



Resumen

Objetivo. Describir las principales causas de morbilidad, mortalidad materna y calidad de la atención en el servicio de obstetricia en el Hospital Vicente Corral Moscoso usando el formulario 051 y los estándares de calidad emitidos por el MSP.

Métodos y Materiales. Se realizó una investigación de tipo descriptiva de las mujeres atendidas por parto o cesárea en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral (2739). Se analizaron las variables de la Historia Clínica Perinatal, y la calidad de atención materna mediante los formularios de estándares e indicadores incluidos en las normas del MSP. La información se procesó mediante el software del Sistema Informático Perinatal (SIP) y para el análisis de los estándares e indicadores de calidad se utilizaron tablas de los porcentajes cumplidos.

Resultados. Las 10 primeras causas de mortalidad materna fueron: eclampsia, pre eclampsia, hemorragia postparto, hipotonía uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Síndrome de Hellp, shock hipovolémico, rotura uterina, parto distócico. La morbilidad materna corresponde a: Infección de vías urinarias (15,8%), pre-eclampsia, HTA previa, eclampsia. En el cumplimiento a las normas y estándares de calidad: control prenatal se cumple en el 100%, hay un déficit en el manejo de las hemorragias según las normas (84,5%), la tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas es del 1,79%.

Conclusiones. El 30% de las muertes fueron por trastornos hipertensivos, siendo la primera causa la eclampsia, la infección de vías urinarias fue la primera causa de morbilidad materna. Los estándares de calidad se cumplen en un 95%.

Palabras claves. Causas de mortalidad materna, morbilidad, calidad de la atención materna, CLAP, estándares de calidad del MSP, SIP.



Abstract

Objective. Describe the major causes of morbidity, maternal mortality and quality of care in the obstetrics department at the Hospital Vicente Corral Moscoso using Form 051 and quality standards issued by the MSP.

Methods and Materials. We conducted a descriptive research of women treated for cesarean delivery or service of Obstetrics Hospital Vicente Corral (2739). We analyzed the variables of the Perinatal Clinical story developed by the Center for Perinatology and quality of maternal care through the forms of standards and indicators included in the rules of the MSP. The information was processed using the software of the Perinatal Information System (SIP) and the analysis of standards and quality indicators, using tables of percentages were accomplished.

Results. The 10 leading causes of maternal mortality were: eclampsia, preeclampsia, postpartum hemorrhage, uterine hypotonia, placenta previa, placental abruption, HELLP syndrome, hypovolemic shock, uterine rupture, dystocia. Maternal morbidity is by: Urinary tract infection (15.8%), pre-eclampsia, hypertension prior eclampsia. In compliance with the standards and quality standards: prenatal care is fulfilled by 100%, there is a deficit in the management of bleeding according to the rules (84.5%), the mortality rate from direct obstetric complications is 1,79%.

Conclusions. 30% of deaths were hypertensive disorders, the primary cause was of eclampsia and urinary tract infection was the leading cause of maternal morbidity. The quality standards are met by 95%.

Keywords. Causes of maternal mortality, morbidity, quality of maternal care, CLAP, MSP quality standards. SIP.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	11
1. INTRODUCCION.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II.....	17
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 <i>Morbilidad y Mortalidad Materna</i>	17
2.2 <i>Morbilidad Materna</i>	20
2.3 <i>Calidad de Servicio Materno</i>	22
2.4 <i>Estándares e Indicadores para la Atención Materna</i>	22
2.5 <i>Normas y Protocolos de Manejo</i>	27
2.6 <i>Parte Legal del Ministerio de Salud Pública</i>	29
2.7 <i>Factores Socioculturales</i>	30
2.8 <i>Control Prenatal</i>	31
2.9 <i>Suplementos en Embarazadas</i>	32
2.12 <i>Infecciones de Vías Urinarias en Embarazadas</i>	35
2.13 <i>Amenaza de Parto Pretermino</i>	36
2.14 <i>Base Científica del Uso de Corticoides</i>	36
2.15 <i>Efectos del Apoyo Psicosocial Durante el Parto</i>	37
2.16 <i>Manejo Activo de la Tercera Fase del Trabajo de Parto</i>	38
2.19 <i>Sistema Informático Perinatal</i>	39
2.20 <i>Proceso de Implementación en América Latina (Chile Y Uruguay)</i>	40
2.21 <i>Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México</i>	41
CAPÍTULO III.....	43
3. Objetivos de la investigacion.....	43
3.1 <i>Objetivo General</i>	43



3.2	<i>Objetivos Específicos</i>	43
CAPÍTULO IV		44
4.	METODOLOGIA	44
4.1	<i>Tipo de estudio:</i>	44
4.2	<i>Área de estudio:</i>	44
<i>HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO</i>		44
4.3	<i>Población de estudio:</i>	45
4.4	<i>Criterios de inclusión:</i>	45
4.5	<i>Criterios de exclusión:</i>	45
4.6	<i>Variables</i>	45
4.7	<i>Procedimientos para la recolección de información:</i>	47
CAPÍTULO V		48
5.	RESULTADOS	48
6.	PROPUESTA DE GESTION	59
CAPÍTULO VI		62
7.	DISCUSIÓN	62
CAPÍTULO VII		68
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
ANEXOS		77
Anexo 1		77
Anexo 2		78
Anexo 3		79



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2010.

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico.

**Autores: María Alexandra Pinos Crespo
 Lourdes del Rocío Vásquez Espinoza
 Verónica Leonor Zhinín Morales**
**Directores: PHD. José Ortiz Segarra.
 Dr. Bernardo Vega Crespo.**

CUENCA –ECUADOR

2011



RESPONSABILIDAD

El contenido de la presente tesis es de absoluta y única responsabilidad de los autores de la misma.

María Alexandra Pinos Crespo

Espinoza

CI: 0301856779

Lourdes del Rocío Vásquez

CI: 0302207014

Verónica Leonor Zhinín Morales

CI: 0301506093



AGRADECIMIENTO

Los autores expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestras familias por habernos brindado su apoyo para la realización de la presente tesis, al Director del Hospital Vicente Corral Moscoso quien ha permitido y autorizado la utilización de historias clínicas de las madres que tuvieron sus partos en esta casa de salud contribuyendo en la realización de esta investigación.

Nuestro profundo agradecimiento al Dr. José Ortiz y al Dr. Bernardo Vega directores de este trabajo de investigación, quienes nos guiaron con afán y entereza, además agradecemos a la Dra. Tania Prado quien con su apoyo y dedicación nos ayudó a la culminación de nuestro proyecto de investigación.

A todas las madres a quienes se asistieron sus partos en el periodo de abril a septiembre del 2010 que han participado en el estudio ya sea de manera directa o indirecta.



DEDICATORIA

La realización de esta tesis la dedico primero a Dios por darme la fuerza y sabiduría para poder culminar con esta investigación.

A mis padres, hermanos y enamorado, por su apoyo, sus consejos y sobre todo por toda la paciencia brindada, que me permitieron enfrentar a cada una de las dificultades que se presentaron, durante la realización del presente trabajo

Lourdes



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por la vida y por llenarme de fortaleza y fe en tantos momentos difíciles en que me parecía, mejor tomar el camino más fácil y dejar todo atrás, a mis padres, a sus esperanzas, las más nobles y desinteresadas, por ser un pilar fundamental en mí vida, a mis hermanas, por su comprensión, su apoyo y su confianza. A todos ellos por su amor sincero.

Alexandra



DEDICATORIA

El presente trabajo le dedico a Dios por darme vida y salud para obtener esta meta, a mi abuelito Gabino, a mis padres Juan y Rosita por ser el pilar fundamental en mi existencia, a mis hermanos Bertha, Hilda, Magui, Carlos y Any. Quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento.

Y de manera especial a mi hijo Isaac

Por ser el impulso y mi inspiración para seguir adelante.

Verónica



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 murieron 358 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos; prioritariamente entre el 3er trimestre y la primera semana después del parto. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Una mujer de África Occidental tiene 300 veces más probabilidades de muerte materna que una mujer de un país industrializado; y por cada mujer que muere por embarazo o parto, otras 20 padecen de consecuencias adversas (como fístula obstétrica o prolapso uterino). En la definición de la OMS se establece la muerte materna cuando ocurre en una mujer embarazada, durante el parto o durante un lapso de hasta 42 días después de finalizar el embarazo (1).

La mayor parte de las muertes ocurren por cinco complicaciones obstétricas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo y partos obstruidos. Otro 20% es producto de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo, entre ellas, la anemia, la malaria y la hepatitis. Estos fallecimientos obedecen no sólo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer (2).

La OMS y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), establecieron alianzas desde 1982 formando equipos de trabajos con todas las organizaciones interesadas e involucradas en esta problemática, en particular en los países en desarrollo, mediante la promoción e incremento de la vigilancia y compromiso por la salud pública y social. En Centroamérica iniciaron el proyecto “Salvemos a las madres”, participaron además el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial y la Corporación farmacéutica (3).

La mortalidad materna es un indicador sensible del desarrollo humano, por eso en el Ecuador desde 1998 se le declaró “prioridad de Estado”, se reformó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, se dictaron las Normas



Nacionales de Salud Reproductiva y se publica el “Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna”, y en enero del 2006 se actualiza el Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna (MM), primer eje de acción del Plan señalado (2).

El Ministerio de salud pública del Ecuador ha elaborado un protocolo de atención a los partos basado en evidencia científica; y estándares de calidad, que se deberían llevar a cabo en cada unidad de salud, los cuales no se han cumplido a cabalidad; es por eso que con la presente investigación pretendemos verificar el desempeño del personal encargado del Centro Obstétrico, siendo parte del proyecto Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs) para mejorar la calidad de atención materna y neonatal en los servicios públicos del Azuay; donde participan el Hospital Vicente Corral Moscoso y los hospitales cantonales de la provincia del Azuay, con el objetivo de implementar procedimientos con el uso de la tecnología para la capacitación del personal de salud en aplicación de prácticas beneficiosas y corrección de errores en la atención de los problemas de salud perinatal, en el manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP) para la vigilancia epidemiológica, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios y difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal cuya finalidad es contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en los servicios públicos del Ecuador.

La presente investigación es un estudio descriptivo con base al análisis de las mujeres atendidas por parto en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral en el período de abril a septiembre de 2010 mediante el uso la historia clínica perinatal del Sistema Informático Perinatal, datos de estadística y estándares de calidad. Se observó muertes maternas por causas directas e indirectas, las causas principales de la morbilidad fueron: Infección de tracto urinario, Pre-eclampsia y Ruptura prematura de membranas y los estándares de calidad se cumplieron en su mayoría, las demas detallaremos en el capítulo de resultados.

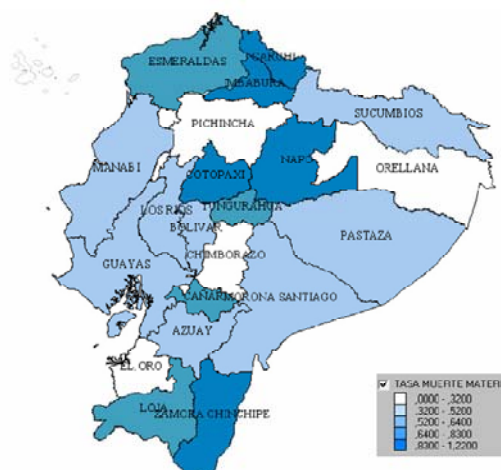
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diariamente mueren 1000 mujeres en el mundo debido a complicaciones del embarazo y el parto. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado (4).

Mujeres, niñas y niños, sufren y mueren por falta de acceso a cuidados básicos de salud a los que tienen derecho. A escala mundial sólo la mitad de las embarazadas reciben asistencia capacitada y cuentan con alguien cerca para ayudarlas en caso de presentarse algún problema durante el parto y sólo algunos países en desarrollo han logrado reducir la mortalidad de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio (5).

La mayor proporción de muertes maternas no ocurren durante el parto, sino durante los días subsiguientes a este. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita (4).

TASAS DE MUERTE MATERNA. ECUADOR 2007



Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2009 murieron 208 mujeres por causas del embarazo, parto y puerperio lo que nos da una tasa promedio de 96,3 x 100 000 nacidos vivos; sin embargo, dadas las inequidades socioeconómicas y principalmente de recursos en salud, las tasas

María Alexandra Pinos Crespo
 Lourdes del Rocío Vásquez Espinoza
 Verónica Leonor Zhinín Morales



de muerte materna son muy diferentes entre las provincias del país. Así, las provincias que no registraron muertes maternas fueron: Galápagos , Napo, Pastaza; las provincias con tasas inferiores a 100: Imbabura (49,7), Pichincha (57,9), El Oro (61,4), Guayas (64,0), Manabí (88,4), Orellana (88,8), Loja (92,2), Tungurahua (94,9), Los Ríos (96,1), y las provincias con tasas superiores a 100: Cotopaxi (117,6), Cañar (125,1), Santo Domingo de los Colorados (126,2), Azuay (139,7), Chimborazo (157,1), Esmeraldas (157,9), Santa Elena (158,1), Sucumbíos (198,3) Orellana (220,3) Carchi (249,1), Bolívar (275,0), Morona Santiago (310,2), y Zamora Chinchipe (375,9) (6).

El Plan de Reducción de la Muerte Materna pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es muy alta si se compara con otros países de la región. Entre las principales causas se señalan: eclampsia (30.2%), hipertensión inducida por el embarazo (10.1%), hemorragia (8.5%), desprendimiento prematuro de la placenta (7.8%) y otros traumas obstétricos (5.4%) (5).

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido (4).

La presencia de asistentes capacitados es vital, porque pueden reconocer y prevenir crisis médicas y proporcionar atención, o remitir a la parturienta para que sea atendida debidamente cuando se presentan complicaciones, es por eso que la OMS recientemente ha sugerido un nuevo modelo para diseñar y evaluar los programas para reducir la mortalidad y discapacidad materna, basado en la cadena causal que vincula las muertes maternas con las actividades de los programas. Este modelo es llamado las tres demoras y se basa en la premisa de que cualquier demora que impida que la mujer embarazada reciba un tratamiento adecuado, le puede costar la vida. Según este modelo, los tres tipos de demoras que pueden contribuir a la muerte materna son:

1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.



2. Demora en llegar a la unidad de salud.

3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la unidad de salud.

Además, realizar controles de los insumos y de los procedimientos realizados en los departamentos de Gineco - obstetricia a través de los estándares de calidad dictados por el MSP (4,5).

En el país no existen datos sobre la evaluación de la calidad de atención materna, información que refleje el cumplimiento de las normas y que garantice una adecuada atención.

En el Hospital Vicente Corral existe un llenado deficiente del formulario 051 (CLAP), con gran cantidad de falta de datos, ya que no se dispone de personal exclusivo para este fin y quienes llevan a cabo esta tarea son los internos de medicina quienes no reciben la capacitación adecuada y rotan por diferentes departamentos permaneciendo tiempo insuficiente como para desarrollar esta actividad a cabalidad. Por ende no se identifican todos los factores de riesgo, punto clave en la prevención de muerte materna.



1.2 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país la mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afro-ecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos (7); es por eso que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado lo cual en un futuro servirá para prevenir dichas muertes.

Con nuestra investigación pretendemos fortalecer la vigilancia y control del cumplimiento de los protocolos de atención materno y neonatal y el llenado completo del formulario 051 correspondiente al trabajo de parto, por el personal de salud mediante el Sistema Informático perinatal dentro del Hospital Vicente Corral, creando el compromiso y la satisfacción en los profesionales de la salud para basar nuestras intervenciones en las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todos; ya que hasta ahora no se ha llevado un registro adecuado y completo con los datos de las mujeres que son atendidas en los centros obstétricos, dificultando así el correcto análisis de las causas de morbilidad, de esta manera se beneficia directamente el MSP, el cual contaría con los datos correctos y podría implementar de mejor manera medidas y acciones para prevenir las complicaciones y la muerte materna. Las beneficiarias indirectas de esta investigación serían las madres que acuden a los hospitales y centros de salud, pues recibirían una atención de calidad.

La información fue obtenida a través del Sistema Integrado Perinatal contando con la colaboración de los médicos residentes, internos, enfermeras del servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Vicente Corral, con lo cual tuvimos una visión clara y contundente de la calidad de atención que se brinda en dicho establecimiento. Se colaboró en la investigación del proyecto Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs) para mejorar la calidad de atención materna y neonatal en los servicios públicos del Azuay, y los resultados de este trabajo de investigación serán publicados en la página web del proyecto.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 *MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA*

2.1.1 Mortalidad Materna:

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

La tasa de mortalidad materna es el número de defunciones maternas por cien mil nacidos vivos.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas (5).

En el 2007 de acuerdo con la UNICEF, en África la tasa de mortalidad materna se situó entre quinientos y mil por cada 100 mil nacimientos contra menos de 20 en naciones industrializadas, más de la mitad tienen lugar en el África subsahariana, y un tercio en Asia Meridional. La Razón de muerte Materna (RMM) es de 450 por 100 000 nacidos vivos en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100 000 en las regiones desarrolladas. Catorce países tienen RMM iguales o superiores a 1000; exceptuando Afganistán, todos ellos se encuentran en el África subsahariana (8).

En América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad materna ha descendido de 180 a 130 por cada 100 nacidos vivos desde 1990 al año 2007 ubicándose en una situación muy desfavorable con respecto a las regiones desarrolladas. La mortalidad materna, afecta a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas



pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados (9).

2.1.2 Tasa de Mortalidad Materna

De acuerdo al SIISE, se trata de un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo (10).

En el Ecuador, a pesar de las acciones emprendidas en los últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta; según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2009 ocurrieron 208 muertes maternas causadas en los periodos de embarazo, parto y puerperio lo que determina una tasa de mortalidad materna de 96.3 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel de provincias, Guayas tuvo el mayor número de casos; pero la tasa más alta corresponde a Zamora Chinchipe con 375,9 y le siguen en importancia las provincias de Morona Santiago, Pichincha, Carchi, Bolívar y Orellana. En el Azuay se produjeron un total de 13 muertes maternas con una tasa de mortalidad de 139,7 defunciones por 100.000 nacidos vivos (5).

2.1.3 Defunciones obstétricas:

La principal causa de mortalidad materna en el mundo son las hemorragias (24%), seguidas de las causas indirectas (20%), las infecciones (15%), el aborto en condiciones de riesgo (13%), la eclampsia (12%), el parto obstruido (8%) y otras causas (8%) (11).

Según el INEC las principales causas de muerte materna en el año 2009 tenemos: hemorragias pospartos con 31 casos, con un porcentaje de 19,2% y una tasa de 18,5 por cada 1000 nacidos



vivos; en segundo lugar está la Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa con 28 casos, con una tasa de 13,0 y un porcentaje del 13,5%; en tercer lugar está la Eclampsia con 26 casos de muerte, un porcentaje de 12,5% y una tasa de 12,0 por 1000 nacidos vivos.

En Bogotá, en los últimos diez años la mortalidad materna descendió de 152.55 en 1990 a 68 por 100 mil nacidos vivos en 1999; el principal componente de la mortalidad materna en el mismo año fueron los trastornos hipertensivos (40%), seguidos de las causas indirectas (16%), las complicaciones del trabajo de parto y parto (13%), otras causas (7%), las hemorragias, el aborto, las complicaciones relacionadas con el puerperio y las infecciones, cada una responsable de 6% de las muertes (11).

2.1.4 Causas directas e indirectas de Mortalidad Materna.-

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias obstétricas, las infecciones como la septicemia, los trastornos hipertensivos del embarazo generalmente la toxemia del embarazo y el embarazo ectópico. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él; como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA, las enfermedades cardiovasculares, la violencia intrafamiliar, etc.

- **Muerte Materna Hospitalaria.-** Es aquella muerte que se produce mientras la paciente permanece dentro del hospital causado por alguna intervención o procedimiento realizado dentro del mismo hasta el momento en el que sea dada el alta.
- **Muerte Materna Extra hospitalaria.-** Aquellas muertes que ocurren fuera del hospital incluyendo las que se dan dentro de las primeras 6 horas de hospitalización y dependiendo del estado de salud en la que ingresa por ejemplo con muerte cerebral; esta paciente será clasificada dentro de este tipo de muerte.



2.2 MORBILIDAD MATERNA

Se ha definido la morbilidad materna extrema como: una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna.

La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente.

De acuerdo a la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio, son 5 las consultas a otorgar a cada mujer embarazada, número considerado como mínimo para garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo o alto riesgo según la presencia de factores de riesgo como son: los extremos de la vida (menor a 19 o mayor de 35 años), cesáreas previas, abortos, multiparidad, embarazo múltiple (más de 2 fetos), enfermedades crónicas degenerativas, obesidad o desnutrición, prematuridad, defectos congénitos, etc. (12).

2.2.1 Causas de morbilidad

En el primer lugar de las complicaciones está: Parto obstruido con 38.7% del total registrado, representa el 11% de las admisiones; en segundo lugar abortos el 27.9% de las complicaciones reportadas y 7.9% del total de admisiones; en tercer lugar esta otras complicaciones con el 24.7% de los casos complicados y el 7% de las admisiones; en cuarto lugar tenemos hipertensión del embarazo con 4.5% total de las complicaciones y 1.3% de las admisiones; en quinto lugar tenemos hemorragias 1.6% del total de complicaciones y 0.5% de las admisiones; en sexto lugar encontramos partos prolongados 1.5% del total de complicaciones y el 0.4% de las admisiones; séptimo lugar están los embarazos ectópicos 0.7% del total de complicaciones y el 0.2% de las admisiones; en octavo lugar abortos en condiciones inseguras con el 0.3% del total de complicaciones y 0.1% de las admisiones (2005) (2).



En un trabajo que analiza la morbilidad y mortalidad materna de pacientes hospitalizadas en el Hospital de Caldas, Manizales se observó que la edad de las pacientes osciló entre 11 y 52 años, con 24.8 años de edad media, también una elevada proporción de adolescentes (menores de 20 años) (25.3%) y una proporción no despreciable de obstétricas tardías (mayores de 35 años) (9.6%).

El aborto fue la primera causa de morbilidad materna, con 6.5% del total de egresos obstétricos. El aborto séptico aportó 13.3% del total de abortos. Los trastornos hipertensivos fueron la segunda causa de morbilidad materna, con 4.2% del total de egresos obstétricos. La preeclampsia grave y la eclampsia aportaron un importante 28.8% al total de trastornos hipertensivos durante el embarazo. La amenaza de parto pretérmino (APP) fue la tercera causa de egresos, con 1.7% del total de mujeres que requirieron hospitalización. La cuarta causa más frecuente de hospitalización materna fue por embarazo ectópico correspondientes a 1.5% del total de egresos obstétricos, la ruptura prematura de membranas (RPM) fue la quinta causa más frecuente de morbilidad materna, con un aporte relativo de 1.4% de los casos de ruptura de membranas. La pielonefritis ocupó el sexto lugar en frecuencia como causa de morbilidad materna con 1.3% de los casos. La placenta previa (PP) estuvo en el séptimo lugar como causa de morbilidad con 0.8% del total de egresos obstétricos. La amenaza de aborto (0.4%), abruptio placentae (0.3%) y la diabetes mellitus (0.2%) estuvieron dentro de las 10 primeras causas obstétricas de egreso hospitalario, con un bajo aporte relativo al total de egresos. En la categoría “otras” (81.8%) se agruparon todas las demás causas de hospitalización, incluyendo parto normal y otras indicaciones para la asistencia en el embarazo, el trabajo de parto y complicaciones del puerperio (13).

En un estudio descriptivo transversal, relacionado con las principales características clínico epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave diagnosticada en gestantes de los servicios gineco-obstétricos del municipio Santiago de Cuba durante el primer trimestre del año 2009. El grupo de edad estudiado con mayor



morbilidad fue el comprendido entre los 20 y 24 años con (41,2%) seguido por el grupo de 25 a 29 años (29,4%). La anemia nutricional, fue el riesgo preconcepcional de mayor frecuencia, 60,0%, seguido de la desnutrición en el 33,0%. Se identificó riesgo materno durante el embarazo en el 66,7% de los casos y sus causas principales: Hipertensión Arterial 46,7% y la Anemia con el 40,0%. Las principales causas de morbilidad materna extremadamente grave fueron la atonía uterina (23,5%), eclampsia puerperal, embarazo ectópico, y la placenta previa oclusiva (11,8% respectivamente) (14).

2.3 CALIDAD DE SERVICIO MATERNO

Para mantener la Salud Materna se debe incrementar el acceso y la atención oportuna de calidad y calidez a la mujer embarazada para lo cual como eje fundamental se debe invertir en el fortalecimiento del Talento Humano Capacitado, ya que como mínimo el personal sanitario que prestará un servicio en el campo de obstetricia y neonatología debe poseer la capacidad de: ayudar a las mujeres y al recién nacido durante el embarazo, el parto y el período postnatal normales; detectar las complicaciones; y tener la capacidad de referir a las mujeres y los recién nacidos para que reciban atención de niveles más altos, si se requiere.

2.4 ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN MATERNA.

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de análisis cuantitativo de la calidad. El monitor es un aporte muy importante del sistema de garantía de calidad, y para que funcione de forma eficiente, se debe considerar las siguientes acciones:

- a. Definir estándares e indicadores de calidad.
- b. Recolección periódica de la información necesaria para construir los indicadores por los equipos de mejora continua en las unidades.
- c. Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia las Áreas de Salud, Hospitales



Cantones y Provinciales, la Dirección Provincial de Salud, el nivel Central y su difusión para la toma de decisiones técnicas y políticas.

En el año 2005, se conformó un equipo conductor del mejoramiento continuo de la calidad y de los cuidados obstétricos esenciales en el nivel central del MSP, integrado por funcionarios de Normatización del Sistema Nacional de Salud de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyo técnico bajo la conducción de este equipo, son 13 las provincias que trabajan mejorando sus procesos de atención mediante la medición de la calidad y aplicando técnicas de mejoramiento continuo. Bajo acuerdo ministerial se declaró al Plan Nacional de la reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, encargando su coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación a la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección de Normatización. La acción de este plan, corresponde a las prestaciones en los componentes: materno perinatal, emergencias obstétricas, planificación familiar y una de las líneas estratégicas en el mejoramiento de los servicios.

En el año 2006 se inicia una investigación operativa para medir el efecto de la adecuación cultural sobre la atención obstétrica en ocho hospitales cantonales (Alausí, Chillones, Saquisilí, Pangua, San Miguel, Chunchi, Cañar y Pujilí) de 4 provincias del país (Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Cañar), con alta población indígena donde la mortalidad materna y el parto domiciliario son significativos.

Para el año 2007 el MSP desarrolló el Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Rosa en El Oro. En estos hospitales se conformaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de la norma de atención en las complicaciones obstétricas, obteniéndose lecciones aprendidas para el manejo de las



complicaciones, las que serán expandidas a más provincias en un segundo momento del modelo colaborativo. Esta colaboración logró una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalaria de causas obstétricas.

En el año 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del “Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias. Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del MSP los estándares e indicadores fueran revisados durante el primer trimestre del 2008.

El documento presentó este conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en las evidencias científicas, diseñadas para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan lo información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende la norma. Cada instrumento tiene su respectivo instructivo, en el que se indica cómo obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.

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

2.4.1 CONTROL PRENATAL.

Estándar: En toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades:

- Antecedentes personales y obstétricos.
- Semanas de amenorrea.
- Determinación de la tensión arterial.



- Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas.
- Sangrado genital (SI APLICA).
- Actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación.
- Evaluación del estado nutricional.
- Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP.
- Prescripción de hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg).
- Prescripción de ácido fólico tabletas 1mg (hasta 12 semanas de gestación).
- Solicitud o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor, VDRL, Hb, Hto, glucosa, VIH, EMO, proteinuria en tirillas de embarazos > 20 semanas.

2.4.2 ATENCIÓN DEL PARTO

Estándar: En todos los partos atendidos se aplicará y registrará las siguientes actividades:

1. Graficar correctamente la curva de alerta de dilatación cervical del partograma.
2. Graficar correctamente la curva real de la dilatación cervical del partograma.
3. Registro del descenso de la presentación en el partograma.
4. Control y registro de la tensión arterial.
5. Control y registro de actividad uterina (frecuencia y duración).
6. Control y registro de la frecuencia cardiaca fetal.



Estándar: En todos los partos atendidos con partograma se aplicaran y se registrará las siguientes actividades en las que se observaron desviaciones de la curva de dilatación cervical:

- Valoración máxima en 30 minutos (del inicio del cambio de la curva) por un médico.
- Manejo terapéutico de la desviación según diagnóstico.

2.4.3 ATENCIÓN POST- PARTO.

Estándar: En todo post parto inmediato atendidos en las unidades operativas deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios durante las primeras 2 horas las siguientes actividades:

- Registro de la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina, características de los loquios

2.4.4 PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL CALIFICADO

Estándar: el 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).

2.4.5 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Estándar: Toda paciente con Eclampsia, Pre eclampsia, Hemorragias Obstétricas, Infección/fiebre de causa Obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas se deberá manejar de acuerdo a la norma.



2.4.6 TASA HOSPITALARIA DE LETALIDAD POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS

Estándar: la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo) no deberá superar el 1%. (15).

2.5 NORMAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO

Los médicos de los hospitales de especialidad, generales y básico del Ecuador tendrán la obligación de enviar referencias, contra referencias y referencias inversas por niveles de atención para mejorar la calidad de atención de las prestaciones materno – neonatales y contribuir a la desconcentración de camas de niveles superiores. El personal de salud llenará correctamente el carnet perinatal y la hoja 051 de la historia clínica única. En el trabajo de parto se usará el partograma con curvas de alerta, sin importar si éste es normal o distócico.

- Preeclampsia.- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. Proteinuria en 24h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.
- Eclampsia.- TA $\geq 140/90$ mm Hg en embarazo >20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas >300 mg. Convulsiones tónico clónico o coma, El sulfato de magnesio tiene una efectividad muy superior al diazepam en el tratamiento de la eclampsia (16,17).
- Hemorragia de Causa Obstétrica.- ocurre durante el embarazo causado por: embarazo ectópico, mola y aborto; placenta previa; desprendimiento prematuro de la placenta; ruptura uterina, que requiere estabilización del estado hemodinámico. Hemorragia parto y postparto: se da en los casos de retención de la placenta o restos; hipotonía, atonía uterina, placenta anormalmente adherente; desgarros vaginales y cervicales; inversión uterina.
- Infección de causa obstétrica.- aquella que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes del parto, durante el parto o en el



posparto. Las etiologías infecciosas más frecuentes y graves son el aborto séptico, la corioamnionitis o infección de membranas ovulares y la endometritis con sus complicaciones pélvicas.

- En toda amenaza de parto pretérmino se deberá realizar y registrar en la historia clínica la administración materna de Nifedipina y Betametasona según la dosis para acelerar la maduración fetal de los pulmones.
- La tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo), no deberá superar el 1%.
- Ruptura prematura de membranas.- Ruptura que sucede antes de que haya empezado el trabajo de parto y puede ocurrir cuando el feto no ha madurado (pretérmino, < 37 semanas EG), o ha madurado (a término > 37 semanas).
- Toda Unidad Operativa contará con el 100% de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a y su indicador será el porcentaje de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido.
- En toda mujer embarazada en su control prenatal se aplicará y registrará en la historia clínica de acuerdo al formulario 051 (Anexo 1).
- En todos los partos atendidos se aplicará y registrará las siguientes actividades: graficado correcto y completo del partograma, control y registro de la tensión arterial, actividad uterina (frecuencia y duración), y de la frecuencia cardíaca fetal.
- En todo parto vaginal como parte del manejo activo del tercer período del parto se administrará a la parturienta Oxitocina dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a y se registrará en la historia clínica perinatal.
- En todo post parto inmediato atendido en la Unidad Operativa, deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3



controles obligatorios, durante las primeras dos horas los signos vitales, la hora de involución uterina.

- El 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (16).

2.6 PARTE LEGAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El plan nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en el 25% la mortalidad infantil, reducir en el 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en el 30% la mortalidad materna, reducir el 25% el embarazo adolescente y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud.²⁴

Art.2.- Aprobar y autorizar la publicación de plan de Reducción Acelerada de la muerte Materna y Neonatal y los capítulos Normativos de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y reproductiva.

Art.3.- Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector de Salud tanto públicas como privadas.

Art.4.- Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la norma de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran, las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud CONASA, en los ámbitos de su competencia (17).

El código de la niñez y la adolescencia establece en el capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25; "El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños con peso menor de 2500 gramos.



El artículo 30 señala: "Los servicios de salud públicos y privados no podrán negarse a interrumpir un embarazo, exclusivamente en los casos previstos por el Código Penal. Tampoco podrán negar atención a mujeres con aborto en curso, debidamente diagnosticado por el profesional responsable de la atención". El Código Penal vigente en el Ecuador desde 1938, en su art. 447, dice: "El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible, si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y, si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer". La ley no amplía las causales ni despenaliza el aborto indiscriminado, simplemente garantiza el cumplimiento de lo expresado en el Código Penal, por tanto, no se permite la práctica abierta del aborto como dicen algunas agrupaciones políticas y religiosas (18).

2.7 FACTORES SOCIOCULTURALES

La muerte materna sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las mujeres en edad reproductiva, principalmente aquellas que viven en zonas rurales o de alta marginación. Se han identificado una serie de características relacionadas con el perfil de las mujeres que son vulnerables ante esta problemática, algunas de éstas son la edad en ambos extremos, la nuliparidad o multiparidad, el estado nutricional deficiente, la baja escolaridad, la ocupación, el estrato social bajo, el lugar de residencia, predominantemente en zonas marginales, el estado civil y la carencia de seguridad social. Es importante mencionar el papel que juega la cultura en el acceso a los servicios, pues los indígenas tienen otra concepción de los tratamientos y la salud; además, el lenguaje es otro obstáculo por los problemas de comunicación entre el médico y las pacientes. La relación entre los indígenas y los no indígenas, que está marcada por desigualdades y diferencias que se



acrecientan entre hombres y mujeres, lo que coloca a éstas en una posición de mayor vulnerabilidad.

El aborto, es otro grave problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, pues se lleva a cabo en condiciones insalubres e inseguras. La OMS define el aborto inseguro como “el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, el cual es llevado a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y/o en condiciones no sanitarias”, lo que pone en riesgo de enfermedad y muerte a las mujeres que recurren a esta práctica (19).

2.8 CONTROL PRENATAL

En un estudio observacional analítico realizado en Buenos Aires, en el cual se analizó la relación entre los requisitos que debe cumplir el control prenatal, de ser precoz (primera consulta en el primer trimestre), periódico, completo (mínimo cinco controles) y de cobertura global e indicadores de riesgo biológico-social y de daño perinatal, se observó una elevada ausencia de control prenatal (20,8%) y especialmente asociada a RCIU ($p=0,01$), muerte fetal ($p=0,001$) y mortalidad neonatal precoz (0,370), la mediana del número de controles fue baja (5,2) siendo menor en los grupos con daño perinatal. La primera consulta fue tardía (24 ± 8 semanas de gestación). Las diferencias según el nivel educacional no fueron clínicamente relevantes, el comienzo fue más tardía en las multigestas (20).

En Colombia según un análisis se observa altas coberturas de atención prenatal (97%) y del parto institucional (98%), algunas ineficiencias detectadas fueron: la falta de detección del riesgo por enorme variabilidad en las técnicas de medición, sólo una de cada dos pacientes fue examinada completamente y no se realizaron exámenes ginecológicos en la mayoría de ellas; el incumplimiento de las normas se estimó en un 35%; y hubo insuficiencia en la capacidad resolutoria de los servicios.

De esta manera, el problema de mortalidad materna parece concentrarse prioritariamente en la calidad de la atención. Según el



comité de mortalidad materna, alrededor del 80% de las muertes fueron calificadas como “evitables” y se demostró que la atención prenatal no fue la mejor (21).

2.9 SUPLEMENTOS EN EMBARAZADAS

En el embarazo aumentan las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. La dieta materna tiene que aportar nutrientes energéticos y no energéticos (vitaminas y minerales) en cantidad suficiente para el desarrollo del feto y para mantener su metabolismo durante los nueve meses de gestación. En ocasiones la dieta no es suficiente y es necesario recurrir a la utilización de suplementos. La exposición a determinados nutrientes en períodos críticos de la vida, así como la deficiencia o el exceso de alguno de ellos, puede comprometer el crecimiento y desarrollo fetal y condicionar el riesgo a padecer determinadas enfermedades en la vida adulta. Hoy disponemos de pruebas sobre el beneficio de los suplementos de algunas vitaminas y minerales con el fin de mejorar los resultados perinatales.

Se ha demostrado el efecto que ejerce la dieta materna en los resultados perinatales: en poblaciones sometidas a restricciones dietéticas, como la holandesa durante la Segunda Guerra Mundial, se observó un aumento en la tasa de infertilidad, aborto y retraso de crecimiento intrauterino; también es bien conocida la relación entre el déficit de ácido fólico y el aumento de defectos del tubo neural (DTN).

Acido fólico (Vitamina B₉)

Los folatos son un conjunto de compuestos con estructura y propiedades biológicas similares a las del ácido fólico, intervienen en procesos fundamentales como es la síntesis proteica y del ADN. Son *nutrientes esenciales*, que el hombre no puede sintetizar, y por tanto tiene que incorporarlos a través de la dieta.

Las células son muy susceptibles al déficit de folatos en periodos de gran actividad metabólica, como es el de la embriogénesis. El déficit de folatos está relacionado con DTN, que son la anomalía congénita más



frecuente tras las cardiopatías congénitas. Se producen como consecuencia de un fallo en la fusión del tubo neural durante la embriogénesis precoz, entre los días 21 y 27 de vida embrionaria, puede expresarse como: *anencefalia* y *encefalocele* (malformaciones incompatibles con la vida) y en la columna vertebral al *síndrome de espina bífida*, que agrupa a un conjunto de defectos que van desde la hendidura aislada de la columna vertebral, al meningocele y mielomeningocele. En España en el año 2005 la frecuencia país fue del 0,2 %. En el 90% de los casos aparecen como malformaciones aisladas y en el 10% restante formando parte de un síndrome.

Un ensayo llevado a cabo en gestantes de alto riesgo con un hijo previo afectado de DTN, demostró que el suplemento con 4 mg de ácido fólico disminuía la recurrencia del defecto en un 72%. Los niveles debían estar elevados durante el período de la concepción y hasta 30 días posteriores, que es cuando finaliza el cierre del tubo neural, otros trabajos demostraron el efecto protector de la suplementación con ácido fólico con dosis de 0,4 mg, tanto en una población de alta prevalencia como en otra de baja prevalencia. También se ha demostrado que la ingesta de ácido fólico disminuye la tasa de labio leporino y las cardiopatías congénitas.

Hierro

El hierro forma parte de la hemoglobina y por tanto participa en el transporte de oxígeno. La mayoría de mujeres a lo largo de la gestación van a presentar cambios hematológicos secundarios a la deficiencia de hierro. De hecho, la anemia ferropénica es la deficiencia nutricional más frecuente entre las embarazadas. Se produce una disminución de los niveles de hemoglobina y de hierro sérico, mientras que la capacidad total de transporte de hierro aumenta. Se considera *anemia en el embarazo* cuando la concentración de hemoglobina (Hb) es menor de 11.0 g/dL durante el primer y tercer trimestre, o menor de 10.5 g/dL durante el segundo trimestre, esto nos lleva a la necesidad de suplementar hierro en estos periodos de la gestación.



Los niveles de Hb menores de 9.5 g/dL antes o durante el segundo trimestre, o inferiores a 11.0 g/dL cerca del término se asocian con bajo peso al nacer, prematuridad y al aumento de la mortalidad perinatal, sobre todo cuando son inferiores a 8.5-9.5 g/dL. Además, el déficit de hierro perjudica el rendimiento cognitivo y el desarrollo físico de los recién nacidos.

El Centre for Disease Control and Prevention (CDC) recomienda la suplementación universal con hierro para cumplir con los requerimientos en el embarazo, excepto en caso de ciertas enfermedades genéticas tales como la hemocromatosis, la dosis recomendada de hierro elemental al día durante el embarazo (30 mg), se encuentra en 150 mg de sulfato ferroso, o 300 mg de gluconato ferroso (22).

2.10 ANEMIA EN EL EMBARAZO

En un estudio descriptivo efectuado de marzo a mayo de 2006 en Valladolid, Yucatán, México, a 51 mujeres embarazadas se les aplicó una encuesta clínico-epidemiológica, biometría hemática y perfil de hierro se observó que de las 51 mujeres, 35.2% tenía anemia, más frecuente en el segundo y tercer trimestres, y 25.6% eran adolescentes. El perfil anormal de hierro se encontró en 41% de las pacientes. El 30% (9/51) tenía anemia ferropénica, más frecuente en el tercer trimestre. Las mujeres con anemia ferropénica habían tenido, en promedio, cuatro embarazos. Concluyendo que la prevalencia de anemia ferropénica fue de 17.64%, más evidente en el tercer trimestre, y las alteraciones hematológicas fueron más frecuentes en las mujeres multíparas. En la cuarta parte del grupo de estudio confluyeron adolescencia y embarazo, dos situaciones que demandan mayores necesidades de hierro. Es fundamental la creación de programas sobre nutrición desde la niñez e incorporar el hierro sérico en el cuidado y la atención prenatal para el adecuado desarrollo y seguridad de la madre y su hijo (23).

2.11 DIABETES Y EMBARAZO



En el mundo, la asociación de diabetes y embarazo tiene una frecuencia entre 1 y 5%, variando en relación a la población analizada, al área geográfica y a los criterios diagnósticos utilizados. Rodríguez y Román reportaron en España en un estudio de 1059 gestantes una frecuencia de 6.4%. Huidobro en Chile, reportó en una serie de 234 pacientes en el 2001 un 11.2% de diabetes, mientras que por su parte, Belmar y Salinas reportaron en este mismo país en el 2004 una frecuencia de 7.7%. Corcoy y Cerqueira encontraron en Valencia (España) en el 2008 un 16%.

En Cienfuegos, Cuba la incidencia de la diabetes en el embarazo según Torres y Vázquez quienes estudiaron una serie de 13 603 gestantes en el año 2005, sólo encontraron diabetes en el 1.63% (24).

2.12 INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EMBARAZADAS

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo. Se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello una seria morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas), siendo más frecuente en multíparas, en medio socioeconómico bajo y de acuerdo con la edad (a mayor edad, mayor predisposición a este tipo de infecciones), por lo que es importante el manejo desde la aparición de una bacteriuria asintomática en estas pacientes.

En un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Puebla, México, para estimar la prevalencia de las IVU en pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, durante el periodo comprendido entre 2007 y 2009, se encontraron 83 casos de pacientes embarazadas con infección de vías urinarias, estimándose la prevalencia en 1.78%. La edad promedio de presentación fue de 25-30 años (25).



2.13 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Es el cuadro caracterizado por la presencia de contracciones uterinas con frecuencia e intensidad superiores a los patrones normales para cada edad gestacional, capaces de ocasionar modificaciones cervicales. Se considera anomalía de la duración del embarazo cuando el parto se produce fuera del límite considerado fisiológico para la duración de la gestación (37 a 41 semanas completas).

La incidencia del parto Pretérmino en Argentina para el 2007 fue alrededor del 7%. Para el CLAP, en Latinoamérica, la incidencia supera el 10%. La frecuencia en EEUU, se ha mantenido estable en los últimos 15 años, en 10% (26).

2.14 BASE CIENTÍFICA DEL USO DE CORTICOIDES

Los efectos fisiológicos de los corticoides en el pulmón en desarrollo son:

- Aumento de surfactante endógeno por incremento de la producción de las proteínas B y C por los neumocitos tipo II.
- Aumento de *compliance* y *capacidad pulmonar total*.
- Disminución de permeabilidad capilar.
- Estimulan la maduración de estructuras parenquimatosas.
- Mejora la reabsorción de líquido pulmonar.
- Potencia la respuesta al surfactante exógeno.

La administración de corticoides simula la exposición endógena que ocurre in útero y que contribuye a la maduración de diversos órganos y sistemas, entre ellos el pulmón y el cerebro.

Los corticoides endógenos permanecen estables hasta la 30 semana de gestación (14-28 nmol/l). En el tercer trimestre se produce un aumento (paralelo al del cociente lecitina/ esfingomielina) de hasta siete veces alcanzando a término valores cercanos a los 125 nmol/l.



Durante el trabajo de parto estos niveles se triplican (500-600 nmol/l), desciende en la primera semana de vida y alcanza posteriormente cifras similares a las del adulto.

En prematuros de 28 semanas de gestación, sólo representan un valor aproximado del 40% de los niveles de niños a término.

Según meta análisis los mejores beneficios se observa cuando el nacimiento se produce luego de 24 hs y los 7 días de la aplicación del corticoide, con edades gestacionales entre 24 y 34 semanas, administrados por una sola ocasión.

Los que se prefieren son la Dexametasona y la Betametasona por:

- ✓ Ambos cruzan fácilmente la placenta en sus formas activas.
- ✓ El agregado de flúor aumenta su acción glucocorticoide y disminuye el efecto mineralocorticoide, e inmunosupresora.
- ✓ Tienen mayor duración de acción que otros corticoides (27).

2.15 EFECTOS DEL APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL PARTO

En un ensayo clínico aleatorizado se evaluó los efectos del apoyo psicosocial durante el parto, y el puerperio inmediato proporcionado por un acompañante. Los resultados de la frecuencia de la lactancia materna exclusiva un mes después del nacimiento fue significativamente mayor en el grupo de intervención, así como los comportamientos que promueven la lactancia materna. Más mujeres en el grupo de intervención percibieron un alto grado de control sobre la experiencia del parto, y la duración del parto fue más corto que en el grupo de control (4.56 horas vs 5.58 horas). Tuvo un impacto más limitado de las intervenciones médicas, tal vez debido a la estricta rutina en los procedimientos del hospital, los antecedentes culturales de las mujeres, la corta duración de la intervención, y el perfil del acompañante. Es importante incluir el apoyo psicosocial como un componente de estrategias de promoción de la lactancia materna (28).



2.16 MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

El manejo activo consiste en la administración de un oxitócico profiláctico antes de la entrega de la placenta, y por lo general pinzamiento y corte temprano del cordón, y la tracción controlada del cordón umbilical. La "conducta activa" sistemática es mejor que la "expectante" ya que reduce la pérdida de sangre, la hemorragia puerperal, la prolongación del tercer periodo y otras graves complicaciones de la tercera etapa del parto. El manejo activo debe ser el manejo rutinario de para aquellas mujeres cuyo parto se realizará por vía vaginal en el hospital o maternidad (29).

2.17 LA EDAD MATERNA FACTOR DE RIESGO

Un estudio clínico retrospectivo de corte transversal compara los resultados del parto y la morbi-mortalidad materno-perinatal de la gestante de 35 años o mayor con los de la gestante menor de 35 años. De 10 445 partos, 744 correspondieron a gestantes añosas (7,1 %). Hubo significativamente más partos distócicos en las gestantes añosas (19,2 % vs 10,6 %), incluyendo presentaciones podálica (7,3%), transversa (0,9%) y otras raras (0,6 %), habiéndose atendido más partos podálicos por vía vaginal (6,1 % vs 2 %); la incidencia de cesáreas fue 11 %. La tasa de mortalidad materna fue 397 por 100 000 nacidos vivos en la gestante mayor y 41 por 100 000 nacidos vivos en la menor de 35 años, diferencia de significancia estadística. En la madre añosa, la mortalidad perinatal se debió con mayor frecuencia a la asfixia severa (30%), prematuridad (16,6 %) y malformaciones congénitas (13,3 %). Por lo tanto la gestante de 35 años o más tiene riesgo reproductivo alto y requiere de buena orientación preconcepcional, control prenatal con enfoque de riesgo y descarte de malformaciones fetales, parto institucionalizado y monitorización materna y perinatal pre, intra y posparto (30).



2.18 PATOLOGÍA PUERPERAL

El puerperio es el periodo desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna. La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente; aunque las pautas de profilaxis han disminuido mucho la incidencia de esta patología, en España las muertes maternas por causa obstétrica indirecta el 27,27% corresponde a patología infecciosa, muchas de estas pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta.

La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38° al menos durante dos días y entre los días 2º y 10º tras el parto. Se puede deber a causas genitales o extra genitales.

La patología vascular del puerperio incluye cuadros de gravedad importante, representando una de las principales causas de mortalidad materna. Se incluye la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar como la complicación más grave de la primera.

No parece que la patología psiquiátrica sea más frecuente en el puerperio que en otra época de la vida, pero sí que se describen los cuadros relacionados con este periodo, como son el “blues”, la depresión puerperal y la psicosis puerperal.

Por último, otros cuadros poco frecuentes, pero que pueden constituir una emergencia médica en el puerperio son el síndrome de Sheehan, la miocardiopatía periparto y la tiroiditis postparto (31).

2.19 SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

La Historia Clínica Perinatal (HCP) constituye la fuente de datos más valiosa con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar

La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención de mujer gestante y el recién nacido. Es de uso sencillo y de bajo costo.



La hoja está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal inmediato. Se listan preguntas que en su casi totalidad se contestan con respuestas cerradas. La diagramación de la HCP facilita que los datos sean recabados sistemáticamente en el momento oportuno.

La HCP contiene los datos indispensables para el manejo de la mayoría de los casos de bajo riesgo.

El Sistema Informático Perinatal comprende la Historia Clínica Perinatal, el Carné Perinatal y un componente informático que contiene los Programas para el procesamiento de la información que permite el ingreso de Historias Clínicas Perinatales y su almacenamiento en bases de datos para su posterior procesamiento. El análisis de las bases de datos se realiza a través de programas automatizados que incluyen indicadores preestablecidos o a través de programas de selección y descripción de variables que permiten realizar análisis más específicos y complejos (32).

2.20 PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN AMÉRICA LATINA (CHILE Y URUGUAY).

En Uruguay se ha observado un descenso de la mortalidad materna mediante estrategias fundamentales: fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de atención a las mujeres, humanización del parto y nacimiento, al tiempo que se incentiva a los equipos de las maternidades de todo el país a cumplir con normas, jerarquizar el equipo de salud interdisciplinario, pero sobre todo el equipo que en forma respetuosa acompaña el proceso de gestación, parto, puerperio y amamantamiento, protocolos y excelencia en el abordaje de estas circunstancias especiales para los derechos de las mujeres, las familias y los recién nacidos.

En Chile son notables 3 diferencias relacionadas con la organización de los servicios de atención materna: primera es el papel de la territorial geográfica, planificación de la disponibilidad del servicio, en segundo lugar la existencia de personal capacitado específicamente para



proporcionar mano de obra y la atención al parto y, por último, el nivel de exhaustividad de las estrategias de prestación de servicios. La reducción de la mortalidad materna es vista como el efecto de poner en práctica estas estrategias (33).

2.21 Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México

Se obtuvo información completa de 94 casos de mortalidad materna, de certificados de defunción y expedientes clínicos. La mayor parte de casos se ubicó en el rango de 19 a 24 años de edad con 40% (36), le sigue el grupo entre 25 a 34 años de edad con 36.37% (33), y por último se encuentran el grupo de mayores de 35 años con 23.3% (18). La edad media en muertes maternas hospitalarias fue de 27.8 y las no hospitalarias de 26.7, con un rango de 14 a 43 años. Referente al estado civil, la mayor parte de los casos de mortalidad materna hospitalaria y no hospitalaria, eran casadas (47.9%) y vivían en unión libre (33%); 4.3%, eran solteras. La mayoría reportó ocupaciones y actividades relacionadas con el hogar (82.5%). En relación con el grado de escolaridad, no hubo diferencias entre mortalidad materna hospitalaria y no hospitalaria; la mayoría se ubicó con nivel de secundaria completa (36.1%), y primaria completa (32.5%), sin educación o primaria incompleta fue 18.1%. Acerca de la derechohabiencia, la mayoría de las mujeres no contaba con algún servicio médico (76.7%). La mayor cantidad de muertes sucedió en hospitales públicos (66.7%) (34).

Mortalidad materna: evento trágico

Se estima que la región Latinoamericana y el Caribe aportan 23 000 muertes maternas anuales, suceden 65 diarias, con una razón media regional de 180 por 100 000 nacidos vivos en 1990 y 130 para 1995, con rangos de 6 (Canadá), 12 (Estados Unidos), y 1 000 (Haití). Venezuela tiene cifras oficiales cercanas a 60 por 100 000 nacidos vivos (6,22-27). En los países que conforman la región bolivariana o Área Andina de naciones, representados por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y



Venezuela. Durante el 2008 un estudio pertinente, recabó la información de la páginas oficiales de internet en materia de salud y estadísticas vitales (28), se totalizaron 2 282 muertes, lo que representa para la región una razón de muerte materna promedio de 126,58 por cien mil nacidos vivos, valor considerado alto. Las cifras individuales por países en orden descendente fueron: Bolivia (2003), 230 y las causas principales hemorragia 35 %, toxemia 21 % y sepsis; Perú (2001), 185, las causas principales hemorragia 47 %, sepsis 15 % y toxemia 12 %; Ecuador (2005), 84,95, las causas principales toxemia 30 %, hemorragia 29 % y sepsis 7 %; Colombia (2005), 173,05, las causas principales toxemia 26 %, hemorragia 17,7 % y sepsis 6 %; y Venezuela (2005), 59,9, las causas principales hemorragia 28 %, toxemia 26 %, y sepsis 13 %. Podemos observar que el promedio de esta región está por debajo del promedio de Latinoamérica (25,26), pero sólo se trata de promedios, pues incluyen a dos de los países con mayores problemas de América (Bolivia y Perú) (35).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y calidad de la atención en el servicio de obstetricia en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Determinar las diez primeras causas de morbilidad materna en el primer semestre del año 2010.
- ❖ Determinar las diez primeras causas de mortalidad materna en el primer semestre del año 2010.
- ❖ Analizar el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según las normas del Ministerio de Salud Pública en el Servicio de Obstetricia en el Hospital Vicente Corral Moscoso que contemplan el personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.
- ❖ Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad de atención en el servicio de obstetricia.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGIA

4.1 *Tipo de estudio:*

Se trata de una investigación de tipo descriptiva.

4.2 *Área de estudio:*

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

El 12 abril de 1977, el Hospital San Vicente de Paul inauguró una moderna infraestructura física, tecnológica y cambio su nombre a Hospital Vicente Corral Moscoso (Anexo 3).

MISION

Es una entidad hospitalaria que en base a las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo de sus productos y servicios, para satisfacer las demandas del usuario/a ciudadanos (/as) que es su razón de ser.

VISION

Al 2013 el HVCM, es un moderno y dinámico sistema organizacional hospitalario con capacidad para gestionar procesos que responden a la demanda de servicios de salud de tercer nivel, aplica normas técnicas de referencia y contrareferencia, sustentado en los principios generales del Sistema Nacional de Salud: Inclusión y Equidad Social, Bioética, enfoque de género, generacional, interculturalidad. Con calificada y reconocida acción de su talento humano especializado y capacitado, presupuesto acorde a sus reales necesidades operativas, infraestructura funcional, tecnología de avanzada y abierta participación social con veeduría ciudadana.



En 2009 el hospital contaba con 277 camas, 49 médicos, 32 enfermeras, 44 internos y 28 auxiliares, se atendieron 3798 partos vaginales, 1476 cesáreas, con un promedio de 420 a 460 alumbramientos por mes, entre partos y cesáreas, generalmente de 120 a 160 cesáreas y de 280 a 300 partos vaginales.

El HVCM no tiene población asignada por ser un hospital general de referencia.

4.3 Población de estudio:

Todas las mujeres atendidas por parto vaginal o por cesárea en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral en el período de abril a septiembre de 2010. Que fueron 2739, y el 100% de las historias están ingresadas en el SIP.

4.4 Criterios de inclusión:

Mujeres en estado de gestación que acudieron a esta casa de salud para dar a luz ya sea por parto vaginal o cesárea donde se obtuvo producto/s vivo o muerto durante el periodo abril – septiembre del año 2010. Mujeres embarazadas que fallecieron por cualquier causa dentro del hospital Vicente Corral.

4.5 Criterios de exclusión:

Mujeres que ingresaron con cualquier tipo de aborto al servicio de ginecología. Mujeres que ingresaron por parto domiciliario o parto producido fuera del servicio de gineco-obstetricia.

4.6 Variables

Se estudiaron las variables de la Historia Clínica Perinatal desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y que se incluyen en las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Anexo 1):

Domicilio – localidad, teléfono, fecha de nacimiento, edad, etnia, alfabetización, estado civil, lugar del control prenatal, número de identidad, antecedentes familiares, antecedentes personales, gestas previas, partos / vaginales –



cesáreas, abortos, nacidos vivos, nacidos muertos, viven, muertos 1ra semana, muertos después de 1ra semana, fin embarazo anterior, embarazo planeado, fracaso de método anticonceptivo antes de embarazo actual, peso anterior, talla, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, confiabilidad de la edad gestacional, fumadora activa, fumadora pasiva, drogas, alcohol, violencia, anti rubéola, antitetánica, examen odontológico y de mamas, cérvix, grupo Rh, toxoplasmosis, infección por virus de inmunodeficiencia humana, prueba de hemoglobina, Fe/folatos, VDRL/RPR sífilis confirmada por FTA, chagas, paludismo / malaria, bacteriuria, glucemia en ayunas estreptococo b 35 - 37 semanas, preparación para el parto consejería en lactancia materna, consultas prenatales, parto – aborto, fecha de ingreso, carné, consultas prenatales total, hospitalización en embarazo, corticoides prenatales, inicio, rotura de membranas anteparto, edad gestacional al parto, presentación / situación, tamaño fetal. Acompañante trabajo de parto - detalles en partograma, nacimiento, fecha y hora del nacimiento, múltiple, terminación, indicación principal de inducción o parto operatorio, posición parto, episiotomía, oxitócicos, placenta, ligadura del cordón precoz, medicación recibida, patologías maternas. Sección: recién nacido: sexo, peso al nacer, perímetro cefálico, longitud, edad gestacional, peso para edad gestacional, APGAR, reanimación, fallece en lugar de parto, referido, defectos congénitos, enfermedades, tamizaje neonatal, meconio. Sección: puerperio: antirubeola rutinaria, anti rubéola postparto. Sección: egreso del recién nacido: egreso recién nacido, alimento al alta, boca arriba, BCG, peso al egreso, certificado recién nacido, número de historia clínica del recién nacido, nombre del recién nacido, responsable. Sección: egreso materno: Egreso materno: Si la madre está viva, la madre presentó alguna complicación, la madre falleció. Sección: anticoncepción: Consejería, método elegido, responsable. También se considerarán los estándares para medir la calidad de atención materna y neonatal, que constan en las normas del MSP (Ver anexo 2): Insumos, equipos y medicamentos esenciales, control prenatal, atención del parto, administración de 10 UI. de Oxitocina a la parturienta, control del postparto, atención del/a recién nacido/a a término, atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado, complicaciones obstétricas, complicaciones neonatales, letalidad por complicaciones obstétricas directas, mortalidad neonatal, María Alexandra Pinos Crespo
 Lourdes del Rocío Vásquez Espinoza
 Verónica Leonor Zhinín Morales



complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades de salud, muertes maternas ocurridas en el Área de Salud.

4.7 Procedimientos para la recolección de información:

Para la elaboración de este proyecto se solicitó autorización en la Dirección Provincial de Salud del Azuay, a las autoridades del HVCM, donde se garantizó la confidencialidad de las personas que participaron en este estudio.

Se utilizó la información disponible en el libro de partos de Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso en los meses de abril a septiembre del 2010. Utilizamos el formulario 051 y la base de datos del Sistema Informático Perinatal llenada por los estudiantes de medicina que cursan el año de internado rotativo bajo la supervisión de los Médicos Residentes de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral. Se depuró la base de datos del Programa SIP, completando los datos ausentes con revisión de la Historia Clínica.

Además se llenaron los formularios de estándares e indicadores para medir la calidad de atención materna y neonatal, elaborados por el MSP.

Para el análisis de los estándares e indicadores de calidad se utilizaron tablas de los porcentajes cumplidos por meses. Los datos del formulario 051 se recolectaran mediante el software del Sistema Integrado Perinatal (SIP).

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Características generales de las mujeres atendidas

Tabla N° 1
Distribución de 2739 mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral, entre abril a septiembre de 2010, según características generales. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
Edad en años		
14 o <	15	0,5
15 – 19	621	22,7
20 – 34	1840	67,2
35 o >	263	9,6
Raza		
Blanca	1	0,0
Indígena	30	1,1
Mestiza	2672	97,6
Negra	35	1,3
Otra	1	0,0
Alfabetismo		
No	41	1,5
Si	2698	98,5
Estado Civil		
Casada	1284	46,9
Unión estable	828	30,2
Soltero	609	22,2
Otro	18	0,7

Elaboración: Las autoras

Fuente: SIP

Datos generales

Podemos observar que de 2739 mujeres atendidas en el área de gineco-obstetricia del HVCN de abril a septiembre del 2010 en su mayoría corresponden al grupo de edad de 20 a 34 años (67,2%), mestiza el 97,6%, alfabetas el 98,5%, casadas el 46%.



5.2 Antecedentes de las mujeres atendidas

Tabla N °2
Distribución de 2739 mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral, entre abril a septiembre de 2010, según antecedentes. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
Gestaciones previas		
0	1091	39,8
1-3	1467	53,6
4 o >	181	6,6
Abortos previos		
0	2419	88,3
1-3	317	11,6
4 o >	3	0,1
Cesáreas previas		
0	2354	85,9
1	293	10,7
2	85	3,1
3	7	0,3
Embarazo planeado		
Si	1013	37
no	1726	63
Fracaso método anticonceptivo		
No usaba	2371	86,6
Barrera	84	3,1
DIU	50	1,8
Hormonal	205	7,5
Emergencia	1	0,0
Natural	28	1

Elaboración: Las autoras

Fuente: SIP

Antecedentes

Podemos observar que de 2739 mujeres atendidas en el área de Gineco-obstetricia del HVCM de abril a septiembre del 2010 en su mayoría tuvieron de 1 a 3 gestas previas (53,6%), y cero abortos previos (88.3%), en relación a la planificación del embarazo en su mayoría no fue planeado (63%) y no usaba método anticonceptivo el 86,6%.

Con respecto a cesáreas previas el 0,3% fue cuarta cesárea.



5.3 Gestación actual y atención prenatal de las mujeres atendidas

Tabla N° 3

Distribución de 2739 mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral, entre abril a septiembre de 2010, según Gestación Actual y Atención Prenatal. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
EG confiable por FUM		
No	399	14,6
Si	2340	85,4
EG confiable por ECO <20 s.		
No	2221	81,1
Si	518	18,9
Anti rubeola previa		
Previa al emb.	589	21,5
No sabe	1353	49,4
Embarazo	80	2,9
No se puso	717	26,2
Antitetánica		
No	549	20,0
Si	2190	80,0
Examen Odontológico		
No	848	31,0
Si	1891	69,0
Exploración de Mamas		
No	908	33,2
Si	1831	66,8
Exploración de Cérvix/PAP		
Normal	1056	38,6
Anormal	22	0,8
no se hizo	1660	60,6
Factor Rh		
Rh +	2678	37,6
Rh -	61	13,3
no se hizo	1345	49,1
Fe/Folatos		
No	93	
Si	2646	
Bacteriuria menor de 20s		
Normal	1030	37,6
Anormal	364	13,3
no se hizo	1345	49,1
Bacteriuria mayor de 20s		
Normal	1087	39,6
Anormal	493	18,0
no se hizo	1159	42,3
Estreptococo B		
Negativo	332	12,1
Positivo	3	0,1
No se hizo	2404	87,8

Elaboración: Las autoras

Fuente: SIP



Gestación Actual y Atención Prenatales

Podemos observar que de 2739 mujeres atendidas en el área de Gineco-obstetricia del HVCM, en su mayoría (85,4 %) es confiable la Edad Gestacional por FUM, el 81,1% no es confiable la EG por ECO<20s. debido a que las embarazadas no se realizan a esta edad la ecografía, 49,4% no sabe si le administraron la vacuna anti rubeola, el 80% se administró la vacuna antitetánica, en su mayoría se realizó examen odontológico y de mamas, el 60% no se realizó PAP, el 13,3% presentó un examen de bacteriuria anormal en las primeras 20 SG, el cual aumentó al 18% luego de las 20SG, el 2,2% fue Rh -, el 87,8% no se realizó prueba para Estreptococo B, el 3,4% de estas madres no recibió Fe ni folatos durante su embarazo.



5.4 Controles prenatales de las mujeres atendidas

Tabla N° 4
Distribución de 2739 mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral, entre abril a septiembre de 2010, según controles prenatales. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
Carnet perinatal		
No	2193	80,1
Si	546	19,9
2-4	772	28,2
5-9	1740	63,5
10-99	96	3,5

Elaboración: Las autoras
Fuente: SIP

Podemos observar que de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstetricia del HVCN el 63,5% se realizó entre 5 a 9 controles prenatales. El 80,1% de gestantes no presentó el carnet perinatal.



5.5 Atención del parto de las mujeres atendidas

Tabla N° 5
Distribución de 2739 mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral, entre abril a septiembre de 2010, según atención del parto. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
Acompañante		
TDP		
Pareja	973	35,5
Familiar	739	26,9
Otro	44	1,6
Ninguno	983	35,9
Terminación		
vaginal espontánea	1957	71,4
Cesárea	781	28,5
Fórceps		0,0
Vacuum		0,0
Otra	1	0,0
Posición del parto		
Sentada	0	0,0
Cucilllas	2	0,1
Acostada	2737	99,9
Episiotomía		
No	1988	72,6
Si	751	27,4
Desgarros		
Sin dato	262	9,6
No	2477	90,4
Grado		
I	187	6,8
II	61	2,2
III	9	0,3
IV	5	0,2
Ocitócicos en TDP		
No	1920	70,1
Si	819	29,9
Analgesia.		
Tranquilizante		
No	1998	72,9
Si	741	27,1

Elaboración: Las

autoras

Fuente: SIP



En relación al apoyo emocional durante el trabajo de parto observamos que el 35,9% no tuvo acompañante durante el trabajo de parto. El 99,9% de partos fueron en posición acostada, vaginal espontánea (72,6%) y en su mayoría no se realizó episiotomía, y un reducido porcentaje (6,2%) presentó desgarro grado I.

El 70,1% no recibió oxitócicos en TDP y el 72,9% no recibió analgesia.



5.6 Causas de Morbilidad de las mujeres atendidas

Tabla N° 6

Distribución de 2739 mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral, entre abril a septiembre de 2010, según causas de morbilidad. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
Infección urinaria	432	15,8
HTA previa	21	0,8
Infección ovular	5	0,2
Infección puerperal	4	0,1
Pre eclampsia	57	2,1
Eclampsia	7	0,3
Diabetes		
I		0,0
II	10	0,4
Gestacional	1	0,0
Ruptura prem. de membranas	30	1,1
Amenaza parto pretérmino	30	1,1
Anemia	26	0,9

Elaboración: Las autoras

Fuente: SIP

Podemos observar que de 2739 mujeres atendidas en el área de gineco-obstetricia del HVCN de abril a septiembre del 2010 el 15,8% presentó infección de vías urinarias, 0,8% presentó HTA previa, 0,2% presentó infección ovular, 0,1% presentó infección puerperal, 2,1% presentó pre eclampsia, 0,3% presentó eclampsia, 0,4% presentó diabetes tipo II, 1,1% presentó ruptura prematura de membranas, 1,1% presentó amenaza de parto pre término, 0,9% presentó anemia durante el embarazo.



5.7 Causas de Mortalidad de las mujeres atendidas

Tabla N° 7

Causas de Mortalidad Materna en el Hospital Vicente Corral durante el año 2010. Cuenca 2011.

Cod. CIE 10	Causa	N°	%
O15	Eclampsia	2	20
O141	Preeclampsia severa	1	10
O72	Hemorragia postparto	1	10
O62	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	1	10
O441	Placenta previa	1	10
O45	Desprendimiento prematuro de la placenta	1	10
O751	Choque durante o después del trabajo de parto y el parto	1	10
O64	Trabajo de parto obstruido debido mala posición y presentación anormal del feto	1	10
O980	Tuberculosis que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1	10

Elaboración: Las autoras

Fuente: SIP.

Durante el año 2010 se presentaron nueve casos de muerte materna, siendo estas por causas directas o indirectas, se observa que las principales causas de mortalidad son: eclampsia (20%), pre eclampsia grave (10%), hemorragia postparto (10%), anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (10%), placenta previa (10%), choque durante o después del trabajo de parto y el parto (10%), trabajo de parto obstruido debido mala posición y presentación anormal del feto (10%), Desprendimiento prematuro de la placenta (10%) y tuberculosis que complica el embarazo, el parto y el puerperio (10%).



5.8 Estándares de calidad.

Tabla N° 8
Estándares de calidad de atención perinatal en el Hospital Vicente Corral
Moscoso durante el año 2010

Estándar	Indicador	Cumple la Norma		No Cumple la Norma	
		N°	%	N°	%
1	% Insumos esenciales atención Materna y RN.	360	100	0	0
2	Control prenatal atendido según norma.	360	100	0	0
3A	% Partos con partograma graficado y con control.	301	89,05	37	10,95
3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma.	272	95,1	14	4,9
4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	355	99,16	3	0,84
5	% de post partos con control según la norma.	334	93,3	24	6,7
7A	% partos atendidos por médico/a u obstetriz.	359	99,7	1	0,3
8A	% de pacientes con preeclampsia, eclampsia manejada según la norma.	83	94,3	5	5,7
8B	% de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma.	230	84,6	42	15,4
8C	% de infecciones obstétricas manejadas según la norma.	28	96,6	1	3,4
8D	% Partos Pretermino con Corticoides prenatales.	71	92,2	6	7,8
8E	% Partos Pretermino con Nifedipina como Útero inhibidor.	62	98,4	1	1,6
8F	% Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma.	48	96	2	4
10	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas.	4	1,17	335	98,82
12	% de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas.	723	23,6	2339,5	76,4
13	% de muertes maternas investigadas.	9	100	0	0



Elaboración: Las autoras

Fuente: Subdirección del HVCM

Podemos observar que para cada indicador se analizaron un determinado número de historias obteniéndose los siguientes resultados: El 100% de controles prenatales se atendieron según las normas, el 10,95% de partos no cuentan con partograma graficado y con control, en el 95,1% de partos se tomó decisiones frente a desviaciones de curva de partograma, en el 99,16% de partos se administró oxitocina como manejo activo de tercer periodo, quien asistió los parto fue el médico en un 99,7%, en el 93,3% de post partos se cumplió el control según la norma, en cuanto a las complicaciones obstétricas: el 94,3% de pacientes con preeclampsia, eclampsia fueron manejadas de acuerdo a la norma, el 96,6% de infecciones obstétricas fueron manejadas según la norma, en el 92,2% de partos pre término se usó corticoides prenatales y en el 98,4% de partos pre término se usó Nifedipina como útero inhibidor, el 96% de embarazadas con ruptura prematura de membranas fueron manejadas de acuerdo a norma, en el manejo de hemorragias obstétricas se observa un 15,4% que no fueron manejadas según la norma. Al momento de salida se observa una tasa de letalidad por complicaciones obstétricas del 1,17%, además encontramos que del total de las muertes maternas ocurridas en un 100% fueron investigadas. En promedio los estándares se cumplen en un 95%.

De los trece estándares que en esta tabla se presentan, cada una de ellas cuenta con múltiples variables que constan en el manual del MSP, las cuales fueron analizadas y resumidas por el personal de la subdirección del HVCM.



6. PROPUESTA DE GESTION

6.1 Caracterización de los principales problemas

- Desde la llegada de la madre al hospital se detecta que un gran porcentaje de ellas muy probablemente si se realizan los controles prenatales necesarios sin embargo no acuden con el respectivo carné prenatal.
- Al momento de la toma de los datos antropométricos; el personal auxiliar de enfermería no ponen un verdadero énfasis en este punto de gran importancia, pues en más de un 50% no se puede calcular la ganancia de peso final durante el embarazo.
- En el 10% de los partos atendidos durante el periodo de estudio no constan en los formularios los gráficos de las curvas de alerta ni la curva real del partograma.
- El personal de enfermería no se percatan de anotar o realizar todos los controles posparto dictados por la norma ya que el 6.7% no se cumplen.

6.2 Objetivos

- a) Mejorar la calidad de atención a las madres mediante un sistema donde se coordine y se organice una mejor comunicación entre las unidades de salud desde los centros de atención primaria hasta los hospitales.
- b) Detectar los más tempranamente posible la falta de llenado de alguna variable del formulario 051.
- c) Fomentar al personal la diaria actualización de sus conocimientos sobre las normativas en la atención materna neonatales del MSP.

6.3 Estrategias

Estrategias para el objetivo a

- Difusión amplia de los problemas detectados en el Hospital Vicente Corral Moscoso a los centros de atención primaria.



- Informe cuantitativo mensual o trimestral tanto de los centros de salud como del hospital de la calidad de atención brindada a la madre.

Estrategias para el objetivo b

- Realizar oportunamente el paso de los datos de las hojas de los formularios al software del SIP.
- Enfatizar los roles a cumplirse de cada uno del personal que labora en el departamento de Gineco obstetricia.

Estrategias para el objetivo c

- Análisis del conocimiento previo del personal que labora en el departamento de Gineco obstetricia acerca de las normativas dictadas por el MSP en la atención materno y neonatal.
- Coordinación entre los directivos de la Facultad de Ciencias Medicas y del Hospital Vicente Corral M. gestiones que lleven a optimizar la calidad de atención que brinden los internos a las madres durante su rotación de Gineco obstetricia.

6.4 Actividades

Actividades para el objetivo a

- Los centros de salud con sus respectivos puestos de salud realizan informes mensuales de sus actividades y el cumplimiento de las normas dadas por el Ministerio; al incrementar dentro del informe el porcentaje de madres embarazadas que fueron indicadas que deben llevar el carné prenatal a la casa de salud donde se produzca la atención del parto y la gran ayuda que da el mismo para identificar los factores de riesgo maternas y neonatales durante el trabajo de parto y nacimiento así como también el porcentaje que cumplieron con esta orden favorecería aun más la calidad de atención a la madre.



- En el Hospital Vicente Corral M. también, según la procedencia de la madre o el lugar donde se realice los controles prenatales se identificara el centro de salud que cumple o no con esta recomendación a la madre.

Actividades para el objetivo b

- El personal de enfermería durante la entrega de guardia deben comunicar y revisar el formulario 051 si se llenaron completamente las variables, distribuyendo los formularios que tengan datos escasos y los que no. De tal manera que sean avisados oportunamente al personal responsable del cumplimiento de dichos datos y si este problema no es solucionado en las próximas horas será comunicado al tutor o jefe para que tome las medidas pertinentes.

Actividades para el objetivo c

- Elaborar un test de preguntas basado en las normativas de atención materno y neonatal del MSP con el fin de evaluar el grado de conocimiento del personal de Gineco obstetricia y luego capacitar recalcando los puntos en donde se encuentre falencias.
- Realizar gestiones dentro de la Universidad de Cuenca en la cual se proponga que el coordinador del internado de medicina y enfermería capacite a los internos paso a paso sobre el llenado del formulario 051 que incluye el partograma y su importancia, definiendo sus actividades durante la rotación de Gineco obstetricia y las medidas que se tomaran en caso de incumplimiento. Tales capacitaciones se deberían dar durante la primera semana de cada nueva rotación que llegue al departamento y con revisiones mensuales de los formularios; evitando de esta manera la acumulación de formularios incompletos.

6.5 Responsables

Tutores del internado, médicos residentes, internos rotativos, personal de enfermería, Universidad de Cuenca, directores de los centros de APS, Dirección Provincial de Salud.



CAPÍTULO VI

7. DISCUSIÓN

Nuestro estudio recopiló las novedades que caracterizan la atención del parto en un hospital del Ministerio de Salud Pública en un período de seis meses y los resultados reflejan en algo la calidad de atención ofrecida por parte de los organismos estatales de salud a la madre embarazada. Esta calidad puede ser interpretada a través del análisis del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad normatizados por el MSP.

La infección del tracto urinario, hipertensión arterial previa, infección puerperal, diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo II, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y anemia, fueron las diez primeras causas de morbilidad, en tanto que eclampsia, pre-eclampsia, hemorragia postparto, anormalidades de la dinámica del trabajo de parto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, shock hipovolémico, y trabajo de parto obstruido debido mala posición y presentación anormal del feto fueron las causas de mortalidad.

Algunas de estas muertes, sin embargo, no se produjeron en el servicio de Gineco- Obstetricia puesto que no se encontraban en trabajo de parto y su ingreso a otros servicios de hospitalización se debió a patologías específicas.

En términos generales las entidades que identifican la morbilidad y mortalidad registradas en nuestras instituciones de salud tienen características similares a los reportes publicados.

En relación a la infección de vías urinarias como primera causa de morbilidad (15,8%) la incidencia fue muy superior a la descrita por Vallejo et al en Puebla en donde se observó una incidencia de 1,78%

La incidencia de trastornos hipertensivos observada (3,2%) fue menor en relación a la observada por León en Manizales, Colombia en donde fue de 4,2%. La incidencia de preclampsia -eclampsia observada (2,1%) fue menor



que la observada en Manizales (3,9%) y mucho menor que en los Estados Unidos donde se estima que entre el 5 y 10% de las embarazadas desarrollan trastornos hipertensivos.

La incidencia de RPM fue de 1,1% la misma que es similar a la observada por León (1,4%), esta patología es un problema obstétrico importante que origina una morbilidad materna seria y partos pretérmino.

La incidencia observada de amenaza de parto pretermino fue de 1,1%, que es significativamente inferior a la observada en Argentina (7%) y en Estados Unidos (10%).

La incidencia de diabetes mellitus que se observó fue de 0,4% que es muy inferior a las observadas en España (16%), Chile (7,7%) y Cuba (1,63%), con lo cual se demuestra que en los países desarrollados es mucho más frecuente esta patología.

Se observó una incidencia de anemia de 0,9% que es muy inferior a la observada en Valladolid, México por Vera et al, en donde se observó una incidencia de 17,64%.

Habría que tener en cuenta eso sí que en esas publicaciones las tasas referenciales son casi siempre parámetros epidemiológicos, es decir, son datos extraídos de la población involucrada en una investigación, en tanto que nuestros resultados provienen de las instituciones en donde recientemente se están implementando los sistemas automatizados de registro de datos, como el SIP que recoge la información únicamente de las usuarias de los hospitales generalmente públicos. El registro incluye las variables de la historia clínica Perinatal desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Esta condición hace que las cifras de morbilidad y mortalidad no sean extrapolables a la población aunque son una información muy útil para los objetivos que deben cumplir las instituciones de salud en favor de nuestras usuarias. Esta información es particularmente útil a la hora de gestionar la implementación de servicios y la adquisición de insumos en función de las necesidades para el cumplimiento de los estándares de calidad institucionales.



Es alarmante conocer que diariamente mueren 1000 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2009 hubo 386.000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. La mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos del milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El objetivo 5 del milenio consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 esta tasa sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el objetivo 5 hay que acelerar los progresos (4,8).

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.

El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. Más de la mitad tienen lugar en el África subsahariana, y un tercio en Asia Meridional. La RMM es de 450 por 100 000 nacidos vivos en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100 000 en las regiones desarrolladas. Catorce países tienen RMM iguales o superiores a 1000; exceptuando el Afganistán, todos ellos se encuentran en el África subsahariana: Angola, Burundi, Camerún, Chad, Guinea Bissau, Liberia, Malawi, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia y Rwanda (9).

La mayoría de muertes maternas encontradas se produjeron en pacientes entre las edades de 25 a 35 años observándose una incidencia similar en México en un estudio sobre Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos donde se observó que las edades mas frecuentes eran entre los 19 y 34 años.

Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales Bolivia (2003), 230 y las causas principales hemorragia 35 %,



toxemia 21 % y sepsis; Perú (2001), 185, las causas principales hemorragia 47 %, sepsis 15 % y toxemia 12 %; Ecuador (2005), 84,95, las causas principales toxemia 30 %, hemorragia 29 % y sepsis 7 %; Colombia (2005), 173,05, las causas principales toxemia 26 %, hemorragia 17,7 % y sepsis 6 %; y Venezuela (2005), 59,9, las causas principales hemorragia 28 %, toxemia 26 %, y sepsis 13 % (12).

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (15).

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. A si como una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede llevar a la muerte, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia (16, 29).

La segunda causa más frecuente de muerte materna el mundo, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande



para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea (18).

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica. La cobertura de la asistencia prenatal también es variable. En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan solo del 12%.

Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud (15,16).

Necesariamente, un estudio sobre la calidad de atención a la madre embarazada debe involucrar a todos los niveles de prestación de servicios médicos para que la información nos brinde un panorama global. En este sentido nuestro trabajo recogió la información de un semestre de atención de uno de los hospitales públicos del MSP de mayor complejidad en el austro del país. Las unidades operativas de menor complejidad no disponen del sistema de automatización de los registros y muy pocos de estos pequeños centros disponen del ambiente y equipamiento para salud materno infantil. Las labores que llevan este nombre se circunscriben al control de la embarazada y del niño, acción ciertamente de vital importancia, pero que no incluye al parto.



La mejora de la salud materna debe ser uno de los principales objetivos del MSP y su Sistema de Salud. La finalidad, reducir la mortalidad materna proporcionando orientación y fomentando las intervenciones clínicas y programáticas de eficacia demostrada (17).

Las estrategias deben incluir: el proporcionar orientación e instrumentos para aumentar la disponibilidad de servicios de salud de calidad para las embarazadas, la elaboración de directrices clínicas para el tratamiento de complicaciones antes, durante y después del parto, y la publicación de recomendaciones y normas sobre intervenciones que den continuidad asistencial a las madres y a los recién nacidos. Asimismo, promover la participación de los individuos, las familias y las comunidades para aumentar el acceso a una atención de calidad.



CAPÍTULO VII

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

7.1.1 Primeras causas de mortalidad materna:

- Las 10 primeras causas de mortalidad materna en el Hospital Vicente Corral durante el primer semestre del año 2010 fueron: eclampsia, pre eclampsia, hemorragia postparto, hipotonía uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, Síndrome de Hellp, shock hipovolémico, rotura uterina, parto distócico.
- La tasa de muerte materna en la provincia del Azuay en el 2009 fue de 139,7 por 100000 nacidos vivos. Se observa una disminución considerable con respecto a las tasas del año 2004 a pesar de ser este hospital el centro de referencia de varias provincias.

7.1.2 Primeras causas de morbilidad materna:

- Las 10 primeras causas de morbilidad materna en el Hospital Vicente Corral durante el primer semestre del año 2010 fueron: ITU, HTA previa, infección puerperal, pre eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional y DMTII, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, anemia.
- Existe una confluencia de factores socio-económicos, culturales, educativos, comunicativos, valorativos y administrativos que integran la causalidad de la morbilidad y muerte materna.

7.1.3 Cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según las normas del ministerio de salud publica en el servicio de obstetricia.

- Además hemos observado que no se cumplen con las normas ni los estándares completamente sino únicamente en un 95%, sobre todo por la falta de equipos, medicamentos insumos ya que debido a la



gran demanda de pacientes se consumen rápido, y no hay un abastecimiento constante.

- El sistema de referencia y contrarreferencia no funciona, si bien los hospitales cantonales realizan la referencia al Hospital Vicente Corral, no existe la contrarreferencia por lo tanto en caso de morbilidad y mortalidad tiene las tasas más altas.

Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad de atención en el servicio de obstetricia.

- Para poder mejorar la calidad de atención creemos que debemos comenzar brindando buen trato creando un ambiente de confianza para poder obtener información completa y confiable por parte de las pacientes, para así poder cumplir con las normas y estándares al 100%.
- El uso del formulario 051 (CLAP) ha sido de mucha utilidad ya que mediante este hemos podido ver cuáles son las patologías más comunes tanto para morbilidad como para mortalidad, identificar cuáles son los grupos más vulnerables y poder trabajar con estas madres.
- Que mensualmente se expongan los datos obtenidos del sistema informático y un listado de las variables con un llenado deficiente para que se vigile periódicamente y se trabaje sobre este aspecto para mejorar dicha información.

7.2 Recomendaciones

- Se debería crear una red de comunicación entre todos los hospitales para poder coordinar al momento que se realice las transferencias de pacientes indicando sobre diagnósticos, procedimientos realizados de forma precisa y con anticipación para así evitar el retraso de la atención que el momento en que la paciente arribe a esta casa de salud y brindar una atención eficaz y de calidad.



- El llenado del formulario 051 debería ser llenado en su totalidad para poder identificar la población con la que estamos tratando y lograr identificar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.
- El personal que llena el formulario 051 del sistema informático perinatal en este caso los internos de medicina, deberían ser controlados por los médicos residentes y tratantes quienes deberían asignar una calificación a esta actividad, para un mejor cumplimiento.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.) OMS/Mortalidad materna 2010. Disponible en
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- 2.) Ortiz J, Morales J. Por la Salud Materna Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia En la provincia del Azuay – Ecuador. 2010 Disponible en:
http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_docman&Itemid=77
- 3.) Vargas D, Mariño C. Caracterización De La Morbilidad Materna Extrema En El Instituto Materno Infantil – Hospital La Victoria, Bogotá 2010. Disponible En: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2519/1/597843.2010.pdf>
- 4.) OMS /OPS Reducir los Riesgos del Embarazo. Disponible en:
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html
- 5.) Ortiz J. Por la Salud Materna Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia En la provincia del Guayas – Ecuador 2008. Disponible en
http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=7&tmpl=component&format=raw&Itemid=77
- 6.) INEC Estadísticas De Nacimientos Y Defunciones Población Total Y Tasas Brutas De Natalidad, Mortalidad General, Mortalidad Infantil Y Materna, Según Regiones Y Provincias De Residencia Habitual Año 2009. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def1
- 7.) MSP/ CONASA. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado
- 8.) Herrera M Mario. Mortalidad Materna En El Mundo. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2003; 68(6): 536-543. Disponible en
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-



75262003000600015&lng=es.
75262003000600015.

doi:

10.4067/S0717-

- 9.) OPS. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, 2007 Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf
- 10.) OPS. Mortalidad Materna en Cifras Mundiales 2009. Disponible en <http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm>
- 11.) Secretaría Distrital De Salud De Bogotá /Dirección de salud pública. Mortalidad Materna 2008. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/Protocolos/Protocolos%20Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%BAblica/mortalidad%20materna.pdf>
- 12.) CONASA, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Septiembre 2008 Disponible en: http://www.cnna.gov.ec/_upload/plan%20de%20reduccion%20acelerada.pdf
- 13.) León J.E, M.D Morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas, Manizales. Colombia Médica 1997; 28: 77-84. Disponible en <http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/VOL28NO2/morbimortalidadmaterna.html>
- 14.) Carbonell G. et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. Santiago de Cuba 2009. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hie06309.pdf
- 15.) Salas B; Yopez E; Torres W; Orozco L; Hermina J; Ayabaca P. Manual de Estándares Indicadores E Instrumentos Para Medir La Calidad De La Atención Materno – Neonatal.2008.
- 16.) MSP/ CONASA. Componente Normativo Materno 2008. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/pubilicaiones.Html>



- 17.) MSP/ CONASA. Causas de muerte materna y neonatal 2008. Disponible en:
<http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/5.%20manual%20de%20Estandares.pdf>
- 18.) MSP/ CONASA. Adolescencia y muerte materna 2009. Disponible en:
<http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelMortalidadMaternayNeonatal.pdf>
- 19.) Romero I, Sánchez G., Romero E., Chávez M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores Socioculturales. Perinatología y Reproducción Humana Volumen 24, Número 1 pp. 42-50 2010. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101f.pdf>
- 20.) Grandi C, Saraqueta P. Control Prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Rev. Soc. Bol. Ped. 1997;36 Supl.1: S15-S20
- 21.) Pazmiño S, Guzmán N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Rev. Colomb. Obstet Ginecol vol.60 no.1 Bogotá Jan. /Mar. 2009. Disponible en http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000100004&script=sci_arttext
- 22.) López MJ. Sánchez JI. Sánchez MC. Calderay M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones, Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34: 117-128. Disponible en http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_62108_FICHERO_NOTICIA_22922.pdf
- 23.) Vera L, Quintal R, González P, Vázquez G. Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres embarazadas rurales en Valladolid, Yucatán, México. Disponible en <http://www.nietoeditores.com.mx/volumen-77-num-12-diciembre-2009/1856-prevalencia-de-anemia-ferropenica-en-mujeres-embarazadas-rurales-en-valladolid-yucatan-mexico.html>



- 24.) Matos Z, Agüero M. Diabetes Mellitus y embarazo durante el año 2008 en la Isla de la Juventud. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Disponible en <http://www.16deabril.sld.cu/rev/238/01.html>
- 25.) Vallejos C, López M, Enríquez M, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla Enfermedades Infecciosas y Microbiología, vol. 30, núm. 4, octubre-diciembre 2010. Disponible en http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30_4/prevalencia.pdf
- 26.) Elizalde Cremonte A. Amenaza de Parto Pretermino. Diagnostico. Conducta. Programa de Formación Continua en Medicina General. Universidad Nacional del Nordeste 2007.
- 27.) Quito B. Corticoides y prematuridad. Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay. Cuenca 2010.
- 28.) Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial British Journal of Obstetrics and Gynaecology October 1998, Vol. 105, pp. 1056-1063
- 29.) Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007
- 30.) Salazar M, Pacheco J, Scaglia L, Lama J, Munaylla R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbilidad materna y perinatal. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=270765&indexSearch=ID>



- 31.) Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 169-175
- 32.) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR 2009.
- 33.) Ruiz-Rodríguez M, Wirtz VJ, Nigenda G. Health Policy. Elementos de organización de los servicios de salud relacionados con una reducción de la mortalidad materna: los casos de Chile y Colombia 2006. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18995922?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1
- 34.) Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández-Girón C Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México Ginecol Obstet Méx 2010; 78(7): 357-364 2008. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=65614&id_seccion=407&id_ejemplar=6589&id_revista=40
- 35.) FANEITE A., Pedro. Mortalidad materna: evento trágico. *Gac Méd Caracas*. [online]. ene. 2010, vol.118, no.1 [citado 16 Mayo 2011], p.11-24. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0367-4762
- 36.) Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.
- 37.) Ijadunola KT, Ijadunola MY, Esimai OA, Abiona TC. New paradigm old thinking: The case for emergency obstetric care in the prevention of maternal mortality in Nigeria. *BMC Womens Health*. 2010; 10: 6. In the



PubMed library, 2010 Disponible en:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20163719?itool=EntrezSystem2.PE
ntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=
3](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20163719?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=3)

ANEXOS

Anexo 1

FORMULARIO #051

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: día ____ mes ____ año ____

EDAD (años): ____ < de 15 ____ > de 35 ____

ETNIA: blanca ____ indígena ____ mestiza ____ negra ____ otra ____

ALFA BETA: ____

ESTUDIOS: ninguno ____ primaria ____ secund. ____ univers. ____ años en el mayor nivel ____

ESTADO CIVIL: casado ____ unión estable ____ soltero ____ otro ____

Lugar del control prenatal: ____

Lugar del parto/aborto: ____

Antecedentes de gemelares: no ____ si ____

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC ____ diabetes ____ hipertensión ____ preeclampsia ____ eclampsia ____ otra cond. médica grave ____

PERSONALES: TBC ____ diabetes ____ hipertensión ____ preeclampsia ____ eclampsia ____ otra cond. médica grave ____

OBSTETRICOS: gestas previas ____ abortos ____ vaginales ____ nacidos vivos ____ viven ____

ULTIMO PREVIO: n/c ____ <2500g ____ normal ____ >4000g ____

3 espont. consecutivos ____

emb. ectópico ____

partos ____ cesáreas ____

Antecedente de gemelares: no ____ si ____

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día ____ mes ____ año ____

EMBARAZO PLANEADO: no ____ si ____

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no ____ si ____

no usaba ____ DIU ____ horm. ____ emen. ____ natural ____

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: ____ Kg

TALLA (cm): ____

FUM: ____

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. ____

1° trim ____ 2° trim ____ 3° trim ____

Rh: ____

Inmuniz. ____

TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG ____ ≥20sem IgG ____

1° consulta IgM ____

VIH: <20 sem ____ ≥20 sem ____

Hb <20 sem ____ ≥20 sem ____

Fe/FOLATOS: <20 sem ____ ≥20 sem ____

Hb <20 sem ____ ≥20 sem ____

ESTREPTOCOCCO B: <20 sem ____ ≥20 sem ____

PREPARACION PARA EL PARTO: ____

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: ____

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento

Prueba: no treponémica ____ treponémica ____

Tratamiento: no ____ si ____

Tto. de la pareja: no ____ si ____

CONSULTAS ANTENATALES

día ____ mes ____ año ____

edad gest. ____

peso ____

P A ____

altura uterina ____

presen. tación ____

FCF (lpm) ____

movim. fetales ____

protei. nuria ____

signos de alarma, exámenes, tratamientos ____

Iniciales Técnico ____

próxima cita ____

PARTO

FECHA DE INGRESO: día ____ mes ____ año ____

CONSULTAS PRE-NATALES: total ____

CARNÉ: no ____ si ____

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no ____ si ____

CORTICOIDES ANTENATALES: completo ____ incompleto ____ ninguna ____

INICIO espontáneo ____ inducido ____ cesar. elect. ____

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: <37 sem ____ ≥37 sem ____

EDAD GEST. al parto: semanas ____ días ____

PRESENTACION: cefálica ____ pélvica ____ transversa ____

TAMANO FETAL ACORDE: no ____ si ____

ACOMPANANTE: pareja ____ familiar ____ otro ____ ninguno ____

TRABAJO DE PARTO

HTA previa ____ HTA inducida ____ preeclampsia ____ eclampsia ____ cardiopatía ____ nefropatía ____ diabetes ____

infección urinaria ____ infección de tracto genital ____ R.C.I.U. ____ rotura prem. de membranas ____ anemia ____ otra cond. grave ____

1° trim ____ 2° trim ____ 3° trim ____

HEMORRAGIA postparto ____ infección puerperal ____ notas ____

NACIMIENTO

MUERTO: parto ____ ignora momento ____

hora ____ min ____

posición de la mano ____

PA ____

pulso ____

contr. /10' dilatación ____

altura present. ____

variedad posic. ____

meconio ____

FCF/dlgs ____

MÚLTIPLE: orden ____

TERMINACION: espont. ____ cesárea ____ otra ____

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: ____

POSICION PARTO

seriada ____ acostada ____

DESGARROS: Grado (1 a 4) ____

OCITOCICOS: prealumbr. ____ postalumbr. ____

PLACENTA: completa ____ incompleta ____ retenida ____

LIGADURA CORDON: precoz ____

RECIBIDO: no ____ si ____

anest. local ____ anest. regional ____ anest. general ____

transfusión ____ otros ____

especificar ____

RECIBEN NACIDO

SEXO: f ____ m ____

PESO AL NACER: ____ g

LONGITUD: ____ cm

EDAD GESTACIONAL: ____

PESO E.G. ____

APGAR: 1° ____ 5° ____

estimulac. ____ aspiración ____ máscara ____ oxígeno ____ masaje ____ tubo ____

FALLECE en LUGAR DE PARTO: no ____ si ____

REFERIDO: día ____ hora ____

ATENDIDO: médico ____ obst. ____ enf. ____ auxil. ____ estud. ____ empir. ____ otro ____

PUERPERIO

día ____ hora ____

T°C ____

P A ____

pulso ____

invol. uter. ____

loquios ____

DEFECTOS CONGENITOS

no ____ menor ____ mayor ____

ENFERMEDADES

no ____ si ____

TAMIZAJE NEONATAL

VDRL: no ____ si ____

Tb: no ____ si ____

TSH: no ____ si ____

Hbpatia: no ____ si ____

Bilirub. ____

Toxo IgM: no ____ si ____

Meconio 1° día: no ____ si ____

Antituberc. post parto: no ____ si ____

Yglbulina anti D: no ____ si ____

EGRESO RN

vivo ____ fallece ____

traslado ____

fallece durante o en lugar de traslado ____

EDAD: ____

ALIMENTO AL ALTA: lact. ____ parcial ____ artificial ____

Boca amba ____

BCG: no ____ si ____

PESO AL EGRESO: ____ g

EGRESO MATERNO

traslado ____

viva ____ fallece ____

fallece durante o en lugar de traslado ____

días completos desde el parto ____

ANTICONCEPCION

CONSEJERIA: no ____ si ____

METODO ELEGIDO: DIU post-evento ____ DIU ____ barrera ____ hormonal ____ ninguno ____

EGRESO MATERNO

día ____ mes ____ año ____

lugar ____

días completos desde el parto ____

responsable ____

EGRESO MATERNO

día ____ mes ____ año ____

lugar ____

días completos desde el parto ____

responsable ____

EGRESO MATERNO

día ____ mes ____ año ____

lugar ____

días completos desde el parto ____

responsable ____



Anexo 2

Estándares de Calidad

Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Calidad de la Atención Materno Neonatal	Cumple con la norma		No cumple con la norma	
	Nº	%	Nº	%
Control prenatal				
Partos con partograma graficado y con control				
Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma				
Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).				
Post partos con control				
RN en los que se realizó actividades de la norma				
Partos atendidos por médico/a u obstetiz				
RN atendidos por médico/a u obstetiz				
Pacientes con preeclampsia y eclampsia				
Hemorragias obstétricas manejadas				
Infecciones obstétricas manejadas				
Partos Pretérmino con Corticoides prenatales				
Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor				
Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas				
Recién Nacidos con infección				
Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios				
Recién Nacidos con Prematurez				

Anexo 3

Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca

