que son edad materna 15 años o > 35 años, IMC ≥ 29 (obesidad) o < 20 (delgadez), hábitos tóxicos como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, nivel socioeconómico bajo, riesgo laboral o una embarazada que este sin asistencia médica.

Antecedentes médicos como la hipertensión arterial, enfermedad cardíacas, renal, respiratoria crónica, hematológica, psiquiátrica, hepática, diabetes mellitus, tromboembolismo, epilepsia, patologías medico quirúrgica, entre otras.

Antecedentes reproductivos los más habituales son: esterilidad > 2 años, abortos a repetición, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino, antecedente de parto pre término, muerte perinatal, macrosomía, lesión neurológica, antecedentes de cirugía uterina, malformación uterina, incompetencia cervical, primíparas añosas o grandes múltiparas.

El embarazo actual que cursa con hipertensión arterial, anemia grave, diabetes gestacional, infección de transmisión perinatal, infección del tracto un urinario de repetición, embarazo múltiple, isoinmunización RH, oligo o polihidramnios,

metrorragia, parto pre término, retardo del crecimiento intrauterino, defecto congénito fetal, estática fetal anómala en gestación, embarazo posttérmino, tumoración uterina, patología médico quirúrgica grave, entre otros.

Según la clasificación de Riesgo Obstétrico; la inexistencia de riesgo obstétrico es la gestante en la que no se ha identificado ningún factor de riesgo, lo cual no significa ausencia de riesgo.

Se habla de embarazo de alto riesgo cuando la madre o el feto presentan un aumento significativo del riesgo de morbilidad o de mortalidad. Para conseguir resultados óptimos el médico debe instaurar a tiempo factores de riesgo para así instaurar a tiempo un tratamiento adecuado. Vidual debe incluir los riesgos demográficos: localización geográfica, estado socioeconómico, logros educacionales, estado civil, edad, grupo racial o étnico, riesgos laborales y grupo sanguíneo. (Harmon, G; 2003)

Se debe evaluar las características de la conducta, hábitos tóxicos, patrones de cribado de salud, como exploraciones físicas, dental y ocular, frotis de Papanicolaou y vacunaciones. También es importante saber que medicamentos consume actualmente, si presenta alergia, anemia, cardiopatía, hipertensión crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, problemas emocionales, enfermedades metabólicas, renales, trastornos convulsivos, enfermedades de transmisión sexual, intervenciones quirúrgicas o si tiene antecedentes de embarazos múltiples.

El medio ambiente en el que se rodea la gestante es de importancia puesto que si presenta exposición química o ambiental a metales pesados, disolventes orgánicos y contaminantes puede significar un factor de riesgo para el producto naciendo con alteraciones cromosómicas que pueden poner en peligro su vida.

Bajo riesgo o Riesgo 1 son aquellas mujeres en condiciones socio-económicas desfavorables (pobreza extrema, desempleo, analfabetismo), control insuficiente de la gestación < 3 visitas prenatales, edad extrema 19 años o 35 años en el primer

embarazo, adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos, drogadicción, alcoholismo y tabaquismo, gran multiparidad (mayor de 3 gestas), incompatibilidad Rh, infección de vías urinaria, flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes y período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses. (Almeida; B, Campoverde; L, Rodríguez; L, Enríquez, E; 2014)

Alto riesgo o Riesgo 2 son aquellas gestantes con anemia ($Hb < 10g/dl$ o $HTO < 25\%$), embarazo múltiple, enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades inmunológicas, hipertensión, polihidramnios u oligoamnios, epilepsia, historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino, enfermedades neuropsiquiátricas, infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV, presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación, desnutrición, obesidad y asma. (Almeida; B, Campoverde; L, Rodríguez; L, Enríquez, E; 2014)

Riesgo 3 o Riesgo inminente son las embarazadas con amenaza de parto pretérmino, cardiopatías, diabetes gestacional descompensado o en tratamiento, hemorragia vaginal, rotura prematura de membranas mayor de 12 horas, SIDA clínico, trastornos hipertensivos en el embarazo, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal o falta de movimientos. (Almeida; B, Campoverde; L, Rodríguez; L, Enríquez, E; 2014)

Para las complicaciones obstétricas existen guías terapéuticas que optimizan el trabajo. En nuestro País según informe del SIVE ALERTA 2013 la primera causa de muerte materna es la hemorragia pos parto, dejando atrás a los trastornos hipertensivos y sepsis. Por lo cual se considera importante el conocimiento de estos temas.

Se define a la hemorragia posparto (HPP) como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos. (OMS, 2009, p: 12).

La etiología varía dependiendo de la causa. La causa más importante de la HPP es la atonía uterina 70%, otras causas pueden ser por lesión cervical o ruptura uterina 20%, retención de placenta o coágulos 10% o una coagulopatía preexistente o adquirida <1%. (Lalonde; A, 2012, p: 13)

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, 2006 menciona que entre los factores de riesgos presentes antes del parto y asociados a incremento de la incidencia de la HPP encontramos, sospecha o confirmación de desprendimiento placentario, placenta previa conocida, embarazo múltiple, preeclampsia o hipertensión gestacional. Durante el trabajo de parto y parto son considerados riesgosos la realización de cesárea de emergencia, electiva, inducción del trabajo de parto, placenta retenida, episiotomía medio – lateral, parto vaginal asistido, trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal, pirexia durante la labor, edad mayor a 40 años, primípara.

La prevención de la hemorragia pos parto se basa en el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres reduce el riesgo de un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas. Consiste en la aplicación de oxitocina 10 UI IM dentro del primer minuto del parto del recién nacido o 5 UI intravenosas administradas lentamente. (Arulkumaran; S, Mavrides; E, Penney; GC, 2009)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. Los componentes habituales del MATEP incluyen: Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto y masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. (Lalonde; A, 2012)

El tratamiento de la hemorragia posparto se basa en comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado, reanimación, monitorización e investigación de la causa e implementación de medidas para detener el sangrado. Los cuatro componentes deben realizarse simultáneamente. (León; W, Villamarín, S, Velazco; S, Gonzales; F, Henríquez; R, Aguinaga; G, 2013, p: 18)

Durante el manejo general la paciente debe ser informada de la situación clínica y se le deben explicar los procedimientos que se realizarán, todo el personal disponible (enfermeras, anestesistas, personal de laboratorio, hemoterapia). Para que las medidas se implementen simultáneamente y sin pérdida de tiempo, el personal debe actuar en equipo sabiendo qué debe hacer cada uno en la emergencia. Se suministrara dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y soluciones cristaloides en volumen de hasta dos litros en infusión rápida. En caso de no disponer de sangre para transfusión, se puede continuar con infusión de soluciones coloides en volumen de hasta 1,5 litros. (León; W, Villamarín, S, Velazco; S, Gonzales; F, Henríquez; R, Aguinaga; G, 2013, p: 19)

Se debe evaluar el estado general de la paciente, signos vitales, saturación de oxígeno, estado de conciencia para ver si no existe estado de shock, puesto que debido a la pérdida de sangre pueden aparecer y empeorar su estado rápidamente. Se debe investigar la causa de la HPP, y siempre hay que considerar la posibilidad de coagulopatía. La base del tratamiento es actuar en la causa, verificar el tono uterino, si no existen desgarros, cervicales, vaginales o perineales, o coágulos retenidos. (León; W, Villamarín, S, Velazco; S, Gonzales; F, Henríquez; R, Aguinaga; G, 2013, p: 20)

En caso de que el tratamiento sea quirúrgico existen varias alternativas las cuales dependerán de la experiencia: sutura hemostática de B-Lynch, ligadura de arterias uterinas, ligadura de arterias útero-ováricas e histerectomía. La histerectomía es la opción más segura para personal poco entrenado o cuando fallan las ligaduras vasculares y puntos hemostáticos. (León; W, Villamarín, S, Velazco; S, Gonzales; F, Henríquez; R, Aguinaga; G, 2013)

Los trastornos hipertensivos del embarazo son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica. (Faúndes; A, 2007)

Los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifican hipertensión gestacional que se caracteriza por tensión arterial 140/90 mm Hg en dos tomas separadas por seis horas, descubierta después de las 20 semanas de gestación y el diagnóstico es confirmado si la TA retorna a lo normal dentro de las 12 semanas posparto.

La preeclampsia se diagnostica a partir de las 20 semanas de gestación y se caracteriza por TA 140/90 mm Hg con presencia de proteinuria, por excepción antes de las 20 semanas en enfermedad trofoblástica gestacional, síndrome antifosfolipídico severo o embarazo múltiple. (Magee; L, et.al; 2007)

La preeclampsia leve se produce cuando la tensión arterial 140/90 mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad.

La preeclampsia grave se produce cuando la tensión arterial 160/110 mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):• Proteinuria >5g/24 h, alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen. Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia <100.000/mm³), Hemólisis, Coagulopatía intravascular diseminada). Alteraciones de función renal (Creatinina sérica >0,9 mg /dL, Oliguria de <50 mL/hora). Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión). Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia). También puede existir restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios,

desprendimiento de placenta, cianosis y edema Agudo de Pulmón. (Lowe; S. & et. al; 2008)

La Hipertensión crónica es la hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica durante el embarazo y no se resuelve a las 12 semanas posparto. Puede ser primaria o esencial, o secundaria a patología renal, renovascular, endócrina (tiroidea, suprarrenal) y/o coartación de aorta.

Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreañadida es la aparición de proteinuria luego de las 20 semanas o brusco aumento de valores basales conocidos de proteinuria previos, o agravamiento de cifras de TA y/o aparición de síndrome HELLP y/o síntomas neurosensoriales en una mujer diagnosticada previamente como hipertensa. La preeclampsia sobreimpuesta empeora significativamente el pronóstico materno-fetal en mujeres con hipertensión.

La eclampsia es el desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en la segunda mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otras patologías crónica.

El síndrome de HELP grave complicación caracterizada por la presencia de hemólisis, disfunción hepática y trombocitopenia en una progresión evolutiva de los cuadros severos de hipertensión en el embarazo.

El diagnóstico del trastorno hipertensivo se lo realizara durante las visita preconcepcional y prenatal, por lo que el control de la tensión arterial en todas las consultas debe ser infaltable. La OMS recomienda un mínimo de cinco controles prenatales.

La determinación cualitativa y cuantitativa de la proteinuria se determina tomando una muestra del chorro medio de orina e introduciendo la tirilla por 30 segundos. Los

resultados se enmarcan de la siguiente manera: 1+ < 30 mg/dl, 2+ 30 a 100 mg/dl, 3 + 100 – 300 mg/dl y 4+ > 1000 mg/dl. La proteinuria se sospecha fuertemente cuando la proteinuria en tirilla es 2+. (Lowe; S. & et. al; 2008)

El tratamiento conservador en embarazos menor de 34 semanas debe realizarse un cuidadoso monitoreo del estado materno fetal. El sulfato de magnesio en casos de preclamsia grave se aplica en dosis profiláctica en 24 horas. El uso de antihipertensivos también está indicado. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

Los glucocorticoides para maduración fetal entre 24 y 34 semanas, 41 y 6 días (menos de 35 semanas). Los corticosteroides prenatales pueden ser considerados para las mujeres que tienen <34 semanas de gestación con hipertensión (con o sin proteinuria o signos de gravedad) si el parto se contempla dentro de los próximos siete días. Primera elección: betametasona, 1 ampolla de 12 mg (6 mg de fosfato + 6 mg de acetato) intramuscular glútea (IM) cada 24 horas, por un total de dos dosis. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

Laboratorio que incluya hemograma con recuento de plaquetas, creatinina, úrea, ácido úrico, pruebas hepáticas y HDL, proteinuria de 24 h, laboratorio habitual del embarazo (glucemia, serología, orina completa, urocultivo, cultivo estreptococo B, etc.)

Las medidas de control de salud fetal se basa en ecografía lo cual nos ayudara a evaluar el crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico, monitoreo fetal anteparto, doppler lo cual evaluara las arterias umbilical, cerebral media y uterina.

El tratamiento farmacológico ambulatorio (vía oral) se realiza cuando existe ausencia de gravedad y posibilidad de control estricto ambulatorio, se debe utilizar cualquiera de estos fármacos: Alfa metildopa 500 – 2000 mg/día, comprimidos de 250 y 500 mg en dos a cuatro dosis o nifedipina 10 – 40 mg/día, comprimidos de 10 y 20 mg en una a cuatro dosis. (Khan; K. & et.al; 2006)

El tratamiento farmacológico en la emergencia hipertensiva (TA diastólica mayor de 110 mm Hg) El fármaco antihipertensivo más utilizado es el labetalol, recomendado en mujeres con tensión diastólica igual o mayor a 105 - 110 mm Hg; no obstante, en Ecuador, no se dispone. Sin embargo, la Nifedipina para este propósito es efectiva, segura, conveniente y es ampliamente disponible, a dosis de 10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. (Magee; L, et.al; 2007)

El tratamiento preventivo para eclampsia es el sulfato de magnesio dosis de impregnación prevención de eclampsia: sulfato de magnesio 4 g IV en al menos 20 minutos. Administración IV en microgotero: diluya dos ampollas de sulfato de magnesio en 80 cc de solución fisiológica y administre el volumen total de 100 cc en microgotero a razón de 30 microgotas/minuto (la dilución está al 20%). Administración IV en bomba de infusión: administre a razón de 300 cc/hora para completar los 100 cc en 10 minutos. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

La paciente puede tener síntomas vasomotores como calor y rubor facial más acentuados mientras la infusión es más rápida. Si el sofoco causado es intolerable se debe reducir la velocidad de administración. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

La dosis de mantenimiento prevención de eclampsia: sulfato de magnesio IV a razón de 1 g/hora IV en venoclisis o microgotero: diluya cinco ampollas de MgSO₄ en 450 cc de solución fisiológica y administre el volumen total de 500 cc 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. La opción presentada es solo una opción de administración; el personal de enfermería puede optar por cualquier dilución, pero no debe exceder de 150 mg/minuto de sulfato de magnesio. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

El tratamiento con sulfato de magnesio para eclampsia es sulfato de magnesio 6 g IV en 20 minutos Administración IV en microgotero: diluya tres ampollas de sulfato de magnesio en 70 cc de solución fisiológica y administre el volumen total de 100 cc en microgotero a razón de 30 microgotas/minuto (la dilución está al 20%). Administración

IV en bomba de infusión: administre a razón de 300 cc/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. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

La dosis de mantenimiento para prevención de eclampsia: 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 cc de solución fisiológica y administre el volumen total de 500 cc 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. La dosis presentada es solo una opción de administración; el personal de enfermería puede optar por cualquier dilución, pero no debe exceder de 150 mg/minuto de sulfato de magnesio. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

Se debe mantener el sulfato de magnesio para la prevención o tratamiento de eclampsia hasta 24 horas posparto, poscesárea o posúltima crisis ecláptica.

La supervisión clínica de la paciente con sulfato de magnesio se debe hacer en base a la diuresis mayor a 100 ml/hora, frecuencia respiratoria mayor de 16 respiraciones/min y reflejo rotuliano presente. Ante sospecha clínica de intoxicación (disminución de diuresis, frecuencia respiratoria, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco), se debe administrar el antídoto: gluconato de calcio, una ampolla de 1g IV lento, administrar oxígeno a 4 L/min por catéter nasal o 10 L/min por máscara. En casos severos, proceder a la intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. (Guía de Práctica Clínica, MSP 2013)

La terminación del embarazo es el tratamiento eficaz y curativo de la preeclampsia; y estará condicionada por la respuesta a la terapéutica instituida previamente, a la vitalidad y a la madurez fetal. (Magee; L, et.al; 2007)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: MUERTE MATERNA			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>per Según la OMS se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por la gestación, pero no por causa accidentales o incidentales.</p>	Características socioepidemiológicas	Edad	< 18 años 18– 35 años > 35 años
		Etnia	Blanca Indígena Mestiza Negra Otra
		Procedencia	Distrito Urbano Distrito Rural
		Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Universidad
		Estado civil	Soltera Casada Unión libre
		Procedencia	Urbana Rural
		Periodo intergenésico 2 años	Si No

		Embarazo planeado	Si No
		Semanas de gestación	20 SG 21 – 27 SG 28 – 36 SG 37 o SG
Riesgo obstétrico identificado	Sin riesgo o cero	Por exclusión de los factores pertenecientes a los demás grupos de riesgo	
	Riesgo bajo o 1	<p>Anomalía pelviana identificada clínica y /o radiológicamente.</p> <p>Baja estatura materna: < 1.45 m</p> <p>Cardiopatía 1 que no limita su actividad física</p> <p>Condiciones socioeconómicas desfavorables</p> <p>Control insuficiente de gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita tras 20 semanas de gestación</p> <p>Edad extrema < 16 años o > 35 años</p> <p>Embarazo no deseado</p> <p>Esterilidad previa</p> <p>FUM incierta</p> <p>Gestante con Rh negativa</p> <p>Gran multiparidad</p> <p>Hemorragia del primer trimestre</p> <p>Incompatibilidad Rh</p> <p>Incremento del peso excesivo o insuficiente: > 15 kg < 5 kg</p>	

			<p>Infección urinaria baja Bacteriuria asintomática Obesidad Periodo intergenésico < 12 meses o > 5 años</p>
		Riesgo alto o 2	<p>Anemia grave (Hb < 9 mg/dl o Hcto <25%) Cardiopatía 2: paciente obligada a una ligera limitación de su actividad física Cirugía uterina previa Diabetes gestacional Embarazo gemelar Embarazo prolongado Endocrinopatía Hemorragia del 2 o 3 trimestre Hidramnios u oligoamnios Historia obstétrica desfavorable: > 2 abortos Partos distócicos Antecedentes de RCI TORCH + Obesidad mórbida Preeclampsia leve Sospecha de malformación fetal Presentación anómala constatada tras las 38 semanas de gestación</p>
		Riesgo muy alto o 3	<p>Amenaza de parto prematuro Cardiopatía 3 o 4 Diabetes pregestacional Drogadicción y alcoholismo Gestación múltiple (3 y mas) Incompetencia cervical</p>

			Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo Malformación fetal confirmada Muerte perinatal recurrente Placenta previa Preeclampsia grave Patología asociada grave RCIU Rotura prematura de membranas VIH con o sin tratamiento
		Causas de mortalidad materna	Hemorragias: <u>Primera mitad</u> Aborto Embarazo ectópico Mola hidatiforme <u>Segunda mitad</u> Placenta previa Desprendimiento de la membrana normoinserta Rotura uterina <u>Tercera etapa del parto</u> Atonías uterinas Restos placentarios Retención placentaria Desgarros cervicales y vaginales grado III Inversión uterina Hipertensión arterial Parto obstruido Coagulopatías

VARIABLE DEPENDIENTE: TERCERA DEMORA – CALIDAD DE ATENCIÓN

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>La calidad de atención de acuerdo con Aguirre Gas es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.</p> <p>Para el MSP es seguir los protocolos de atención materna como dice la norma-</p>	Estándares de atención	Evitabilidad	Si No

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo observacional, analítico y cuantitativo.

Analítico, porque se analizaron los procesos de calidad de atención que se aplicaron en cada una de las gestantes que luego fallecieron a causa de las complicaciones obstétricas.

Cuantitativo, porque se determinó estadísticamente el número de muertes maternas ocurridas en la provincia de Manabí.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el departamento del CONE de la Dirección Provincial de Salud- Portoviejo, y los Hospitales donde ocurrieron las muertes maternas de la Provincia de Manabí.

LINEA DE INVESTIGACION

Según la Comisión Académica de la Facultad Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2014 2015, el presente trabajo de investigación se encuentra encasillado en el numeral 1, que corresponde a Salud de los grupos vulnerables.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO

Muertes maternas ocurridas en los Hospitales y clínicas de la Provincia de Manabí.

MUESTRA

Muertes maternas directas ocurridas en la Provincia de Manabí.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACION

Bibliográfica: libros, revistas, artículos, páginas web.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Muerte materna durante el periodo de gestación, durante el parto, puerperio o el pos parto.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Muertes maternas de causa indirecta.

TÉCNICAS

Con el propósito de desarrollar la metodología investigativa se realizó la recolección de la información básica para el estudio; basándose en los datos que se archivan en el departamento del CONE, de la Dirección Provincial de Salud – Portoviejo.

Además se elaboró una ficha de recolección de datos realizada por los investigadores, donde se registran las características socioepidemiológicas de las usuarias en estudio

Además se realizó una hoja de consentimiento informado donde el encargado de CONE nos autoriza utilizar la información de las historias clínicas con fines netamente investigativos, garantizando la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos.

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

PROCEDIMIENTOS

TIEMPO:

El presente estudio se realizó en el período del 1 enero del 2015 al 1 de enero del 2016.

AUTORIZACION:

Para la realización de la investigación se contará con la aprobación de la Dra. Carmina Pinargote, quien se encargó de delegar al encargado del CONE de la Dirección Provincial de Salud de Manabí, para que se otorguen los datos, los cuales serán tomados en base a la ficha de recolección elaborada por los investigadores.

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina

Dirección Provincial de Salud 4, CONE

Hospitales y clínicas de la provincia de Manabí donde se acontecieron muertes maternas

RECURSOS HUMANOS:

Directora Provincial de Salud 4

Personal encargado del CONE

Autores y ejecutores del trabajo de titulación.

Tribunal de seguimiento del trabajo de titulación.

RECURSOS MATERIALES:

Materiales de Oficina

Medios de información y comunicación

Medios de movilización

Equipos de Registro de la información

PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos serán procesados mediante la creación de un formulario en base a características generales de la gestante.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones de mayor importancia.

TABULACIÓN

Se lo realizó en primer lugar en forma manual y posteriormente se analizó empleando las fórmulas del programa Excel 2010.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de los resultados de esta investigación se utilizó gráficas en barras como resultado de los datos de las variables recogidos

ASPECTOS ÉTICOS.

Este trabajo de investigación se lo realizó gracias a la autorización de la Directora Provincial de Salud encargada en el tiempo del proyecto de investigación; Sra. Doctora en Medicina Carmina Pinargote, realizando la solicitud mediante un oficio previo, considerando que cumple con los aspectos éticos y metodológicos para ser aceptados. Además por ser objetos de estudio personas ya fallecidas contamos con la autorización del personal encargado del CONE.

RESULTADOS OBTENIDOS.

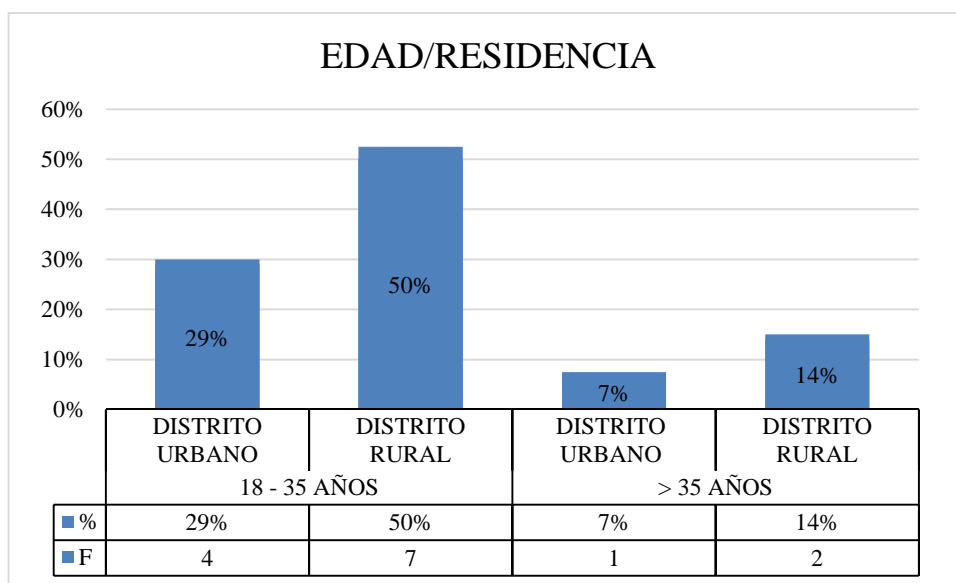
En el presente trabajo de investigación existieron 14 muertes maternas, la mayoría de las mujeres tenían entre 16 – 34 años, pertenecientes al distrito rural, de etnia mestiza, en mayor instancia las muertes ocurrieron en unidades de salud y clínicas privadas. En el estadio que se presentaron con mayor frecuencia fueron durante el posparto atribuyendo la causa a la tercera demora; considerándose evitable. La mayoría de las gestantes presentaban riesgo durante su gestación; siendo la principal causa de muertes materna el shock hipovolémico por atonía uterina.

CAPITULO IV

RESULTADOS

GRAFITABLA #1

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS EDAD.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable #1 se observa que el mayor número de las mujeres pertenecían al distrito rural; entre los 18 – 35 años (50%), urbano (29%) mientras que en >35 años pertenecían al distrito rural (14%) y urbano (7%).

Lo que demuestra que el mayor porcentaje de las muertes maternas ocurren en mujeres jóvenes, en edad productiva, responsables de otorgar un crecimiento adecuado a sus hijos. Los años de vida potencialmente perdidos fueron alrededor de 40 años. En

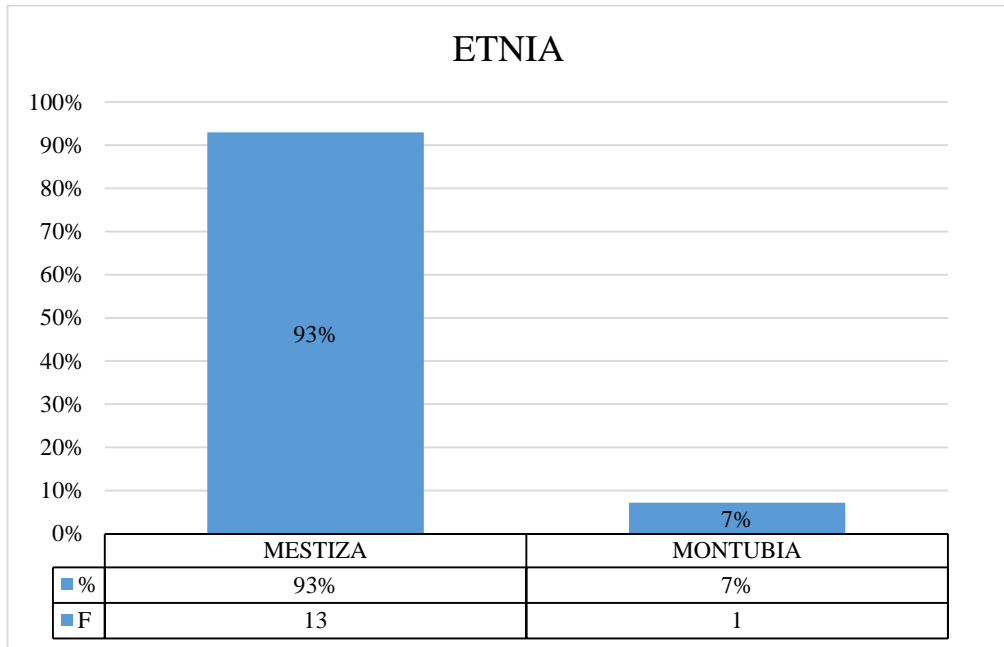
este estudio el mayor porcentaje de las mujeres habitaban en zonas rurales, conllevando a la limitación de los servicios de salud por circunstancias geográficas.

Estos datos concuerdan con estudios realizados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MSP 2006, donde el 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25%.

También concuerda con un estudio realizado en el Centro Materno Saquisilí en el que la edad que predominó fue entre 20 – 29 años (67%), < 19 años 19%, 30 y más años 14%. (Garcés; L, 2012)

GRAFITABLA #2

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS ETNIA.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

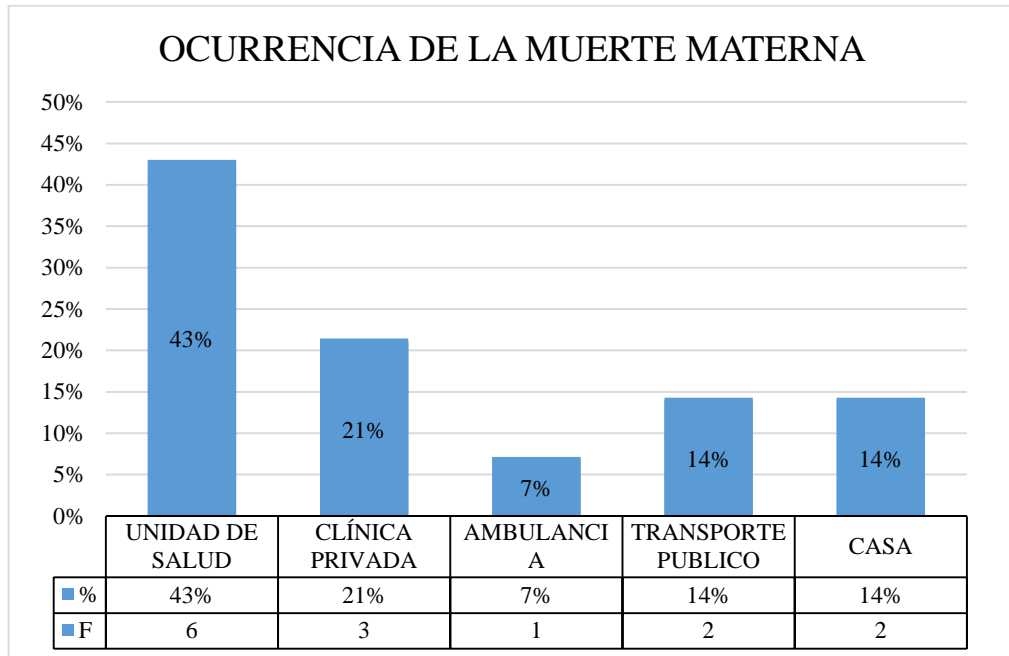
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable #2 se demuestra que el 93% de las mujeres eran mestizas y el 7% montubias. Esto se debe a que la mayor parte de la población en su auto identificación étnica se consideran mestizas.

Lo que se debe a que la mayoría de la población ecuatoriana se considera étnicamente mestiza; al elaborar el proyecto investigativo en Manabí el 7% se auto identifico como mestiza.

GRAFITABLA #3

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS OCURRENCIA.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

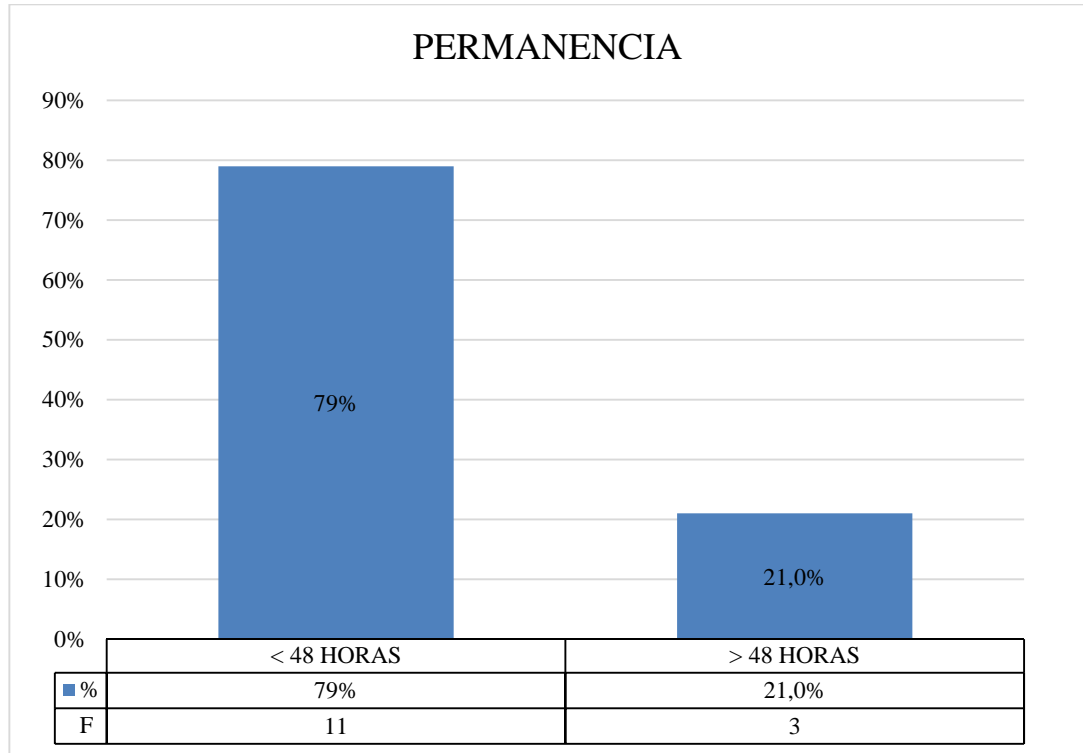
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitabla #3 se observa el número de muertes maternas según lugar de fallecimiento; el 43% de las muertes maternas ocurrieron en una unidad pública de salud, el 21% en clínica privada, el 7% en la ambulancia, 14% transporte público y 14% casa.

Lo que concuerda con un estudio realizado en Ecuador en que el 82% de las muertes maternas ocurrieron en la unidad de salud; probablemente debido a que no cuenta con personal especializado disponible las 24 horas, equipos e insumos necesarios, 8% ocurrieron durante el camino o traslado y el 5% en el hogar o comunidad. (MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2006)

GRAFITABLA #4

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS PERMANENCIA.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

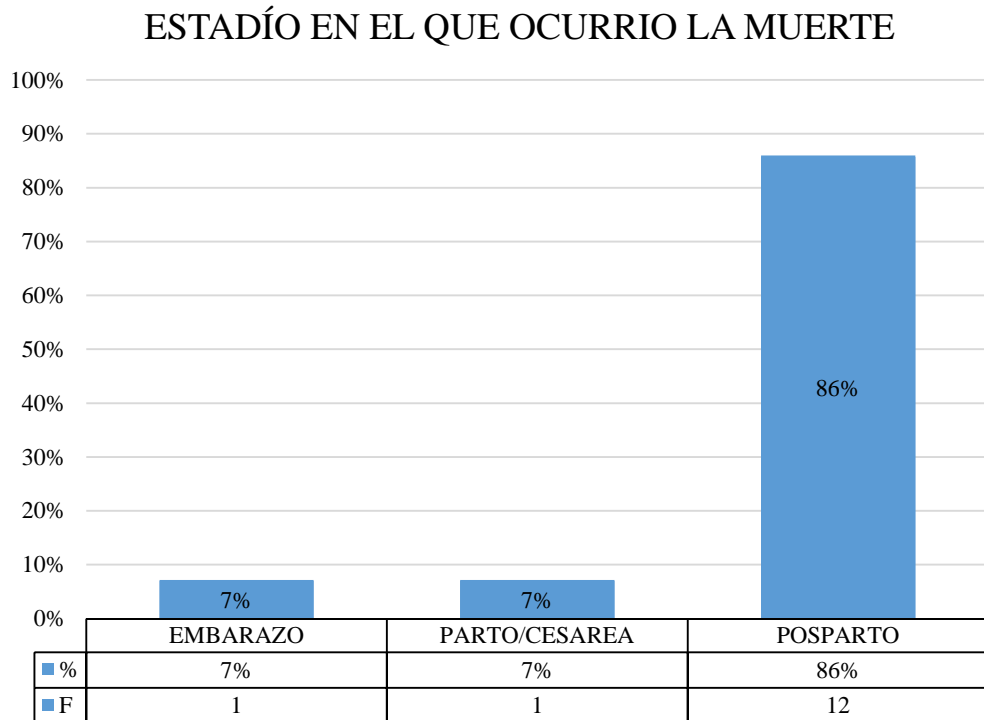
ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitabla #4 se evidencia que el mayor porcentaje las muertes maternas ocurrieron antes de las 48 horas y el 21% pasadas las 48 horas.

GRAFITABLA #5

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS SEGÚN ESTADÍO QUE OCURRIÓ LA MUERTE MATERNA.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

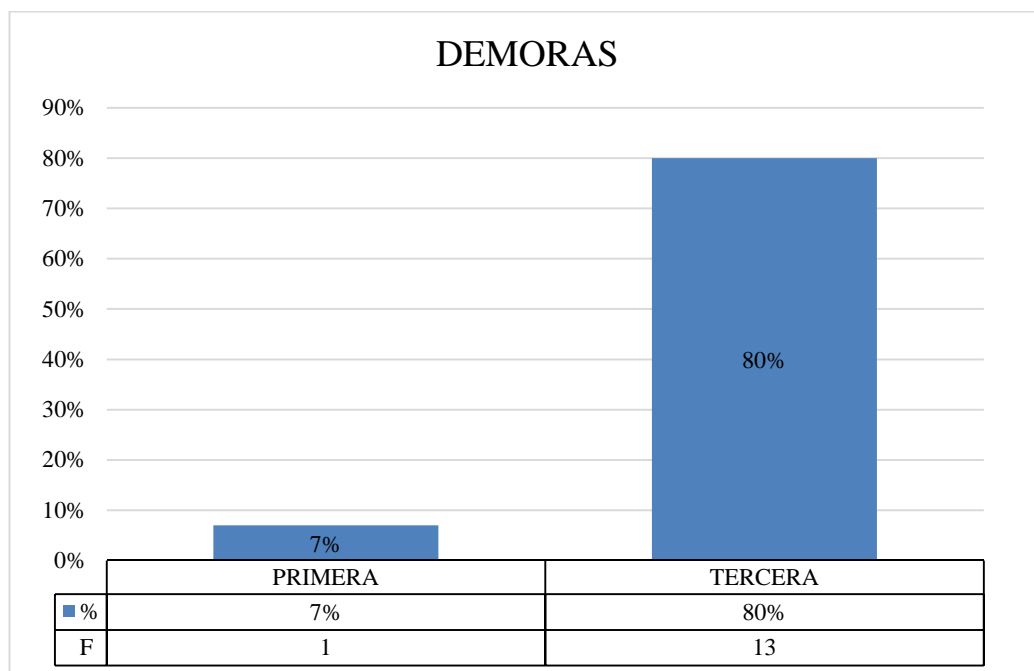
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitabla #5 se observa que el 86% de las muertes maternas ocurrieron durante el puerperio, 7% durante el embarazo y parto/o cesárea respectivamente.

Lo que coincide con un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, 2014; el mayor número ocurrieron en el puerperio correspondiendo el 66,7% y durante el embarazo 33,3%. Probablemente este mayor porcentaje sea debido a que durante el puerperio representa un riesgo potencialmente grave por los riesgos de hemorragia o sepsis puerperal.

GRAFITABLA #6

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS SEGÚN DEMORAS.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

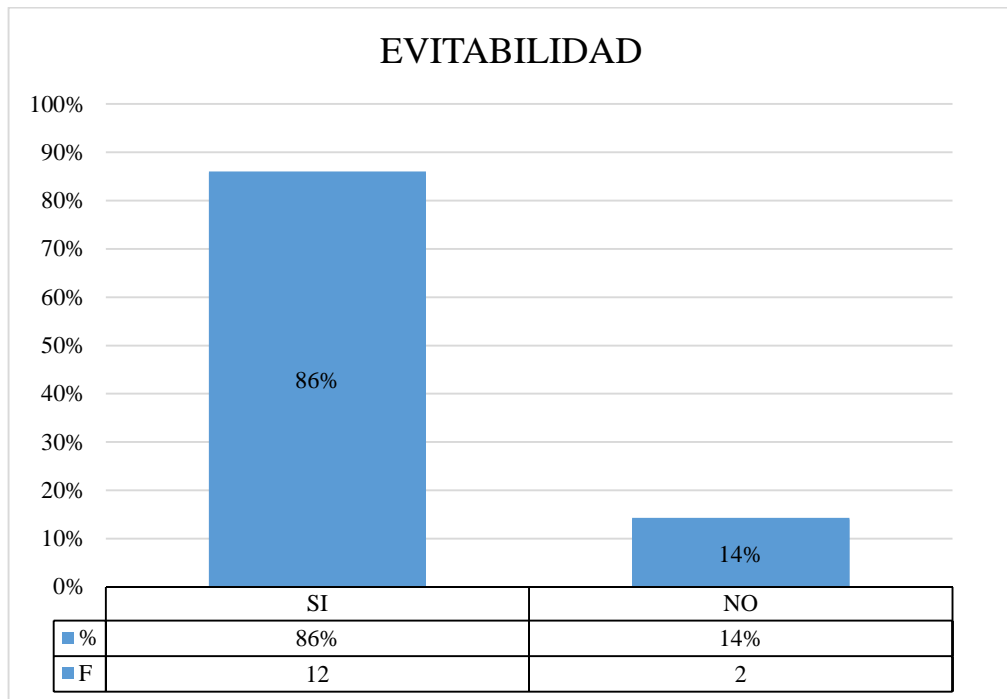
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitabla #6 se identifica que el 80% de las muertes maternas fueron atribuibles a la tercera demora y el 7% atribuible a la primera demora.

Lo que concuerda según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2006 en el Ecuador el 82% de las muertes maternas correspondieron a la tercera demora, un 5% correspondieron a la primera demora; Esto debido a que la gestante o la familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayuda (hogar - comunidad)

GRAFITABLA #7

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS EDAD.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

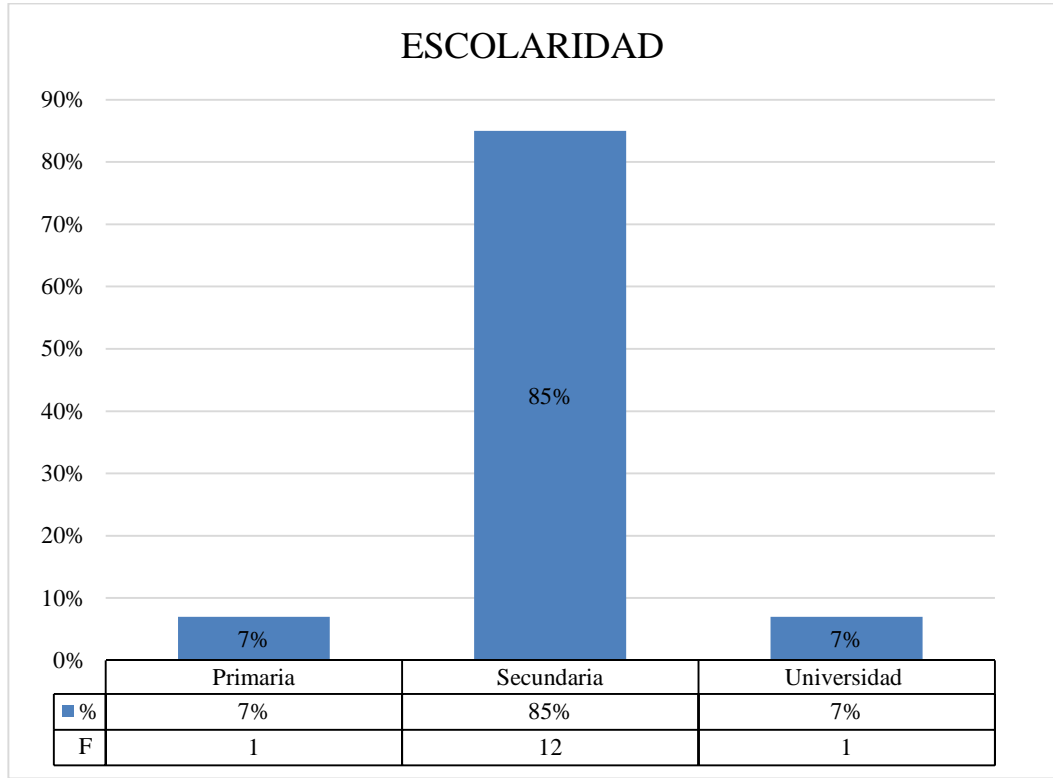
En la grafitable #7 se evidencia según el informe del Comité Provincial que el 86% de las muertes maternas pudieron haber sido evitables; mientras que el 14% no eran evitables.

Lo que indica que la mayor parte de las muertes materna pudieron haber sido prevenidas si se hubiese aplicado la tecnología disponible, si se hubiese brindado una adecuada calidad de atención. Se emplea este concepto con el objetivo de evaluar la posibilidad de disminución mediante la ejecución oportuna de medidas correctivas a corto plazo.

Lo que coincide con estudio realizado en Venezuela 2012; en que el 57% de las muertes maternas pudieron haber sido evitadas si se tomaban las medidas de manera oportuna. (Mazza, Vallejo, & González, 2012)

GRAFITABLA #8

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS ESCOLARIDAD.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

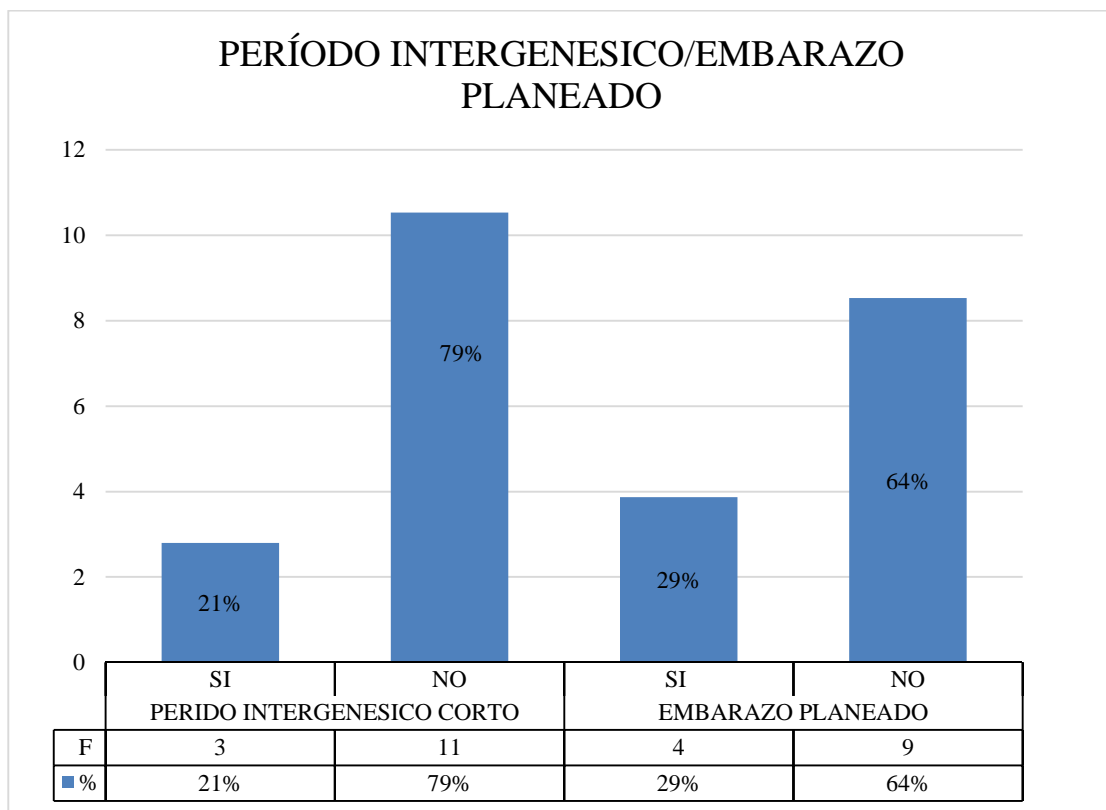
En la grafitable #8 se evidencia que el 85% de las mujeres cursaron la secundaria; mientras que el 7% cursaron la primaria y universidad respectivamente.

Lo que nos indica que la mayoría de las gestantes tenían un moderado nivel de escolaridad habiendo podido identificar de manera oportuna los signos y síntomas que representaban riesgo durante su embarazo.

Lo que no coincide con un estudio realizado en México; en que se observó que el mayor porcentaje no tenían un adecuado nivel de escolaridad. Refiriendo que al asociar el riesgo de la escolaridad con la muerte materna, se encontró un factor negativo, existiendo 6 veces más 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 puede apreciar, una mayor escolaridad disminuye el riesgo de muerte materna, datos que son consistentes con lo reportado en otros estudios similares. (Karam, Bustamante, & Campuzano, 2007)

GRAFITABLA #9

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO. PERÍODO INTERGENESICO/EMBARAZO PLANEADO.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

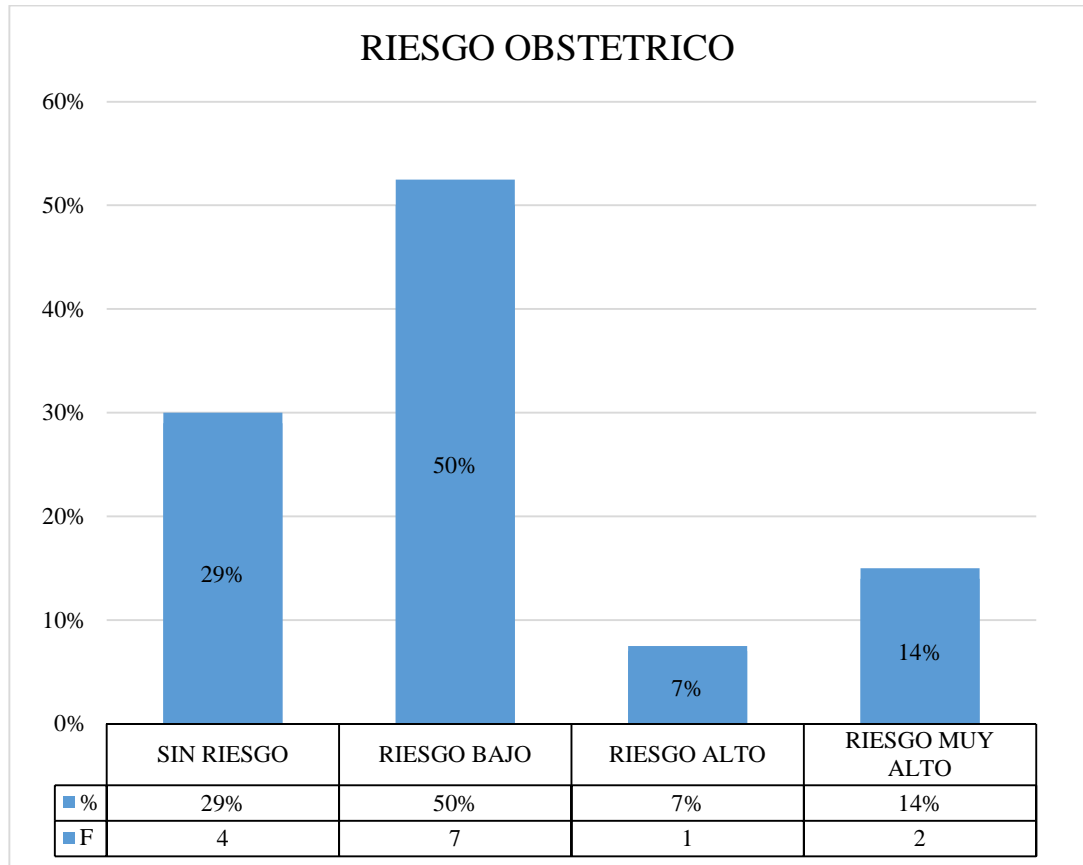
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable #9 se observa que el período intergenésico fue adecuado en el 79%; mientras que fue corto o prolongado en el 21%. Mientras que el 64% de las mujeres no planearon el embarazo y el 29% lo planearon.

En un estudio realizado en Portoviejo (2014); se evidencio que la mayoría de las gestantes presentaron periodo intergenésico > 2 años se presentó en el 67% mientras que el espacio intergenésico ≤ 2 años tuvo el 33%. (Benavides G & Cedeño E; 2014)

GRAFITABLA #10

MUERTES MATERNAS EN LA PROVINCIA DE MANABÍ ANÁLISIS DE LOS RIESGOS OBSTETRICOS.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

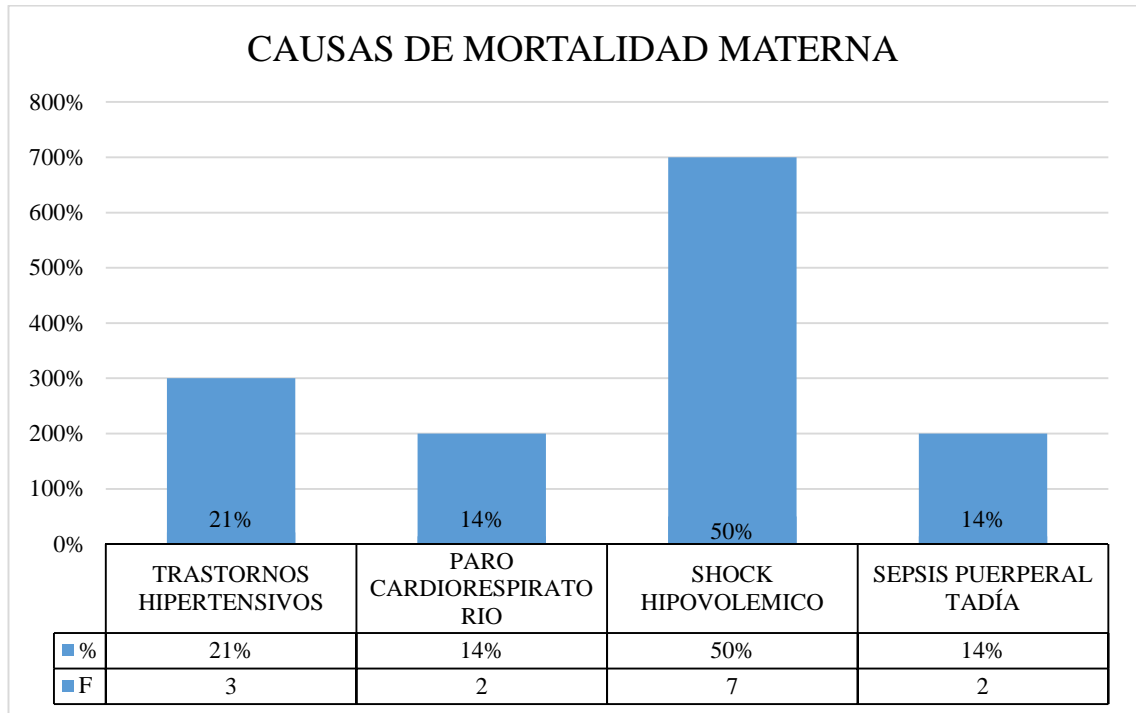
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitabla #10 se observa que el 50% de las mujeres presentaban riesgo bajo, 7% riesgo alto y 14% riesgo muy alto; mientras que el 29% no presentaban riesgo.

Lo que coincide con estudio realizado en Ecuador en que el 67% de las pacientes no presentaron patologías; mientras que el 28% si presentaron riesgos durante su gestación (Garcés, 2008)

GRAFITABLA #11

MUERTES MATERNAS SEGÚN COMPLICACIONES EN LA PROVINCIA DE MANABÍ.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

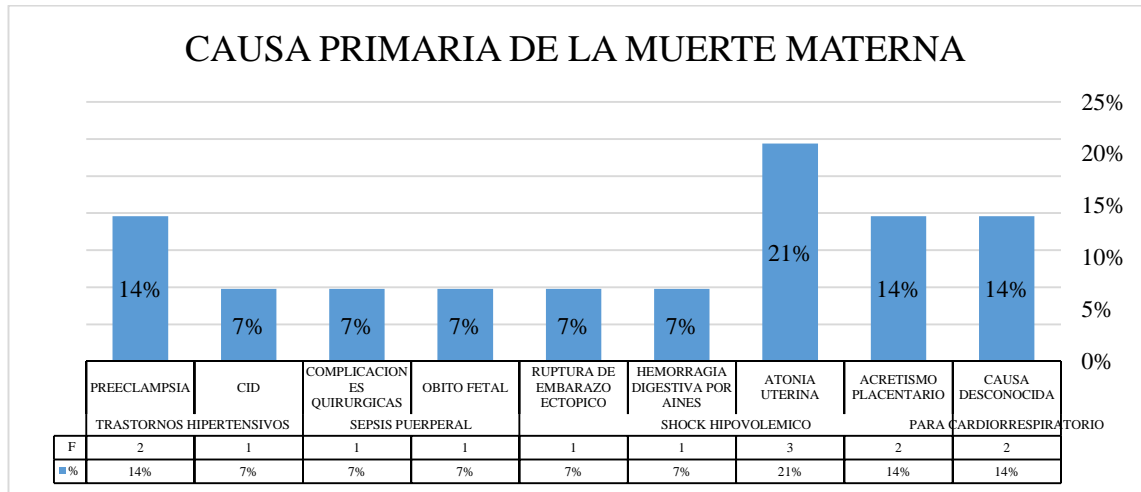
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable #11 se evidencia las muertes maternas según complicaciones; en el 50% se produjo por shock hipovolémico, 21% por trastornos hipertensivos, 14% causas desconocidas, 7% shock anafiláctico y 7% sepsis puerperal.

Lo que coincide con el estudio realizado en Ecuador en donde evidencia las principales causas de muerte materna encontrándose un predominio de las hemorragias del postparto 38% equilibrándose con las infecciones postparto en un mismo porcentaje 37%, seguidas por la eclampsia 25%. Pueden existir sesgos por diagnósticos deficientes o pueden ser variables que realmente no estén asociados a los principales determinantes de la muerte materna. (Garcés, 2008)

GRAFITABLA #12

MUERTES MATERNAS SEGÚN COMPLICACIONES EN LA PROVINCIA DE MANABÍ.



FUENTE: Formulario de recolección de datos.

ELABORADO POR: Jumbo Saltos Roberto V. & Villavicencio Montes Héctor H.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la grafitable #12 se evidencia las muertes maternas según la causa primaria; según los trastornos hipertensivos; el 14% presento preeclampsia, 7% coagulación intravascular diseminada, por sepsis puerperal; 7% complicaciones quirúrgicas y 7% óbito fetal, por shock hipovolémico; la principal causa es la atonía uterina con el 21%, 14% acretismo placentario, 7% ruptura de embarazo ectópico y 7% hemorragia digestiva por AINES. Las causas desconocidas en el 14% de las muertes maternas no fueron confirmadas pues estaban en espera de resultados de autopsia.

Lo que coincide con los datos registrados según el INEC Ecuador 2011, donde revelan que 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.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

En base a los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En el presente trabajo de investigación existieron 14 muertes maternas, la mayoría de las mujeres el rango de edad fue entre 16 – 34 años, pertenecientes al distrito rural, de etnia mestiza, en mayor instancia las muertes ocurrieron en unidades de salud y clínicas privadas, permaneciendo en estos lugares menos de 48 horas antes de la ocurrencia de la muerte.

La mayoría de las mujeres habían cursado por la secundaria, el embarazo no fue planeado y presentaba un periodo intergenésico mayor a 2 años. Gran parte de las gestantes presentaban riesgo obstétrico bajo, sin embargo un porcentaje considerable presentaba riesgo alto y muy alto.

En el estadio que se presentaron con mayor frecuencia fueron durante el posparto atribuyendo la causa a la tercera demora; considerándose evitable. La mayoría de las gestantes presentaban riesgo durante su gestación; siendo la principal causa de muertes materna el shock hipovolémico por atonía uterina.

RECOMENDACIONES

El Ministerio de salud, mediante los médicos rurales deben capacitar a las mujeres en edad fértil acerca de la importancia de la planificación familiar y control prenatal consideradas como estrategias primordiales para disminuir la mortalidad materna.

Realizar adecuados controles durante el embarazo, parto y puerperio para visualizar complicaciones de manera oportuna; y tomar medidas para evitar muertes maternas.

Capacitar constantemente a las gestantes, familia y comunidad sobre los signos y síntomas de alarma por las que deben acudir inmediatamente al Hospital más cercano.

Valorar regularmente los factores de riesgo socio – demográficos, Gineco – obstétrico y patologías de base de la gestante que pueden conllevar a la muerte materna; para de esta manera minimizar los riesgos y brindar la atención oportuna.

Realizar monitoreos en los Hospitales y clínicas con el objetivo de identificar si se cumplen con los estándares e indicadores de calidad de atención que se brindan a las gestantes; puesto que en la mayoría de los casos no se está realizando un óptico cumplimiento de las normas maternas

Capacitar a los becarios de medicina para que colaboren con el personal médico de manera oportuna identificando señales de alarma durante el puerperio y así evitar desenlaces mortales.

PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tendrá un costo de aproximadamente \$1120.00 USD (mil ciento veinte dólares) que serán solventados por los egresados, se detalla a continuación:

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
Horas de Internet	300.00
Movilización	170.00
Impresiones (Trabajo – Tesis)	300.00
Telefonía	30.00
Anillado y Empastado (Trabajo – Tesis)	30.00
Cartuchos de Tinta (B/N – Color)	75.00
CD (regrabables por unidad)	15.00
Copias	40.00
Elaboración y ejecución de la propuesta	50.00
Sustentación	50.00
Imprevistos	60.00
TOTAL	\$ 1120.00

CRONOGRAMA

Año	2015 – 2016																										
Meses	Enero				Febrero - Marzo – Abril				Mayo – Junio – Julio				Agosto – Septiembre - Octubre				Noviembre – Diciembre - Enero				Febrero – Marzo Abril				Recursos		
Actividades semanales	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Humanos	Materiales	Costos
Aprobación del Proyecto.																									Autores del trabajo de investigación	Material bibliográfico	\$100
Primera Reunión Socialización del tema del proyecto y revisión de la justificación.																									Autores y tribunal del trabajo	Material bibliográfico e impresiones	\$90
Segunda Reunión: Revisión y corrección de los objetivos y revisión del planteamiento del problema																									Autores y tribunal del trabajo	Impresiones, Cyber, Gastos Varios	\$100
Tercera Reunión: Revisión de Introducción, revisión de Justificación y revisión del Planteamiento del Problema																									Autores y tribunal del trabajo	Impresiones, Cyber, Gastos Varios	\$100

CAPITULO VI

PROPUESTA

TÍTULO

Generar una gestión educativa dirigida a los internos rotativos de medicina del área de Ginecobstetricia para el cumplimiento de los estándares según complicaciones obstétricas.

JUSTIFICACIÓN

El conocimiento de las normas vigentes según el Ministerio de Salud Pública, se basa en que los médicos manejen de manera adecuada y oportuna los lineamientos para brindar una adecuada calidad de atención según las complicaciones obstétricas de la gestante.

La realización de esta propuesta fue factible puesto que se indicó a los becarios las normas que se deben seguir a la hora de la consulta médica de una gestante con complicaciones obstétricas. Puesto que la omisión de un indicador puede ser determinante para evitar la muerte materna.

Los beneficiarios del trabajo fueron directamente los becarios de medicina, puesto que mediante los conocimientos adquiridos conocen los estándares a seguir; evitando en el tratamiento omisiones o desconocimiento de la norma según complicaciones obstétricas.

El impacto del trabajo será positivo puesto que los becarios de medicina, están aún en proceso de formación profesional; y esta propuesta enriquecerá sus conocimientos y permitirá realizar la atención adecuadamente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Generar una gestión educativa dirigida a los internos rotativos de medicina del área de Ginecobstetricia para el cumplimiento de los estándares según complicaciones obstétricas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Presentar las normas que se deben seguir al momento de tener una gestante con complicaciones obstétricas.

Trasferir conocimientos respecto a la importancia de manejar los indicadores de calidad de atención.

FUNDAMENTACION

La muerte materna en determinadas situaciones puede ser ocasionada por inadecuada calidad de atención. Al no aplicar la normativa del Ministerio de Salud Pública sobre el manejo de complicaciones maternas 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.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios del trabajo fueron directamente los becarios de medicina, puesto que mediante los conocimientos adquiridos conocen los estándares a seguir; evitando en el tratamiento omisiones o desconocimiento de la norma según complicaciones obstétricas.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

El lugar donde se llevó a cabo la propuesta es en la provincia de Manabí, ciudad Portoviejo, avenida universitaria, en la Universidad Técnica de Manabí. En donde se dio una Charla a los becarios de medicina que cursan el ciclo de Ginecoobstetricia. Que fue programado en un día por los investigadores.



Fuente: Google Maps.

FACTIBILIDAD

La realización de esta propuesta es factible puesto que se indicó a los becarios los estándares dispuestos por el Ministerio de salud pública sobre las complicaciones obstétricas, disponibles en la guía como son trastornos hipertensivos, hemorragia obstétrica e infección obstétrica; además se mencionó la importancia del registro en el historial clínico sobre los datos.

ACTIVIDADES

Elaboración del material didáctico: diapositivas y trípticos

Realización de la charla educativa

Entrega de trípticos

TALENTO HUMANO.

Tribunal de tesis.

Investigadores.

Becarios de medicina.

RECURSOS INSTITUCIONALES.

Universidad Técnica de Manabí.

RECURSOS MATERIALES.

Hoja de asistencia.

Cámara fotográfica.

Infocus.

Trípticos.

Diapositivas

Computadora.

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Meses/ semanas	MARZO & ABRIL 2016														
	3 semana					4 semana					1 semana				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Planteamiento de la propuesta.															
Reunión de Grupo															
Elaboración de pasos.															
Aplicación y desarrollo de Propuesta															
Socialización de la estrategia															

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

Actividades	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Charla educativa y entrega de trípticos	Protocolos de atención según complicaciones obstétricas: Hipertensión gestacional, Hemorragia posparto e Infección.	Universidad Técnica de Manabí.	Diapositivas Trípticos	Investigadores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A, F. (s.f.). Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología. *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)*. Recuperado el 07 de Febrero de 2016, de instituciones.msp.gob.ec/.../Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
- A, L. (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 117-118.
- Abad, M., & Calle , K. (2014). *Factores que conllevaron a demoras en los casos de muerte materna en el Azuay*. Azuay. Recuperado el 07 de Febrero de 2016, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5544/1/TESIS.pdf>
- Almeida, B., Campoverde, L., Rodriguez, L., & Enriquez, E. (2014). *CLASIFICACION DE RIESGO OBSTETRICO*. Quito. Recuperado el 01 de Octubre de 2015, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%202%20-%20CLASIFICACI%C3%93N%20DE%20RIESGOS%20OBST%C3%89TRICOS.pdf>
- Alva, R. Á., & Kuri-Morales, P. (2010). *Salud Pública y Medicina Preventiva* (Cuarta edición ed.). Mexico: El Manual Moderna, S.A de C.V.
- Arulkumaran S, M. E. (2009). Prevention and management. Green-top. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Postpartum haemorrhage*.
- Benavides, G., & Cedeño, L. (30 de Marzo de 2014). Muerte materna y su relacion con la calidad de atencion en el el Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo 2014.
- Garcés, L. N. (2008). *Riesgo De Mortalidad Materna En Embarazadas En El Cantón Saquisilí 2004-2008*. Guayaquil. Recuperado el 1 de Marzo de 2016, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1018/1/TESIS%20RIESGO%20DE%20MORTALIDAD%20MATERNA%20EN%20EMBARAZADAS.pdf>
- Gynecologists., A. C. (2006). Postpartum hemorrhage in ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 1039 - 47.
- Harmon, G. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. España: Elsevier. Recuperado el 2015 de Octubre de 2015, de <https://books.google.com.ec/books?id=3p4cYyVUmi4C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Karam, C., Bustamante, M., & Campuzano, M. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna: Estudio de casos en el Estado de México. *Scielo*.

Recuperado el 14 de Febrero de Febrero, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004

Khan KS, m. d. (2006). analysis of causes of.

LA, M., Helewa, M., Moutquin, J., & Dadelszen, P. (2007). Hypertension Guideline Committee; Strategic Training Initiative in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRH) Scholars. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.*

León, W., Villamarín, S., Velasco, S., González-Andrade, F., Henríquez, R., & Aguinaga, G. (2013). *Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*. Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.

Mazza, M. M., Vallejo, K., & González, M. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 72(4). Recuperado el 07 de Febrero de 2016, de <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n4/art04.pdf>

Mejía, M. L., Ortíz, R., Laureano, J., Guillermina, E., & López, M. (2010). Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. *Scielo*, 78(6). Recuperado el 07 de Enero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000600003

OMS. (Mortalidad materna). Recuperado el 07 de Febrero de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organization, W. H. (2009). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. *OMS*.

Prieto, J. L., & Fernández Pérez, M. (2009). *Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida* (Segunda edición ed.). (M. T. Alvear, Ed.) Buenos Aires: Editoria Medica Panamericana.

Roura, L. C., Saldivar Rodríguez, D., & Cabrillo Rodríguez, E. (2010). *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

SA, L., Brown, Dekker, Gatt, McLintock, & McMahon. (2008). Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy. *Obstet Gynaecol*.



ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

- (ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO DEL CONE MANABÍ) -

Instituciones : Distrito 13D04.

Investigadores: Jumbo Saltos Roberto y Villavicencio Montes Héctor.

Título: “MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016.”

Propósito del Estudio:

Estamos invitándolo a participar en un estudio llamado: “MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 ENERO 2016.”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Técnica de Manabí, Escuela de Medicina. Estamos realizando este estudio para determinar la muerte materna asociada a la tercera demora. El cual permitirá recolectar datos que usted nos proporcione confidencialmente, que aportará de manera integral información fiable y confiable.

Procedimientos:

Si se decide a participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Ficha de recolección de datos para obtener las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Obtención de información mediante los estándares e indicadores según complicaciones obstétricas.

Riesgos:

No se prevén riesgos para usted por participar en esta fase del estudio; ya que solo se utilizarán los datos contestados por el/la participante; los cuales serán publicados de forma masiva.

Beneficios:

La adecuada calidad de atención brindada por los diferentes servicios médicos es de importancia para disminuir la mortalidad materna. Por lo que se busca con el presente trabajo de investigación evidenciar que aún existen falencias en el cumplimiento de la norma de atención a la gestante, realizando hincapié en el mejoramiento de la calidad de atención.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la determinación del síndrome de sobrecarga en los familiares cuidadores de pacientes con discapacidades.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de todos los datos obtenidos con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información obtenida:

Deseamos conservar la información, la que ayudará a determinar la sobrecarga existente en cuidadores familiares de personas con discapacidad.

Si usted no desea que su información permanezca guardada ni utilizada posteriormente, puede manifestar y seguir participando del estudio.

Autoriza tener recolectada la información

SI NO

Derechos del investigado:

Si usted decide no participar del estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las cosas que pueden pasar si participó en el proyecto, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre:		<i>Fecha</i>
CI:		
Firma:		



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



"MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 – ENERO 2016."

La información brindada será de absoluta confidencialidad, conociendo que la historia clínica es un documento legal.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUERTE MATERNA																																	
Edad:	Estado Civil:	Escolaridad:	Procedencia:																														
<input type="checkbox"/> 15 años <input type="checkbox"/> 16 – 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																														
Ocupación:		Habitos toxicos	Periodo intergenésico corto:																														
<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Empleada doméstica <input type="checkbox"/> Trabajadora sexual <input type="checkbox"/> Profesional		<input type="checkbox"/> Fumadora activa <input type="checkbox"/> Fumadora pasiva <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Violencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																														
Embarazo planeado:	Fracaso del método anticonceptivo	Antecedentes Obstétricos:	Semanas de gestación:																														
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	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"/>	Gestas <input type="text"/> Abortos <input type="text"/> Partos <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"/>																														
Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo muy alto																														
<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No aplica																														
Complicaciones del embarazo actual:																																	
Hemorragias: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Aborto</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Embarazo ectópico</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mola hidatiforme</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Placenta previa</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Desprendimiento de la membrana normoinsera</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Rotura uterina</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Atonías uterinas</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Retención placentaria</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Restos placentarios</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Desgarros cervicales y vaginales grado III</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inversión uterina</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hipertensión</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sepsis</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Parto obstruido</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Coagulopatías</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Aborto	<input type="checkbox"/>	Embarazo ectópico	<input type="checkbox"/>	Mola hidatiforme	<input type="checkbox"/>	Placenta previa	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de la membrana normoinsera	<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"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>	Parto obstruido	<input type="checkbox"/>	Coagulopatías	<input type="checkbox"/>
Aborto	<input type="checkbox"/>																																
Embarazo ectópico	<input type="checkbox"/>																																
Mola hidatiforme	<input type="checkbox"/>																																
Placenta previa	<input type="checkbox"/>																																
Desprendimiento de la membrana normoinsera	<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"/>																																
Hipertensión	<input type="checkbox"/>																																
Sepsis	<input type="checkbox"/>																																
Parto obstruido	<input type="checkbox"/>																																
Coagulopatías	<input type="checkbox"/>																																
Evitabilidad:																																	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																	

No. de historia clínica	Total	Porcentaje
Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la Pre-eclampsia - Eclampsia:		
1. Edad gestacional		
Determinar al menos una vez:		
2. Tensión Arterial		
3. Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva)		
4. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (si aún no se ha producido el parto)		
Manejo Terapéutico:		
5. Impregnación de Sulfato de magnesio (4 gr. Intravenoso lento o por microgotero)		
6. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.		
7. Transferencia 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 Preeclampsia, eclampsia:		
Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso):		
8. Coagulación: conteo de plaquetas		
Determinar en cada turno (TID):		
9. Tensión arterial		
10. Frecuencia cardíaca o pulso materno		
11. Frecuencia respiratoria		
12. Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administra Sulfato de Mg)		
13. Control Ingesta / Excreta		
Manejo Terapéutico		
14. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en GO. (no Interno Rotativo) máximo media hora después del ingreso		
15. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.		
16. Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr./h. endovenoso) hasta 24 horas post parto (ver Nro. 12)		
17. Maduración fetal 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 ó días.		
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: a. Convulsiones (eclampsia) 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 c. oliguria (diuresis menor a 1cc./Kg./h.) d. Proteinuria mayor a 3 gr. / 24 h. ó 3 a 4 + en litrillo. e. Síndrome de Hellp		
¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud? Marque + si cumple y - si no cumple		

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

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 parto o Postaborto (si aplica)												
Determinar al menos una vez:												
3. Temperatura												
4. Pulso o frecuencia cardíaca												
5. Tensión arterial												
6. Verificar sangrado genital, flujo o loquios de mal olor												
Si está embarazada determinar:												
7. Vitalidad del producto (frecuencia cardíaca 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 cardíaca												
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 , cortoamnionitis) 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												

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN INFECCION/FIEBRE DE CAUSA OBSTETRICA

Portoviejo, Lunes 16 de noviembre del 2015

Dra. Carmina Pinargote
Coordinadora Zonal 4 de Salud.

Saludos Cordiales,

Mediante la presente, nos dirigimos hacia usted de la manera más comedida, nosotros Jumbo Saltos Roberto Vicente, Con CI 1312659731 y Villavicencio Montes Héctor Hugo con CI 1311506933; egresados de la escuela de medicina con el objetivo de solicitarle información del historial clínico concerniente a las muertes maternas para la realización del trabajo de titulación denominado MUERTE MATERNA ASOCIADA A LA TERCERA DEMORA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ, ENERO 2015 – ENERO 2016.


Estando conscientes de que la historia clínica es un documento legal, garantizamos absoluta discreción, no publicando nombres o historias clínicas. Para la recolección de datos contamos con una ficha donde se registraran datos específicos de la investigación.

Por la atención prestada le quedamos cordialmente agradecidos.

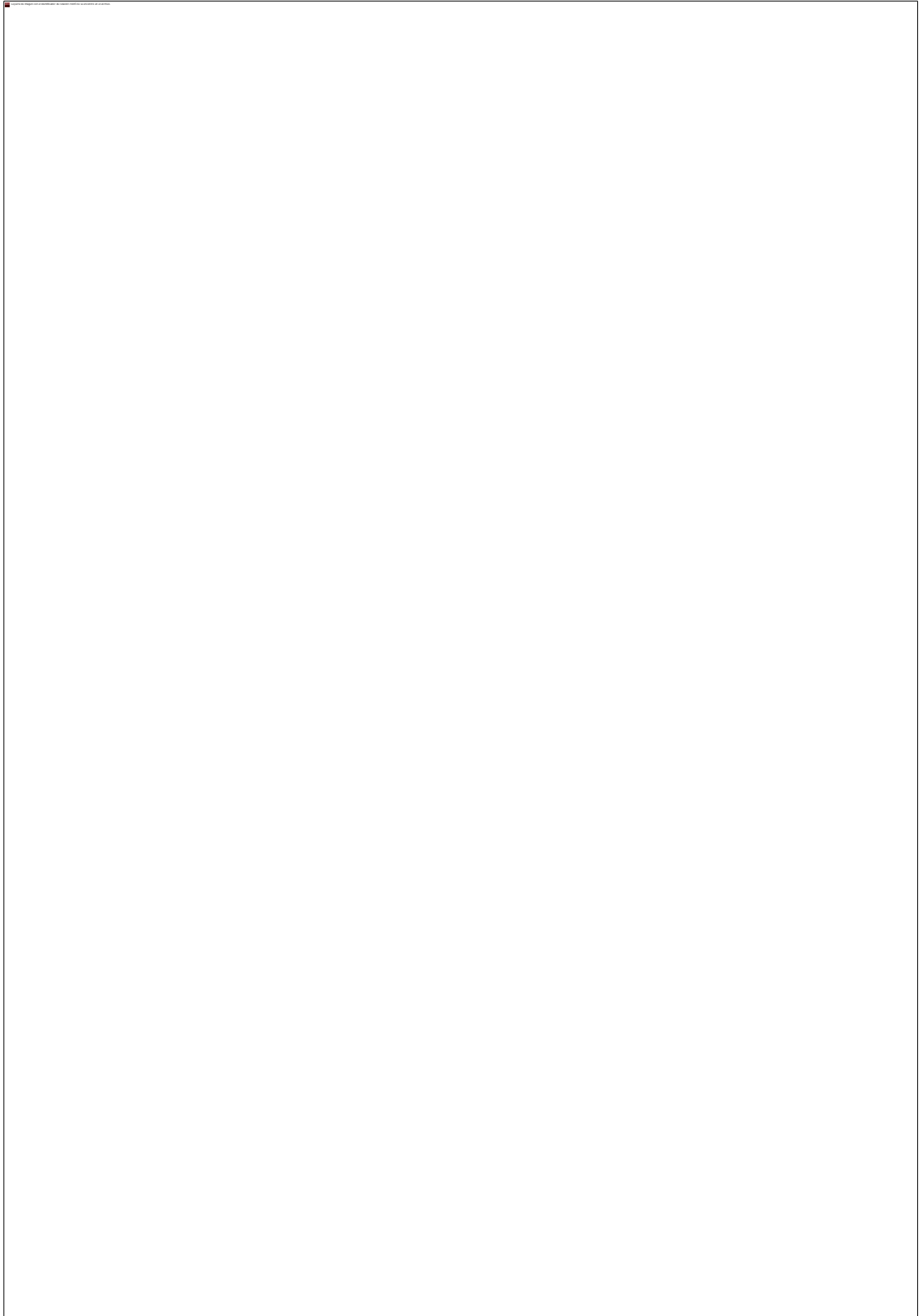
Atentamente,

Jumbo Saltos Roberto
CI 1312659731

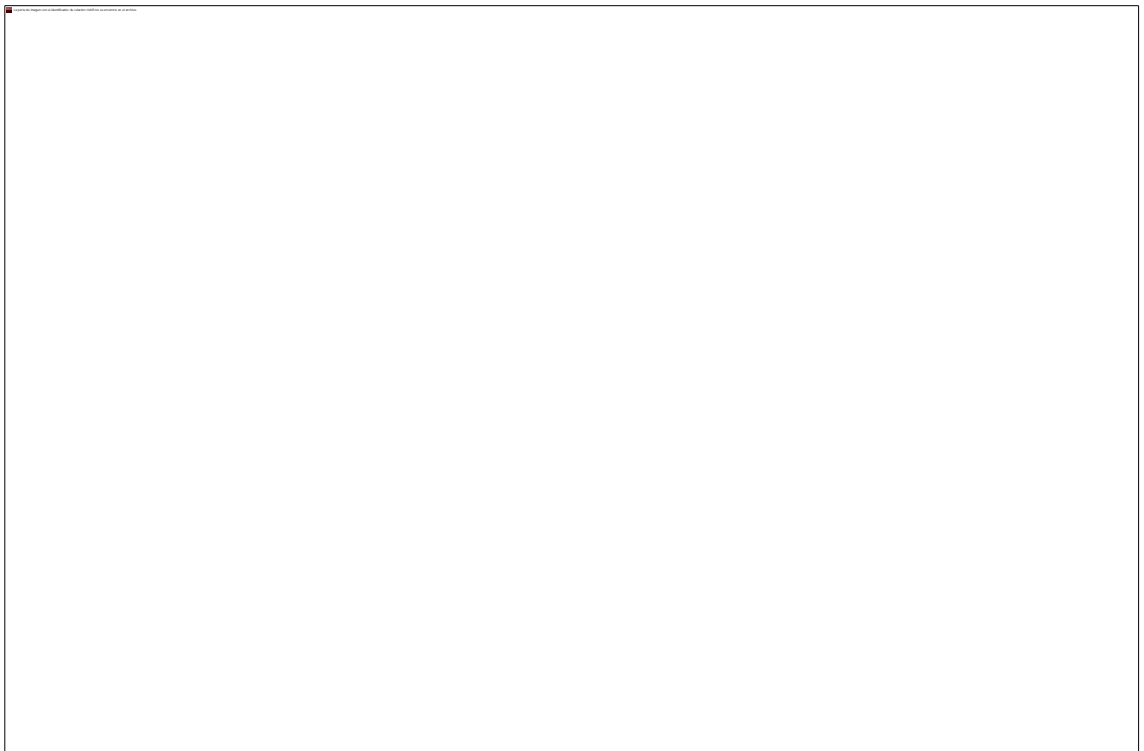
Villavicencio Montes Héctor
CI 1311506933

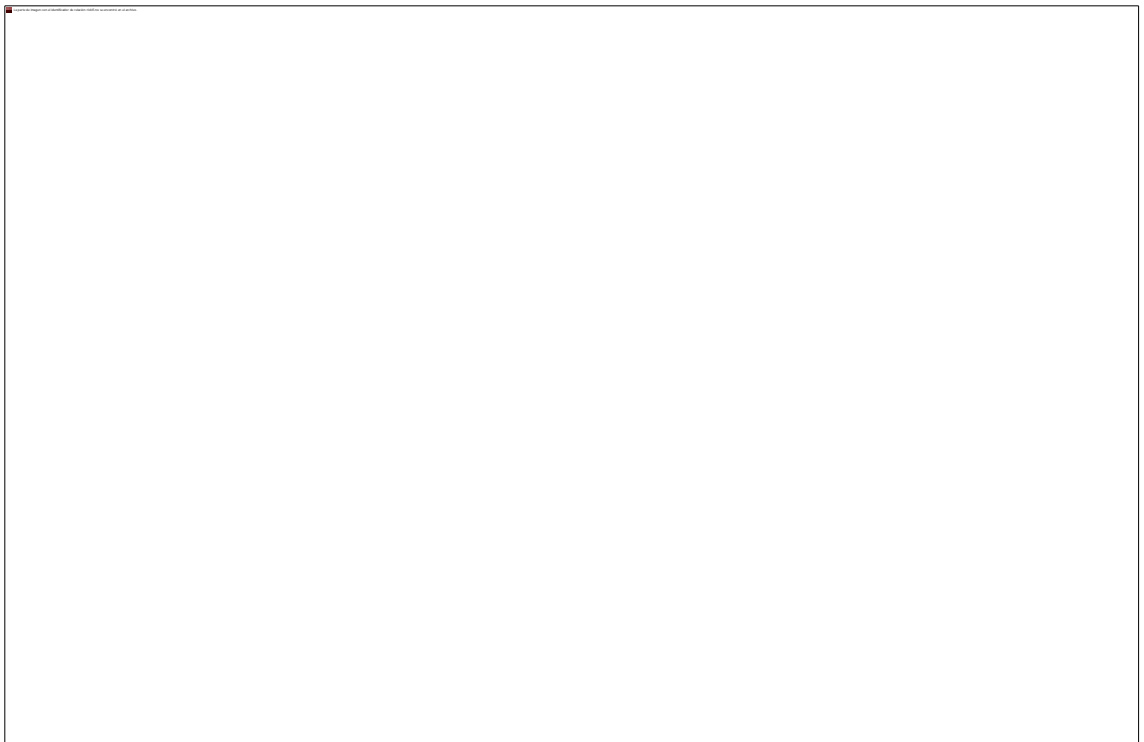
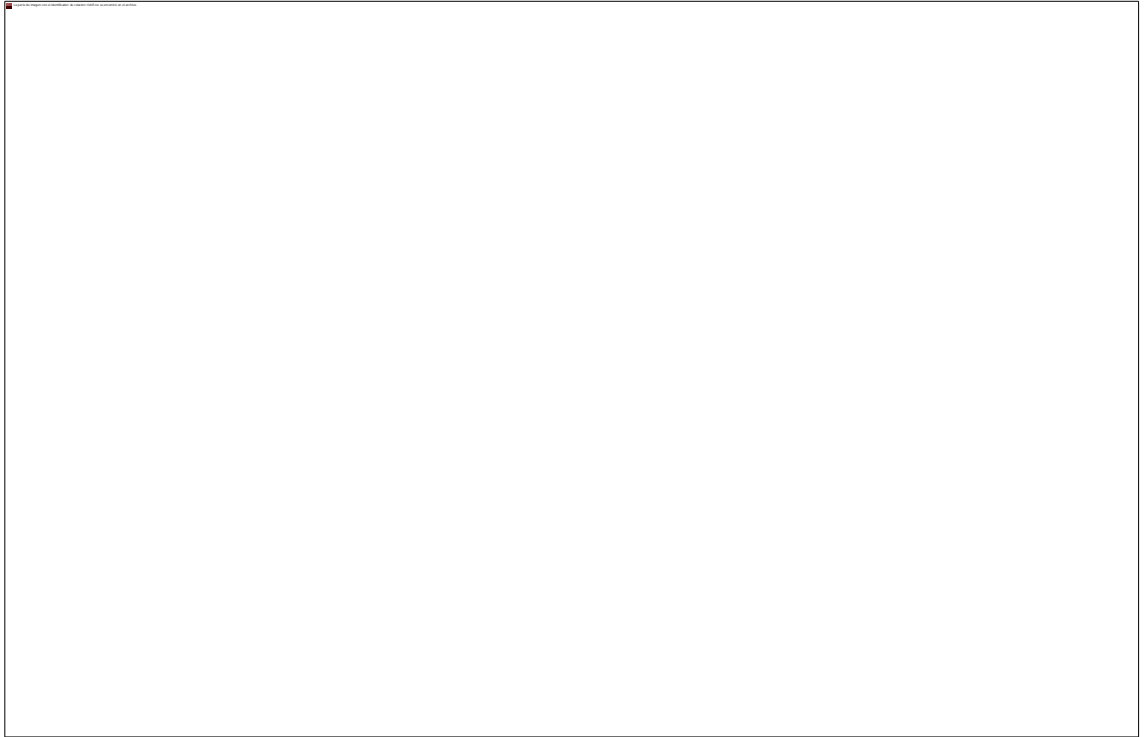
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400 4000

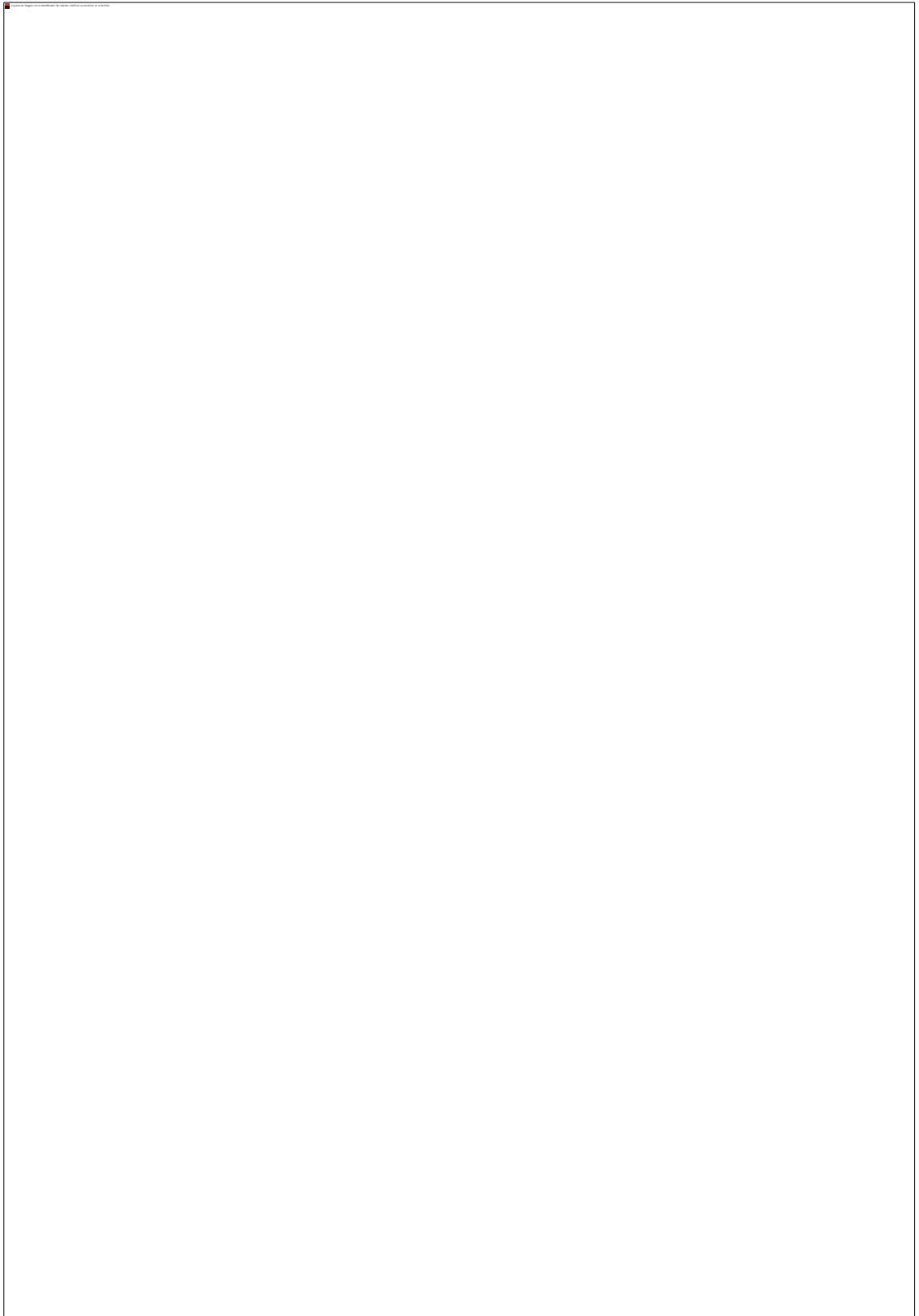
Documento No. : MSP-CZ4-SG-2015-2567-E
Fecha : 2015-11-16 10:39:18 GMT -05
Recibido por : Paola Vanessa Intriago Valdiviezo
Para verificar el estado de su documento ingrese a
<http://www.gestiondocumental.gob.ec>
con el usuario: "1311506933"

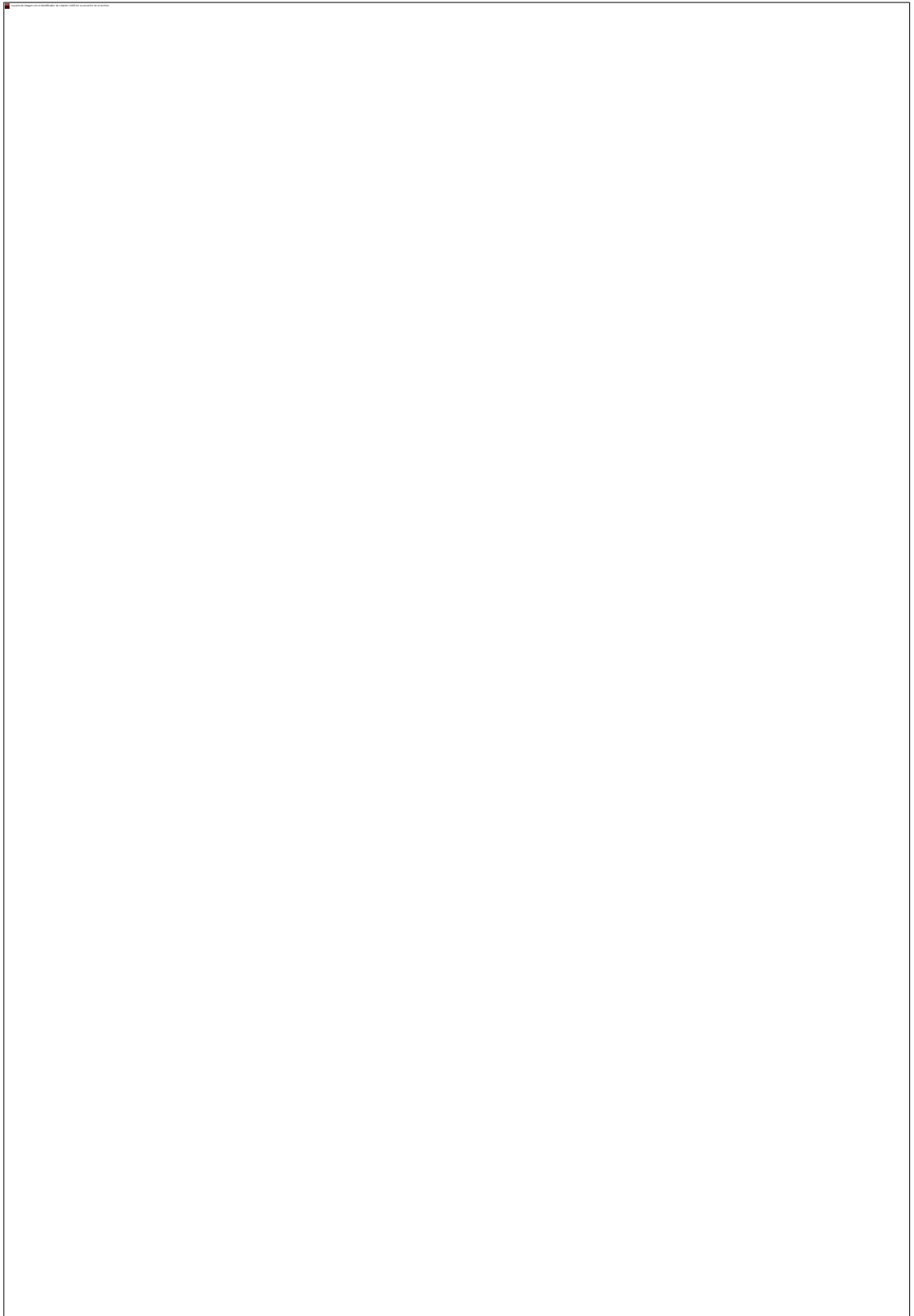


Sr. Roberto Jumbo y Héctor Villavicencio exponiendo acerca de la Hipertensión arterial, en la sala de Profesores de Medio tiempo, el día Jueves, 7 de abril del 2016.









TRIPTICO REVERSO