



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

**MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DÉCADA RELACIONADO A
CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO,
MILAGRO-2017**

AUTORAS:

**GRACE MERCY ALVARADO ASTUDILLO
VALERIA LEONELA AMAIQUEMA RODRIGUEZ**

TUTORA:

**OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC
BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR**

2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

**MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DÉCADA RELACIONADO A
CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO,
MILAGRO-2017**

AUTORAS:

GRACE MERCY ALVARADO ASTUDILLO

VALERIA LEONELA AMAIQUEMA RODRIGUEZ

TUTORA:

OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO, MSC.
DECANO O DELEGADO (A)**

**DR. BERMEO NICOLA CESAR AUGUSTO, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**LCDA. BERNAL MARTÍNEZ ELSA MARÍA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELÁ
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lcda. Betty Mazacón Roca, PhD
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Alina Izquierdo Cirer, Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
Dr. Hugolino Orellana Gaibor
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

En su despacho:

En mi calidad de tutora del proceso de titulación de las Srtas: **GRACE MERCY ALVARADO ASTUDILLO cc 094036709-7** y **VALERIA LEONELA AMAIQUEMA RODRIGUEZ cc 120749463-2** egresadas de la Carrera de **Obstetricia**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuyo tema es: **MUERTE MATERNA EN LA ULTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017**, me dirijo a usted y por su intermedio al Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo para poner a vuestro conocimiento que las postulantes han cumplido con todos los requerimientos estipulados en el instrumento de trabajo de titulación de la Facultad de Ciencias de la salud, para el desarrollo de la investigación con fines de obtención del título de Obstetrix .

Por lo que están **APTAS**, para presentar su trabajo de investigación, el mismo debe de ser sustentado y sometido a evaluaciones por parte del Jurado que designe el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo, a los 19 días del mes de septiembre del 2018.

ATT:



Obst. Ana Pasos Baños, Msc

C.I: 1205556127



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Obst. Ana María Pasos Baño, Msc., en calidad de Docente - Tutor de las estudiantes: Valeria Leonela Amaiquema Rodríguez, Grace Mercy Alvarado Astudillo, las mismas que están matriculadas en la modalidad de Proyecto de investigación, con el tema, **“MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017”**, de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Proyecto de investigación pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 19 días del mes de Septiembre del año 2018

Obst. Ana María Pasos Baño, Msc

CI: 1205556127



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



DECLARACION DE AUTORÍA

Nosotras, **GRACE MERCY ALVARADO ASTUDILLO CC 094036709-7** y **VALERIA LEONELA AMAIQUEMA RODRIGUEZ CC 120749463-2**, autoras del proyecto de investigación "MUERTE MATERNA EN LA ULTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017", somos responsables de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, las ideas, conceptos y procedimientos vertidos en el mismo.

Atentamente,

Grace Mercy Alvarado Astudillo

C.C 094036709-7

Valeria Leonela Amaiquema Rodriguez

C.C 120749463-2

Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis muerte materna Grace Alvarado Astudillo.doc (D41536243)
Submitted: 9/18/2018 6:53:00 AM
Submitted By: chayke13@gmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

PI-VERA-SUSETY-CONTRERAS-EVELIN-2018.docx (D41431931)

Instances where selected sources appear:

1



ANA MARIA PASOS BAÑD, ORST., MSc.
CC. 1205556127
TUTOR.
E-MAIL: ampasos@utb.edu.ve

DEDICATORIA

Me siento tan dichosa de llegar a este momento y tener el honor de poder dedicar mi trabajo de investigación ante todo a Dios por darme vida y salud para cumplir mis propósitos.

A esos ángeles a los que llamo padres que siempre han sabido guiarme, protegerme y hacer de mí una mujer con sólidos valores, ellos los que me brindaron su apoyo incondicional y gracias a su esfuerzo y sacrificio estoy a punto de cumplir un sueño que no solo es mío sino también de ellos.

A mi hija Jerely Macías que desde el día de su nacimiento ha sido mi inspiración y el mayor motivo de superación para culminar mi carrera universitaria, a mi esposo que a pesar de todas las adversidades nunca dejo de creer en mi capacidad de superación.

Por ultimo pero no menos importante a todas aquellas personas que aportaron para que esta anhelada meta sea alcanzada.

Valeria

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación se lo dedico primeramente a Dios por brindarme inteligencia, sabiduría y sobre todo salud para culminar con esta meta tan anhelada, por mí y mi familia.

A mis padres Abg. Pedro Alvarado y Lcda. Grey Astudillo que me han dado su apoyo incondicional, guiándome, aconsejándome y siempre dándome fortaleza para lograr mi objetivo. Especialmente a mi madre que ha sido un apoyo primordial, sembrando en mí, bases de responsabilidad y deseos de superación reflejándome siempre en sus virtudes y en la calidad de mujer y madre que es.

A mi esposo y compañero de vida Ufredo Ortiz por todo el apoyo brindado, por su amor, su esfuerzo y su confianza en todo momento.

A mis hijas Charlotte y Keyra que son mi felicidad, y motivación para levantarme cada día y por ser la fuerza que me inspire a ser una mujer ejemplar por ellas.

Grace

AGRADECIMIENTO

Tenemos la gran satisfacción de agradecer a todos los que han aportado para la realización de nuestro proyecto investigativo.

Al Hospital León Becerra Camacho de Milagro por aportarnos toda la información requerida para nuestra investigación, a la Doctora Melva Acosta nuestra tutora dentro del hospital la cual siempre nos brindó su ayuda, sus conocimientos y sus sabios consejos.

A la universidad técnica de Babahoyo por acogernos durante todo los años universitarios a todos los docentes que nos impartieron sus conocimientos, en especial a la Obstetra Ana Pasos por ser la docente que nos guió durante todo el proceso de realización del proyecto.

Valeria y Grace

TEMA

MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017.

RESUMEN

Es un término utilizado para describir la muerte de una mujer durante el estado de gestación o después de este. El objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre la Muerte Materna y causas directas en el Hospital León Becerra Camacho. Con la presente investigación de tipo observacional, descriptiva, se precisó el resultado del porcentaje de Muerte Materna en la última década relacionado a causas directas, La población consto de 17827 pacientes obstetricias atendidas entre el año 2008 al 2017. La muestra estuvo compuesta por 138 pacientes Obstétricas que atravesaron al menos una causa directa de muerte materna entre el año 2008 y 2017 y que fueron atendidas en la sala de Gineco-obstetricia. Los resultados de la investigación muestran que las causas directas son la mayor consecuencia de muerte materna con un 79%, siendo la hemorragia post parto la primera causa de muerte materna en dicha institución prevaleciendo en los últimos 10 años con 5 muertes maternas, la segunda causa de muerte materna son los trastornos hipertensivos con 4 muertes maternas, seguida de la sepsis que se presenta como la tercera causa de muerte materna habiendo 2 muertes maternas. En conclusión, se evidencia que la mayoría de muertes ocurridas durante el periodo de estudio en la institución de salud ha sido por hemorragia post-parto.

**PALABRAS CLAVES: MUERTE MATERNA – CAUSAS DIRECTAS –
HEMORRAGIA POST-PARTO – SEPSIS – HIPERTENSION ARTERIAL**

ABSTRACT

It is a term used to describe the death of a woman during or after the gestation stage. The objective of this investigation was to establish the relationship between Maternal Death and direct causes in the León Becerra Camacho Hospital. With the present observational, descriptive research, the result of the percentage of Maternal Death in the last decade related to direct causes was specified. The population consisted of 17827 obstetric patients attended between 2008 and 2017. The sample consisted of 138 patients Obstetricians who went through at least one direct cause of maternal death between 2008 and 2017 and who were treated in the Obstetrics-Gynecology ward. The results of the research show that direct causes are the greatest consequence of maternal death with 79%, postpartum hemorrhage being the first cause of maternal death in said institution prevailing in the last 10 years with 5 maternal deaths, the second cause of maternal death are hypertensive disorders with 4 maternal deaths, followed by sepsis that appears as the third cause of maternal death having 2 maternal deaths. In conclusion, it is evident that the majority of deaths occurred during the study period in the health institution has been due to postpartum hemorrhage.

KEYWORDS: MATERNAL DEATH - DIRECT CAUSES - POST-BED HEMORRHAGE - SEPSIS - BLOOD HYPERTENSION

INDICE GENERAL

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	III
CAPITULO I	1
1.PROBLEMA	1
1.1. Marco Contextual	1
1.1.2. Contexto Internacional	1
1.1.3. Contexto Nacional	2
1.1.4. Contexto Regional	4
1.1.5. Contexto Institucional.....	5
1.2 Situación Problemática.....	7
1.3. Planteamiento del Problema	9
1.3.1. Problema General:.....	9
1.3.2. Problemas Derivados:.....	9
1.4. Delimitación de la Investigación	10
1.4.1. Delimitación Espacial	10
1.4.2. Delimitación Temporal	10
1.5. Justificación.....	11
1.6. Objetivos	12
1.6.1. Objetivo General	12
1.6.2 Objetivos Específicos	12
CAPITULO II	13

2.MARCO TEÓRICO	13
2.1. Marco Teórico	13
2.1.1. Marco Conceptual.....	27
2.1.2. Antecedentes Investigativos	30
2.2 HIPOTESIS	35
2.2.1. Hipótesis general.	35
2.2.2 Hipótesis específicas.....	35
2.3. Variables.....	36
2.3.1 Variable Dependiente:.....	36
2.3.2 Variable Independiente:	36
2.3.4 Operacionalización de variables.	37
CAPITULO III.....	38
3.METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.1. Metodología de Investigación.	38
3.2. Modalidad de Investigación.....	38
3.3. Tipo de Investigación.....	39
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información	39
3.4.1 Técnicas	39
3.4.2 Instrumento	39
3.5 Población y muestra de la investigación.	40
3.5.1 Población.....	40
3.5.2 Muestra.....	40
3.6 Cronograma del Proyecto	41

3.7 RECURSOS	42
3.7.1 RECURSOS HUMANOS	42
3.7.2 RECURSOS ECONOMICOS	42
3.8 Plan de tabulación.....	43
3.8.1 Procesamiento y análisis de Datos	43
CAPITULO IV	44
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1 Resultados Obtenidos de la Investigación	44
4.3 CONCLUSIONES	52
4.4 RECOMENDACIONES	53
CAPITULO V	54
5 PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN	54
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación	54
5.2 Antecedentes	54
5.3 Justificación	56
5.4 Objetivos	57
5.4.1 Objetivo general.....	57
5.4.2 Objetivos específicos	57
5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación.....	58
5.5.1 Estructura general de la propuesta.....	58
5.5.2 Componentes	58
5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	59
5.6.1 Alcance de la alternativa	59

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

ANEXO 1. Algoritmo de hemorragia post-parto

ANEXO 2. Algoritmo de sepsis

ANEXO 3. Algoritmo de trastornos hipertensivos del embarazo

ANEXO 4. Matriz de Consistencia

ANEXO 5. Ficha de datos del Hospital León Becerra Camacho del periodo 2008 hasta el 2017.

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. MUERTE MATERNA EN EL ECUADOR.....	14
Cuadro 2. Relación entre la muerte materna y las causas directas	44
Cuadro 3. Relación entre muerte materna y hemorragia post-parto	46
Cuadro 4. Relación entre muerte materna y sepsis.....	48
Cuadro 5. Relación entre muerte materna y trastornos hipertensivos	50

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Relación entre la muerte materna y las causas directas.....	45
GRÁFICO 2.. Relación entre muerte materna y hemorragia post-parto.....	46
GRÁFCO 3. Relación entre muerte materna y sepsis	48
GRÁFICO 4. Relación entre muerte materna y trastornos hipertensivos	50

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. Se estima 1 defunción materna cada minuto, de los cuales menos del 1 % ocurrieron en países desarrollados. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas, por razón de que los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan en todo el mundo desde los años 50. (Suárez González, Gutiérrez Machado, & Lorenzo González, 2012).

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre la Muerte Materna y causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro basándonos en los datos estadísticos registrados en dicha institución, dentro del proyecto se tratara investigar si La Muerte Materna en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, está relacionada directamente a causas directas, y cuál de estas causas es la que mayor incidencia tiene dentro de esta institución, además también se analizara la estrategias que han implementado dentro de la misma, entre ellas una de las más importantes y que ha logrado resultados óptimos es la implementación del banco institucional de sangre para que los familiares de las pacientes no tengan que dirigirse al banco de sangre de esta ciudad evitando la mortalidad materna por hemorragias obstétricas basándonos en las evidencias esta es la causa por la que se dan complicaciones graves dando como resultado casos de muerte materna.

Hoy en día el tema de la morbilidad materna es una cuestión de gran importancia, no sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación de economistas, políticos, académicos y en general de toda la sociedad y el Estado; debido a su impacto en los índices de desarrollo de cada uno de los países y en indicadores fácilmente medibles, como el índice de desarrollo humano y los índices de desigualdad que reflejan la importancia de estos temas dentro de las prioridades de una nación desarrollada o en vías de desarrollo. La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas identificadas: hemorragia, hipertensión durante el embarazo, sepsis, abortos inducidos inseguros y partos obstruidos. (Daniel Cortés, 2013)

El trabajo de investigación acerca de muerte materna en la última década relacionado a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017 es de tipo observacional, transversal, descriptivo no experimental en el cual se detallaron las variables de estudio obtenidas de las bases de datos de pacientes atendidas en el hospital durante la última década, se observó una población de 17827 gestantes que fueron atendidas en la unidad de Gineco-obstetricia, y se seleccionó de acuerdo a las variables todas las mujeres que presentaron al menos una causa directa de muerte materna para lo cual se estudió las tres principales: Hemorragia post-parto, sepsis y Trastornos Hipertensivos del embarazo.

Los resultados de nuestro estudio realizado en el Hospital León Becerra Camacho en la última década muestra que las causas directas son la mayor consecuencia de muerte materna, y siendo la hemorragia post parto la primera causa de muerte materna en dicha institución prevaleciendo en los últimos 10 años con 5 muertes maternas, en esta casa de salud, presentándose como segunda causa de muerte materna los trastornos hipertensivos dejando 4 muertes maternas durante la última década, seguida de la sepsis que se presenta

como la tercera causa de muerte materna habiendo 2 muerte una en el 2012 y otra en el 2017.

En la investigación de la muerte materna en la última década relacionada a causas directas en el hospital león becerra Camacho de milagro, se evidencia que la mayoría de muertes ocurridas durante el periodo de estudio en la institución de salud ha sido por hemorragia post-parto. Hubo exactamente 14 muertes maternas: 3 a causa indirecta y 11 por causas directas de las cuales 5 muertes fueron a causa de hemorragias postparto, 4 muertes se dieron por trastornos hipertensivos y 2 por sepsis, dándonos cuenta que la hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en la institución de estudio, seguida por los trastornos hipertensivos, siendo la sepsis la tercera causa de muerte materna dentro del hospital antes mencionado.

Se ha dado al menos una muerte materna en cada año desde el 2008 e incluso hubo un incremento de muerte materna en los años 2015 y 2016 lo que es preocupante ya que es de conocimiento que la mayoría de las muertes ocurridas son evitables y las estrategias planteadas por el ministerio de salud pública como alarma materna, manejo activo del tercer periodo entre otros obedecen a planificación internacional y a políticas sanitarias mundiales como las relacionadas a los objetivos de desarrollo sostenible.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1. Marco Contextual

1.1.2. Contexto Internacional

El “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave” es un paso más para mejorar la salud de las mujeres, que contribuye indirectamente a los esfuerzos de los países para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5. (OPS & Reproductiva, 2014).

Se basa en las siguientes estrategias y objetivos:

Estrategia 1: Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos. **Objetivo 1:** Aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad fecunda, haciendo énfasis en el grupo de adolescentes. (OPS & Reproductiva, 2014).

Estrategia 2: Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud. **Objetivo 2:** Contar con servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud. (OPS & Reproductiva, 2014).

Estrategia 3: Recursos humanos calificados. **Objetivo 3:** Aumentar el número de recursos humanos calificados para la atención pre-gestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud (OPS & Reproductiva, 2014).

Estrategia 4: Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas, **Objetivo 4:** Fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y las estadísticas vitales en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales (OPS & Reproductiva, 2014).

1.1.3. Contexto Nacional

El Ministerio de Salud Pública (MSP), como Autoridad Sanitaria Nacional a desarrollado las siguientes estrategias para la disminución de la morbilidad y mortalidad materna. (MSP, 2016)

(MSP, 2013): **La estrategia CONE:** ofrece servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Además fortalece el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna e incorpora la mortalidad neonatal definido para el efecto.

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021: articula los esfuerzos de todos los subsistemas del Sistema Nacional de Salud (SNS), para la planificación y asignación de recursos que permita brindar una atención de calidad desde el marco de los Derechos Humanos. Uno de los derechos fundamentales de hombres y mujeres es la planificación familiar, la misma que debe incluir información y acceso a métodos anticonceptivos

modernos, con la finalidad que las mujeres y las parejas ejerzan el derecho a decidir si quieren o no tener hijos o hijas, cuantos y en qué momento, fomentar el espaciamiento de los embarazos y posponer o evitar el embarazo en mujeres con mayor riesgo de morir, sobre todo en las más jóvenes y en aquellas que ya han tenido varios hijos y/o hijas. (MSP, 2017)

(SENPLADES, 2017)**El plan toda una vida:** Reducir la mortalidad materna ha sido un eje fundamental dentro de las políticas del sector social; sin embargo, este sigue representando un desafío para el país, sobre todo en la implementación de los programas y las políticas en todo el territorio. Una de las metas para el 2021 es Reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021.

Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos: incluye los lineamientos para la determinación del riesgo obstétrico y el manejo de las emergencias obstétricas – clave roja, clave azul, clave amarilla, DER azul, rojo y amarillo; está orientado a agilizar y estandarizar la atención de gestantes y puérperas. El propósito de esta normativa es estandarizar los criterios de manejo a nivel nacional y que sean el soporte permanente para el personal de salud que trabaja en la atención de gestantes y puérperas en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. (MSP, 2016)

Al revisar la estadística del ministerio de Salud Pública del Ecuador podemos observar que según el anuario de estadísticas vitales de nacimientos y defunciones la Razón de Muerte Materna en los años 2008- 2011 es: En el año 2008 la razón de la mortalidad materna es de 47,68, mientras que en el año 2009 la razón de la mortalidad materna es de 60,28. Para el año 2010 la razón de la mortalidad materna es de 59,04. En el año 2011 la razón de la

mortalidad materna es de 77,4 (INEC, Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013, 2013)

Según los datos de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica reporta datos de defunciones maternas en Ecuador de los años 2012- 2017. En el año 2012 se reportaron 102 casos de muertes maternas. Para el año 2013 se reportaron 64 casos de muertes maternas. Mientras en el año 2014 se reportaron 69 casos de muertes maternas. Para el año 2015 se reportaron 66 casos de muertes maternas. Ya en el año 2016 se reportaron 65 casos de muertes maternas. Y En el año 2017 se reportaron 68 casos de muertes maternas de los cuales 23 defunciones maternas ocurrieron en la zona 5; en la Provincia del Guayas 15, en la Provincia de los Ríos 4, Santa Elena 5. (Epidemiologica, 2017)

1.1.4. Contexto Regional

(SENPLADES, Agenda Zonal 5, 2015) A nivel nacional se ha emprendido acciones para reducir la mortalidad materna; sin embargo, el embarazo adolescente incrementa los riesgos ligado a un escaso control durante el embarazo y la asistencia de personal capacitado en el parto. En provincias donde las mujeres embarazadas no eran asistidas por profesionales por cuestiones culturales, se ha implementado el programa de parto adaptado; que consiste en prácticas ancestrales en pro de incrementar el parto asistido y mejorar las condiciones de salubridad durante el parto en las comunidades. En la zona, la razón de defunciones es de 54,9 relacionadas al embarazo, parto y puerperio por cada 100 mil nacidos vivos en el 2012. En Bolívar, el indicador es más inestable con incrementos y bajas muy amplias desde el 2000. En Galápagos dado que no se obtienen estadísticas para los últimos años; en el 2002 y 2003 las defunciones triplicaban a las del resto de provincias.

1.1.5. Contexto Institucional

El Cantón Milagro tiene una población de 145.025 según los datos del INEC en el censo del año 2010. En el Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro en el área de Gineco-obstetricia se atienden 150 pacientes diarias distribuidas de la siguiente manera en el área de Consulta externa se atiende un promedio de 60 pacientes al día, en emergencia Gineco-obstétrica de 70 pacientes, y alrededor de 20 pacientes entre partos y cesáreas en el área de quirófano. Esta área cuenta con 50 camas: emergencia 5, quirófano: 7, hospitalización: 30 y sala de acogida: 8. La mayoría de las pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho de Milagro vienen de las zonas urbano marginales y rurales como por ejemplo Mariscal Sucre, Simón Bolívar, Naranjito, El Triunfo, Naranjal, Kilometro 26 incluido Yaguachi.

El área de Gineco-obstetricia ofrece múltiples servicios entre ellos Consulta externa, atención de patologías ginecológicas, patologías obstétricas, atención del parto, cirugías Gineco-obstétricas, planificación familiar solamente para los eventos post-obstétricos como partos, legrados y embarazos ectópicos.

Por la problemática que existe por muerte materna el Hospital León Becerra Camacho ha implementado estrategias institucionales: Es que a toda paciente que llegue a emergencia se le de atención, aplicando la normativa del Ministerio de Salud Pública, se seleccionó un área del Hospital para hacer una sala de acogida especialmente para paciente que vienen de zonas urbano marginales de esta manera serán examinadas periódicamente y evitando así complicaciones que ocurren durante el proceso del trabajo de parto.

se aumentó el personal de 2 a 4 en el área de consulta externa para la atención de pacientes que son referidas del Primer nivel para controlar a la paciente a partir de las 32 semanas evitando así la morbi-mortalidad materna; en el área de emergencia y toco quirúrgica se aumentó el personal de 4 a 8 profesionales y 2 el área de Hospitalización.

Se implementó el banco institucional de sangre para que los familiares de las pacientes no tengan que dirigirse al banco de sangre de esta ciudad evitando la mortalidad materna.

1.2 Situación Problemática

(INS, OPS, & OMS, 2016) La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1 000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

(Romero Pérez , Sánchez Miranda, Romero López, & Chávez Courtois, 2015) Durante el proceso reproductivo, los factores de riesgo se relacionan con aspectos biológicos, hereditarios, psicológicos y emocionales, situación socioeconómica y cultural. Además, se incluyen condiciones desfavorables orgánicas, ambientales y de comportamiento, así como el acceso a los servicios de atención a la salud. Los riesgos asociados con la gestación se relacionan con los antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres: la alta paridad, intervalo entre cada embarazo, resultados de embarazos previos, enfermedades y operaciones anteriores, que propician el deterioro y desnutrición del organismo; entre otros.

(González Sáenz & Soto Cerdas, 2017) Aunque el embarazo es considerado un proceso biológico normal, el mismo se asocia con varios cambios anatómicos y fisiológicos que incrementan el riesgo de muerte, con una mayor vulnerabilidad en aquellas mujeres mayores de 35 años, de raza negra y aquellas que no recibieron un control prenatal adecuado.

Como evento natural, la maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos de la medicina actual. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas. Las metas de los Objetivos del Milenio proponen dos indicadores para el monitoreo del progreso en la atención de la salud materna: la razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos por personal profesionalizado. El acceso a cuidados médicos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, principalmente durante las complicaciones obstétricas, es considerado la piedra angular para prevenir la muerte materna en la propuesta de la OMS.(Olazarán Gutiérrez MC, Anzaldo Campos MC, Zonana Nacach MC, & Gonzaga Soriano MC, 2014)

1.3. Planteamiento del Problema

1.3.1. Problema General:

¿Cuál es la relación entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017?

1.3.2. Problemas Derivados:

¿Cuál es la relación entre la muerte materna y la hemorragia obstétrica en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017?

¿Cuál es la relación entre la muerte materna y sepsis en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017?

¿Cuál es la relación entre la muerte materna y los trastornos hipertensivos en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017?

¿De qué manera se puede disminuir la incidencia entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017?

1.4. Delimitación de la Investigación

1.4.1. Delimitación Espacial

Hospital General León Becerra Camacho

1.4.2. Delimitación Temporal

Última Década 2007-2017

1.5. Justificación

La finalidad de la investigación es tener una perspectiva clara sobre la Muerte Materna en la última década relacionado a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017, La preocupación de la muerte materna es a nivel mundial por eso debemos evidenciar las principales causas de muerte materna y relacionar si se dan en mayor número por causas directas, sin embargo, no podemos dejar de lado factores asociados preocupantes para toda la población como son la falta de accesibilidad a establecimientos de salud, la pobreza extrema que se vive en ciertas poblaciones de nuestro país.

La muerte materna es también un problema social, ya que muchas familias se quedan sin un pilar fundamental en su hogar. Además, se expondrán las múltiples estrategias que se han implementado a nivel mundial para reducir la morbi-mortalidad materna que como futuras obstetras debemos tener conocimiento.

Es conocido que el Objetivo 3 del Milenio es: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; y una de sus metas es de aquí al 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (CEPAL, 2016) La tasa de muerte materna es un indicador importante en el desarrollo en un país, se debe tener claro que un control prenatal integral y asesoría sobre la señales de peligro solo a la embarazada si no a su familia puede evitar la muerte materna.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Establecer la relación entre la Muerte Materna y causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017

1.6.2 Objetivos Específicos

- 1 Establecer la relación entre la muerte materna y la hemorragia obstétrica en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017
- 2 Establecer la relación entre la muerte materna y sepsis en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017.
- 3 Establecer la relación entre la muerte materna y los trastornos hipertensivos en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017
- 4 Evaluar las estrategias de alarma materna que permitan disminuir la incidencia entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Teórico

La etapa de gestación es una de las más complejas en la vida de una mujer, donde los cambios fisiológicos son muy dinámicos; considerándose como una etapa que tiene una elevada morbi-mortalidad, esto debido a las complicaciones que pueden darse en cualquier momento -incluso teniendo los cuidados necesarios. (R. Mejía , M. Cárdenas, Miñan Tapia, & Torres Riveros, 2016)

La muerte materna se relaciona a causas directas según lo descrito por (OMS, 2018): Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones Sepsis (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).

(OMS, 2018) Muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

CUADRO 1. MUERTE MATERNA EN EL ECUADOR

CAUSAS DE MUERTE MATERNA	2017
HEMORRAGIA	14 CASOS
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	11 CASOS
SEPSIS	14 CASOS

Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

HEMORRAGIA POST PARTO

(Arce Herrera, y otros, 2013) La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea mayor de 500 mL posterior a un parto vaginal o la pérdida superior a 1000 mL posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución de 10 % del nivel de hematocrito. Se clasifica en:

1. **Primaria:** Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina. (Arce Herrera, y otros, 2013)
2. **Secundaria:** Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posteriores a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos. (Arce Herrera, y otros, 2013)

Etiología

Entre los motivos de hemorragia obstétrica en el primer trimestre de la gestación están el aborto, la enfermedad trofoblástica y el embarazo ectópico, sin embargo, las dos primeras se pueden presentar en el segundo trimestre. Las hemorragias del segundo y tercer trimestre son ocasionadas por la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la ruptura uterina. (Ruiz Rosas, Cruz Cruz , & Torres Arreola , 2011)

(Solari A, Solari G, Wash F, Guerrero G, & Enriquez G, 2014) Entre las causas obstétricas de sangrado existen aquellas que se presentan antes del parto, durante trabajo de parto y posterior a éste. Una manera fácil de recordar las causas de HPP es utilizando la nemotecnia de las "4T" 1. Tono (70%): Incluye la atonía o inercia uterina 2. Trauma (19%): Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina 3. Tejidos (10%): Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal 4. Trombina (1%): Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas

Criterios diagnósticos

Perdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas), Descenso del hematocrito 10 o más puntos, Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos, Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl; Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre. (Asturizaga & Toledo Jaldin, 2014)

Manejo

(MSP, 2013) El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas. Los componentes habituales del MATEP incluyen:

Paso 1. Uso de agentes uterotónicos:

Dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) producto(s) y administre 10 UI de oxitocina intramuscular (IM). Si no hay oxitocina disponible, se puede usar 600 mcg de misoprostol por vía oral. Otros uterotónicos como: 0,2 mg IM de ergometrina o metilergometrina. (MSP, 2013)

Paso 2. Tracción y contra tracción del cordón umbilical.

No se recomienda la tracción controlada del cordón sin la administración de fármacos uterotónicos o antes de observar signos de separación de la placenta, ya que esto puede provocar la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero. No se debe realizar la tracción del cordón umbilical sin aplicar la contra tracción por encima del pubis con la otra mano. (MSP, 2013)

Paso 3. Masaje uterino posparto

Después del alumbramiento, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga. Durante las dos primeras horas, se debe controlar que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales. (MSP, 2013)

Balón bakri

(Cruz Cruz, Peña Dehesa, Cérbulo Vasquez, & Guzmán López, 2016)
Desde la década de 1990 se ha implementado la colocación de balones de silicón para detener la hemorragia posparto, este mecanismo también ha sido eficaz en los casos de hemorragia por atonía uterina. El uso de balones de silicón reporta una tasa de éxito de 80 a 100%, con lo que se evita la histerectomía obstétrica, que se asocia con mayor pérdida de sangre y morbilidad concomitante.

(Fonseca Chimá, 2015) Mientras el balón permanezca en la cavidad uterina, la oxitocina debe continuarse en infusión continua durante 24 horas; Al usar el balón, es importante reducir el riesgo de infección iatrogénica por bacterias vaginales que producen contaminación hacia la cavidad uterina. Varias publicaciones sugieren una cefalosporina como el antibiótico indicado. La duración de este puede ser profiláctica (dosis única) o continúa por 24 hasta 48 horas mientras el balón permanezca en la cavidad uterina. En la mayoría de los reportes se ha retirado el balón en 24 horas, con una tasa de desinflado que varía desde 20 ml/h hasta la mitad del volumen del balón en 12 horas. No obstante, la duración del balón intrauterino puede estar supeditada a la clínica de la paciente en los casos en que el sangrado continúa.

Traje antishock

(MSP, 2016) El traje antishock no neumático es una inversión de bajo costo, fácil de usar y que reduce el riesgo de muertes asociadas a hemorragia obstétrica. Es una prenda de neopreno ligero que se compone de cinco segmentos que se cierran herméticamente con velcro. El traje antishock no neumático aplica presión a la parte inferior del cuerpo y el abdomen ayudando a estabilizar signos vitales. Ayuda a mantener la circulación en órganos esenciales tales como corazón, riñones, cerebro y pulmones.

SEPSIS: SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA

(SIRS): “Es una respuesta adaptativa y apropiada (que puede incluir la leucocitosis) de la paciente a un agente infeccioso o a otros insultos, que no tiene por qué conllevar una disfunción orgánica ni posteriores complicaciones”. (BARCELONA & DÉU, 2017)

SEPSIS: “Es una disfunción orgánica potencialmente letal que se presenta en una paciente con infección. Se debe a un desequilibrio entre agentes pro y anti-inflamatorios, lo que implica la destrucción de tejidos”. (BARCELONA & DÉU, 2017)

SHOCK SÉPTICO: Es una situación grave en la que las alteraciones celulares, metabólicas (acidosis, hiperlactatemia) y de la perfusión no se corrigen con la reposición hídrica, requiriendo la administración de agentes vasopresores. La mortalidad en un paciente en shock séptico puede superar el 40%. (BARCELONA & DÉU, 2017)

ETIOLOGIA

(Mejía Monroy, Moreno Espinoza, Téllez Becerril, & Turcios Mendoza, 2013) La etiología de la sepsis severa y el shock séptico durante embarazo y el posparto puede ser el resultado de las siguientes causas obstétrica: Corioamnionitis, Endometritis posparto (más frecuente después de la cesárea), Aborto séptico, Tromboflebitis pélvica séptica, Infección de herida de cesárea, Infecciones de episiotomía.

DIAGNOSTICO

(Rhodes, 2016) Recomendamos la obtención de los cultivos de sangre en pacientes con sospecha de sepsis o choque septicémico antes del inicio del tratamiento antibiótico. Sin embargo, la relación riesgo/beneficio favorece la administración rápida de antibióticos si no fuera logísticamente posible obtener los cultivos en forma oportuna. Los cultivos microbiológicos de rutina adecuados siempre incluyen al menos dos conjuntos de cultivos de sangre (para aerobios y anaerobios).

Criterios diagnósticos de sepsis

(Neira Sanchez & Málaga, 2016) Infección documentada o sospechada y uno de los siguientes parámetros:

Parámetros generales: “Fiebre temperatura > 38,3 °C, Hipotermia Temperatura < 36 °C, Frecuencia cardíaca > 90 latidos/minuto, Taquipnea > 30 respiraciones/minuto, Alteración del estado mental, Edema significativo, Hiperglucemia en ausencia de diabetes”. (Neira Sanchez & Málaga, 2016)

Parámetros inflamatorios: “Leucocitosis glóbulos blancos > 12000/ μ L, Leucopenia glóbulos blancos < 4000/ μ L, Recuento de glóbulos blancos normal con más del 10% de formas inmaduras, Proteína C reactiva en plasma”. (Neira Sanchez & Málaga, 2016)

MANEJO Y TRATAMIENTO

Tratamiento antibiótico

Iniciar en la primera hora reduce la mortalidad en sepsis. Se recomienda iniciar con antibiótico de amplio espectro como, por ejemplo, racilatazobactam, 4,5 gramos IV cada 6 horas o meropenem, 1 a 2 gramos cada 8 horas. En caso de no disponer de los antibióticos anteriores, se puede usar el antibiótico de mayor espectro que posea la institución, como, por

ejemplo: clindamicina 600 mg IV cada 6 horas más gentamicina 240 mg IV día. En los casos específicos en los que el mejor fármaco para la madre no sea seguro para el feto, como las quinolonas, pero sea la única opción, se debe administrar prevaleciendo la salud materna, previo consentimiento informado. (Petro Urrego, y otros, 2013)

Control del foco infeccioso

En la Corioamnionitis debe lograrse el parto tan pronto como sea posible, independientemente de la edad gestacional. En la paciente con cuello favorable y/o que está en trabajo de parto espontáneo se prefiere el parto vaginal. Si se prevé una inducción prolongada, la cesárea puede ser una mejor opción en la paciente hemodinámicamente estable. (Petro Urrego, y otros, 2013)

Monitorización fetal e intervenciones obstétricas

(Petro Urrego, y otros, 2013) Las intervenciones que mejoran la estabilidad hemodinámica materna y el aporte de oxígeno al feto resultarán en una mejoría de los resultados maternos y fetales. En los embarazos entre las 24 y 34 semanas, las decisiones deben basarse en el pronóstico materno y respuesta al tratamiento. La cesárea para el beneficio fetal en una madre inestable incrementa la morbilidad y mortalidad materna, pero en una paciente con evolución estacionaria revertir los cambios de la gestación puede ser beneficioso. La cesárea perimortem debe practicarse en caso de paro cardiorrespiratorio a pacientes que se les conozca edad gestacional viable o a quienes el tamaño uterino al examen físico sobrepase el nivel del ombligo, dentro de los primeros cuatro minutos después del paro, y simultáneamente con la reanimación materna.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACION

(OMS, 2014) Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. Entre los trastornos hipertensivos que

complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas.

ETIOLOGIA

(MSP, 2014) “Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica”.

HIPERTENSION GESTACIONAL

(S. Voto, Hipertensión en el embarazo, 2015) La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. En la actualidad los términos más aceptados son hipertensión inducida por el embarazo, si no está acompañada por proteinuria, y preeclampsia cuando la proteinuria está presente.

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Es muy probable que la hipertensión arterial que aparece en la gestante multípara o en una que tuvo hipertensión arterial antes, sea crónica; también es más evidente este diagnóstico cuando la hipertensión era conocida antes del embarazo o fue descubierta antes de la semana 20 de gestación; asimismo puede presentarse cuando en la primera mitad del embarazo se encuentra una tensión arterial de 120/80 mm de Hg o una presión arterial media mayor que 90 mm de Hg. La hipertensión arterial moderada de (160/100 mm Hg) evoluciona favorablemente. Cuando al inicio de la gestación la TA es de 180/100 mm de Hg o más, el pronóstico es grave. El descenso de la tensión arterial en el segundo trimestre es un signo de buen pronóstico (Rigol Ricardo, 2004)

PREECLAMPSIA

(Fernández Alba, 2009) Hipertensión que se presenta después de la semana 20 en una mujer previamente normotensa. Sistólica igual o mayor que 140 mmHg o diastólica igual o mayor que 90 mmHg en dos ocasiones con diferencia de 6 h. con proteinuria igual o mayor que 0.3 g en orina de 24 h. este hallazgo se correlaciona con 1 + o más en tira reactiva.

(Villanueva Egan & Collado Peña, 2012) Se han identificado entre los diferentes factores que incrementan el riesgo de preeclampsia: la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al espermatozoides de la misma pareja, pareja masculina con antecedente de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, gestación multifetal, enfermedad trofoblástica gestacional, antecedente de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus pregestacional, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos, procesos infecciosos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino.

DIAGNOSTICO

(Jiménez Cotes, Martínez Sánchez, Vargas Grisales, Agudelo Vélez, & Ortiz Trujillo, 2013) La detección de gestantes en riesgo se basa en los antecedentes obstétricos, médicos y familiares. Factores de riesgo como historia médica de hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes, obesidad, edad >35 años y características del embarazo, como embarazo gemelar o embarazo molar, episodios previos de preeclampsia o anomalía congénita fetal, aumentan el riesgo de sufrir PE. Aquellas pacientes con diagnóstico previo de PE tienen un 60% de riesgo de padecerla nuevamente.

MANEJO

(Cararach Ramoneda & Botet Mussons, 2015) **Preeclampsia leve.** Terminar la gestación al llegar a término sin sobrepasar la semana 40. No se ha demostrado que se mejore con reposo, ni con tratamiento hipotensor. Se debe controlar la aparición de signos de gravedad, para poder iniciar el tratamiento en el momento oportuno. Dada la evidencia actual, en el Ecuador se recomienda el inicio de tratamiento de una emergencia hipertensiva en el embarazo con:

Primera línea: “nifedipina sólido oral de 10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral. Dosis máxima 120 mg en 24 horas”. (MSP, 2016)

Segunda línea: hidralazina líquida parenteral de 20 mg/ml, 5 mg intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos, ó 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30 mg intramuscular. (MSP, 2016)

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)

Impregnación: (MSP, 2016) 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).

Mantenimiento: “50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora)”. (MSP, 2016)

ECLAMPSIA

(Fescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012) Es la presencia de convulsiones y/o coma en una mujer que sufre preeclampsia. El inicio de los síntomas pueden ser anteparto, intraparto o postparto durante las primeras 4 semanas del puerperio.^{22– 24} Síntomas premonitorios de eclampsia son la cefalea occipital o frontal, visión borrosa, fotofobia, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho abdominal y alteración del estado de conciencia.

OTROS CRITERIOS DE SEVERIDAD:

Renal: “Oliguria menor de 0,3 cc/kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc/día) Creatinina aumentada”. (Fescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012)

Neurológico: “Síntomas de inminencia de eclampsia: fosfenos, cefalea, epigastralgia, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales. Eclampsia”. (Fescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012)

Respiratorio: “Edema pulmonar y cianosis”. (Fescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012)

Hematológico: “Trombocitopenia (menor de 150.000 por cc). Hemoglobina aumentada en estados de hemoconcentración o disminuida en estados de hemólisis (HELLP).⁸ Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT), Razón Internacional Normalizada (INR) aumentado”. (Fescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012)

Hepático: “Aspartato Amino Transferasa (AST) > 40 UI/L, Alanino Amino Transferasa (ALT) > 40 UI/L, Láctico Dehidrogenasa (LDH) > 600 UI/L y Bilirrubinas aumentadas. Dolor en cuadrantes superior derecho”. (Fescina, De Mucio, Ortiz, & Jarquin, 2012)

TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

El manejo de la eclampsia requiere el control de las convulsiones y prevención de las recurrencias con sulfato de magnesio, a las mismas dosis indicadas en la preeclampsia severa: sulfato de magnesio 4 gramos endovenosos en 20 minutos; el sulfato de magnesio está asociado con reducciones clínicamente significativas en la muerte materna. (Guevara Ríos & Meza Santibáñez, 2014)

Tratamiento con sulfato de magnesio para la eclampsia

Impregnación: “30 mL de sulfato de magnesio al 20 % (6g) + 70 mL de solución isotónica, pasar a 300 mL/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos”. (MSP, 2016)

Mantenimiento: “100 mL de sulfato de magnesio al 20 % (20g) + 400 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (2 g/hora)”. (MSP, 2016)

SINDROME DE HELLP

“El síndrome de HELLP es una microangiopatía trombótica específica de la gestación. Es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de preeclampsia”. (Obando Morales, 2014)

(Jiménez Fiz, Roura Carrasco, Caveda Estela, & Arévalo Tan, 2014) La etiología del síndrome de HELLP es desconocida aún, sin embargo, se cree que existe un daño endotelial vascular. El resultado final del daño endotelial es una reactividad vascular anormal con depósito intravascular de fibrina que culmina en disfunción multiorgánica.

Cuadro Clínico

(De Oliveira, y otros, 2014) El cuadro clínico típico que ocurre en la segunda mitad de la gestación es la presencia de dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho (90% de las pacientes), particularmente asociada a náuseas y vómitos (50% de las pacientes), hemorragia gastrointestinal y edema. Es importante recordar que la hipertensión y la proteinuria pueden estar ausentes o ser levemente anormales.

TRATAMIENTO

(Castillo González, 2015) Según consenso generalizado, el manejo de estas pacientes depende del tiempo de gestación y el estado materno-fetal. Se conoce, y no hay controversias al respecto, que a aquellas pacientes con más de 34 semanas de gestación o antes de esta fecha, pero con disfunción multiorgánica, coagulación intravascular diseminada, infarto o hemorragia hepática, fallo renal agudo, hematoma retroplacentario con o sin sufrimiento fetal agudo, se les debe interrumpir la gestación inmediatamente.

2.1.1. Marco Conceptual

Muerte Materna: Muerte materna es el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. (MSP, Normatización, SNS, & CONASA, 2008)

Tasa de muerte Materna: (Jiménez P, Pérez, & Larrea M, 2015) “La TMM es una de las medidas del riesgo de muerte por complicación obstétrica de más amplio uso. El indicador se define como el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos”.

Razón de Muerte Materna: (OPS, 2015) Se define la RMM como el número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 nacidos vivos en el mismo periodo que requiere para su cálculo de dos datos: el número de defunciones maternas y el de nacidos vivos; para el cálculo se utilizan los datos anuales provenientes del sistema de registro de hechos vitales.

Causas Directas: (Mazzeo & Vinacur, 2010) “Muertes obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o

puerperio; de intervenciones, de omisiones o de tratamiento incorrecto; o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriores”.

Hemorragia: La hemorragia puerperal es aquella que genera descompensación hemodinámica que va relacionado con una pérdida de sangre, niveles bajos de hematocrito y la necesidad de la trasfusión sanguínea, La definición clínica es pérdida de sangre mayor a 500 ml. La HPP severa es la pérdida de sangre mayor a 1000 ml. (Pardo Novak, Vidal Gonzáles, & Villarroel Paredes, 2013)

Shock Hipovolémico: (Botello Jaimes & Piedrahíta Ramos, 2013) Es un estado de hipoperfusión tisular y aporte inadecuado de oxígeno y nutrientes al organismo, debido a una disminución del volumen intravascular efectivo, a su vez disminuyendo el retorno venoso; lo cual puede presentarse en respuesta a una pérdida de sangre, plasma, líquido y/o electrolitos.

Sepsis: (Guillén, 2017) “La disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza par a la supervivencia”.

Trastornos Hipertensivos de la Gestación: (Rosas Peralta , Borrayo Sánchez , Madrid Miller , Ramírez Arias , & Pérez Rodríguez , 2016) “Los trastornos hipertensivos son la complicación médica más común en el embarazo”.

Hipertensión Crónica: (Gynecologists, 2015) “La presión arterial crónica es la presencia de presión arterial alta antes de que la mujer quedara embarazada o la que ocurre en la primera mitad del embarazo (antes de las 20 semanas del embarazo”.

Hipertensión Inducida: (Vásquez Vigoa, Reina Gómez, Román Rubio, Guzmán Parrado, & Mendéz Rosabal, 2014) Se trata de una HTA inducida por la gestación y se define como la detección de una PAS = 140 mmHg o PAD = 90 mmHg que aparece después de las 20 semana de embarazo en una mujer previamente normotensa.

Preeclampsia: (Gómez Sosa , 2014) “Es una enfermedad progresiva, cuya manifestación clínica aparece 3 ó 4 meses después de iniciada la enfermedad y sobre la base de la severidad de la hipertensión y el grado de proteinuria”.

Eclampsia: (Beltrán Chaparro, Benavides , López Ríos , & Onatra Herrera , 2014) Es una complicación de la pre-eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos, que incluye: convulsiones (eclampsia), hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmoretinal), enfermedad cerebro vascular, edema pulmonar, abruptio placentae, puede aparecer hasta el décimo día postparto.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INCERTA (DPPNI): (Pacora , 2014) Es una de las manifestaciones de enfermedad vascular en embarazos, ya que ocurre por rotura de la arteria espiral del útero, la que permite que la placenta se separe total o parcialmente de la pared del útero antes del segundo periodo del parto.

2.1.2. Antecedentes Investigativos

(Campero Navas, Enriquez Navas, & Molina Gutiérrez, 2016) “Muerte materna” -de acuerdo a estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- “es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales.”

(OPS & OMS, MORTALIDAD MATERNA, 2016) La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas, en su mayoría, son evitables y se ha considerado como la máxima expresión de injusticia social, dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas; son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por el embarazo, parto y puerperio. En el mundo, cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de esos casos ocurren en países en desarrollo. Un nuevo informe de las Naciones Unidas muestra que 11 países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el objetivo de desarrollo del sostenible (ODS) de disminuir la razón de mortalidad materna a 70 por cada 100 000 nacidos vivos.

La mayoría de la mujeres (4 de cada 5) fallecieron durante el puerperio; esto alerta la necesidad de implementar protocolos de atención durante el embarazo y el post-parto para evitar que haya deterioro de la salud y que, a pesar de los esfuerzos, las mujeres no puedan sobrevivir a la experiencia del parto. Por la alta mortalidad en el puerperio se debe promocionar su seguimiento y la asistencia a la consulta posparto. Según la OPS, menos del 30% de las mujeres en el mundo asisten a la consulta después del parto, sometiendo a grave riesgo su salud, en comparación con las mujeres de los países industrializados, en donde el 90% de ellas buscan atención de salud durante el puerperio. (Caceres Manrique & Diaz Martinez , 2014)

Los niveles de mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe con los de Canadá (el país con la mortalidad materna más baja de América) se observa que las diferencias son enormes. En un análisis recientemente publicado se clasificaron los países de América Latina según su fecundidad, En todos los países de baja, mediana y alta fecundidad la mortalidad materna descendió, si bien también en todos ellos el riesgo relativo en comparación con Canadá aumentó. En los países clasificados como de baja fecundidad Argentina, Chile, Cuba, Puerto Rico y Uruguay ésta disminuyeron muy poco. En Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá y Venezuela, países de fecundidad media, el descenso de ésta fue muy importante, la mortalidad materna bajó. (B Hernández, 2013)

Los retrasos en la prestación de atención médica, también contribuyen a la mortalidad materna, por falta de atención medica que necesitan antes, durante y después del parto, particularmente en situaciones de emergencia, incluso las actitudes y calidad de atención por los médicos a poblaciones marginadas también se identifican como barreras, esto se agrava por la falta de personal capacitado, equipos y suministros. (Vargas, Acosta, & Moreno, 2016)

Las consecuencias de una muerte materna son de tal dimensión que repercuten durante mucho tiempo, tanto en la familia como en la comunidad misma. Generalmente la muerte materna afecta a toda la familia y produce un impacto negativo en la estructura y dinámica familiar, con severas consecuencias futuras, de manera particular en el bienestar de los niños que se quedan sin madre, lo cual se traduce en un incremento en la morbi-mortalidad infantil, deserción escolar, adquisición de nuevos roles y un futuro incierto en algunos casos para los hijos huérfanos. En el aspecto comunitario se reflejan problemas como la desintegración familiar y la fusión con una nueva familia, lo que puede afectar la situación económica de esta, así como las repercusiones económicas cuando la mujer era el único o más importante sostén familiar. (Rodriguez Leal & Verdú, 2013)

La situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y en consecuencia todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, lo que responde, en ocasiones, a prácticas culturales. En otros casos es producto de la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos. Además, la falta de poder de decisión de la mujer incide negativamente y lleva a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos. La pobreza, las barreras en la educación, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de inequidad entre los géneros y de la desigualdad económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una elevada mortalidad materna en estas poblaciones. (Álvarez Toste, y otros, 2014)

La mortalidad es, sin lugar a dudas, una de las variables de mayor importancia en los estudios de población. En general, las defunciones, particularmente las maternas, no son un suceso fortuito aislado, sino el producto de la multicausalidad que involucra diversas determinantes, como: el nivel económico y educativo de la madre y el padre, la edad, el estado civil, las características de la comunidad donde residen y las condiciones sanitarias de su domicilio; los hábitos y costumbres, la alimentación, el acceso a servicios de salud y la capacidad de esos centros de reconocer los signos y síntomas de una enfermedad grave; la atención y cuidados que les proporcionan a sus hijos, entre otros muchos factores sociales y biológicos. La bibliografía médica destaca, como factor de riesgo, que las edades extremas de la vida elevan la incidencia de muerte materna. (Suárez González, Gutiérrez Machado, & Lorenzo González, Problemática de la muerte materna en Villa Clara, 2014)

El control poblacional de la fecundidad y el espaciamiento de los embarazos, son una de las principales estrategias para lograr el descenso de la morbilidad y mortalidad materna de un país porque permiten una menor exposición al riesgo de enfermar o morir, por causas inherentes al proceso reproductivo, la inmensa mayoría de las muertes maternas se vincula a embarazos no deseados. Así en los países subdesarrollados, 25% a 33% de la mortalidad materna corresponde a causas vinculadas con embarazos no deseados, lo cual determina que la mortalidad vinculada con el embarazo y el parto se transforme en la causa principal de muerte en las mujeres de entre 15 y 49 años. Los embarazos no deseados frecuentemente son producto de falla o de falta de métodos anticonceptivos. (Briozzo, y otros, 2015)

Es así como la maternidad representa un riesgo para las mujeres, a pesar de que el embarazo y el parto son considerados como funciones biológicas normales; sin embargo, es innegable que existe un desgaste en el organismo y la salud femenina, que pueden traerles graves consecuencias a nivel físico, mental y social. Tras lo anterior, es necesario mencionar que las condiciones físicas y médicas que afectan a las mujeres durante la maternidad también pueden ser resultado de una serie de creencias y prácticas culturales. Pues “la muerte materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. Es quizá el reflejo más sensible de las circunstancias globales de vida de las mujeres, y del lugar que ocupa, en ellas, la búsqueda de la maternidad, así como las contradicciones sociales relacionadas con el ejercicio de sus capacidades reproductivas”. Por ello, es importante conocer el contexto en el que se presenta este problema y las condiciones socioculturales que lo propician. (Romero Pérez, Sánchez Miranda, Romero López, & Chávez Courtois, 2012)

La calidad de vida y de salud de las mujeres están, en gran medida, influenciadas por muchos factores, entre ellos, los culturales, socioeconómicos, educativos, y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico. La articulación de los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna nos permite reconocer que la falla en la reducción efectiva de la muerte materna representa una de las grandes injusticias sociales de nuestros tiempos. (del Carpio Ancaya, 2013)

Las cuatro causas directas principales, en orden de frecuencia, son las hemorragias 25%, las infecciones 15%, la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 12% y la desproporción cefalopélvica 8%.⁵ A diferencia de la estadística internacional en nuestro país la casuística de muertes maternas tiene la siguiente distribución: enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 32%, hemorragia 30.6%, otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio 21.2%, aborto 8.5% y sepsis 4.1%.⁶

Es evidente que la mayoría de las muertes maternas con causalidad obstétrica directa se consideran potencialmente previsibles mediante el cumplimiento de las siguientes condiciones: 1) Vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada, que permita la identificación y diagnóstico temprano de pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones, con la finalidad de realizar su referencia oportuna a niveles superiores o de alta especialización. 2) Asistencia obstétrica hospitalaria de calidad para el manejo de las complicaciones graves. 3) Educación de la población para identificar signos y síntomas de alarma. (Díaz de León Ponce, Briones Garduño, Moreno Santillán, & Briones Vega, 2015)

2.2 HIPOTESIS

2.2.1. Hipótesis general.

Si las mujeres embarazadas tuvieran información acerca del embarazo y sus complicaciones, podría prevenirse la mortalidad materna.

2.2.2 Hipótesis específicas.

1. El manejo oportuno de la hemorragia post-parto permite disminuir la muerte materna en la última década en el Hospital León Becerra Camacho
2. Identificar de forma temprana el proceso de infección en la gestante con sepsis permite brindar manejo oportuno a las pacientes del Hospital León Becerra Camacho.
3. En cuanto más se complique el trastorno Hipertensivo durante la gestación mayor será el riesgo de Muerte Materna en la última década en el Hospital León Becerra Camacho
4. Evaluar las estrategias de alarma materna identifica los nodos críticos en la atención en salud materna y permite disminuir la incidencia entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017

2.3. Variables.

2.3.1 Variable Dependiente:

Causas Directas

2.3.2 Variable Independiente:

Muerte Materna

2.3.3 Variables intervinientes:

Hemorragia post-parto

Sepsis

Trastornos Hipertensivos de la gestación

2.3.4 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICE	TECNICAS O INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
CAUSAS DIRECTAS	Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio.	Procesos patológicos	% de pacientes atendidas por causas directas durante el periodo de estudio.	Revisión de base de datos en el Hospital León Becerra Camacho durante la última década.
MUERTE MATERNA	Muerte materna es el "fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.	Pacientes	% de pacientes atendidas por muerte materna durante el periodo de estudio.	Revisión de base de datos en el Hospital León Becerra Camacho durante la última década.
HEMORRAGIA OBSTETRICA	Pérdida sanguínea mayor de 500 mL en un parto vaginal o la pérdida superior a 1000 mL en una cesárea.	Procesos patológicos	% de pacientes atendidas por hemorragias obstétricas durante el periodo de estudio.	Revisión de base de datos en el Hospital León Becerra Camacho durante la última década.
SEPSIS	Es una disfunción orgánica que se presenta en una paciente con infección. Se debe a un desequilibrio entre agentes pro y anti-inflamatorios, lo que implica la destrucción de tejidos		% de pacientes atendidas por sepsis durante el periodo de estudio.	
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	Los trastornos hipertensivos son la complicación médica más común en el embarazo.		% de pacientes atendidas por trastornos hipertensivos durante el periodo de estudio.	

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Metodología de Investigación.

Con la presente investigación de tipo observacional, descriptiva, se precisó el resultado del porcentaje de Muerte Materna en la última década relacionado a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017, la información se obtuvo de recopilación bibliográfica de artículos académicos sobre muerte materna y revisión del estado del arte; se tomó información de páginas como la Organización Mundial de la Salud e Instituto Nacional de Estadística y Censo; también se realizó la revisión y obtención de informes anteriores relacionados a muerte materna generados en el Hospital León Becerra Camacho durante la última década.

3.2. Modalidad de Investigación

El trabajo de investigación acerca de muerte materna en la última década relacionada a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017 es de modalidad observacional, descriptiva de carácter retrospectivo.

3.3. Tipo de Investigación

El trabajo de investigación acerca de muerte materna en la última década relacionada a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017 es de tipo no experimental, no se modificaron las variables de estudio solo fueron sometidas a un proceso de observación.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1 Técnicas

El trabajo de investigación se realizó mediante la observación de la base de datos en la que se seleccionó las variables de estudio acerca del tema muerte materna en la última década relacionada a causas directas en el hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017

3.4.2 Instrumento

Los datos se obtuvieron de los registros estadísticos con las variables de estudio en base a las variables acerca del tema muerte materna en la última década relacionado a causas directas en el hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017

3.5 Población y muestra de la investigación.

3.5.1 Población

Consto de 17827 pacientes obstetricias atendidas entre el año 2008 al 2017 en la sala de Gineco-obstetricia del Hospital León Becerra Camacho, Milagro.

3.5.2 Muestra

Estuvo compuesta por 138 pacientes Obstétricas que atravesaron al menos una causa directa de muerte materna entre el año 2008 y 2017 y que fueron atendidas en la sala de Gineco-obstetricia del Hospital León Becerra Camacho, Milagro, se aplicó criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión: Se incluyeron a todas las pacientes que presentaron al menos una causa directa de muerte materna en la última década.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron a las muertes maternas por causa indirecta en las pacientes obstétricas atendidas en la última década. La unidad de Análisis será la base de datos histórica de Excel de muertes maternas durante la década entre 2007 y el 2017.

3.6 Cronograma del Proyecto

N°	Meses Sem	Mayo				Junio				Julio				Agosto				septiembre				Octubre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección de Tema				x																				
2	Elaboración del perfil					x																			
3	Aprobación del tema									x															
4	Recopilación de la información										X														
5	Desarrollo del capítulo I											x													
6	Desarrollo del capítulo II												X												
7	Desarrollo del capítulo III													x											
8	Presentación de la segunda etapa de proyecto															x									
9	Elaboración de las encuestas																X								
10	Aplicación de las encuestas																	x							
11	Tamización de la información																	x							
12	Desarrollo del capítulo IV																		x						
11	Elaboración de las conclusiones																		x						
12	Presentación de la tesis																			x					
13	Sustentación de la previa																			x					
14	Sustentación																				X				

3.7 RECURSOS

3.7.1 RECURSOS HUMANOS

RECURSO	NUMERO
TESISTAS	2
TUTOR	1
DIGITADOR	1
AREA DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO	4

3.7.2 RECURSOS ECONOMICOS

MATERIALES	COSTO UNITARIO	TOTAL
Impresión del perfil del proyecto	0.10	5.00
Alimentación	2,50	10.00
Cyber	0.60	60.00
Impresión de la segunda etapa del proyecto	0.10	10.00
Cds	1.50	4.50
Transporte	1.50	90.00
Cuaderno	1.50	1.50
Usb	8.00	8.00

3.8 Plan de tabulación

Para la realización de la investigación sobre muerte materna en la última década en el hospital León Becerra Camacho de Milagro se utilizó una hoja de datos de Excel con las variables de estudio en las que se analizó cada una de ellas lo que permitió establecer la relación entre la muerte materna y las causas directas.

3.8.1 Procesamiento y análisis de Datos

Para el procesamiento y análisis de datos de la investigación sobre la muerte materna en la última década relacionada a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho se realizó una selección de datos correspondientes a las variables de estudio y se las expreso en tablas y gráficos de acuerdo a las necesidades de la investigación.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados Obtenidos de la Investigación

Cuadro 2. Relación entre la muerte materna y las causas directas

Año	Total pacientes atendidas	Nº de pacientes con hemorragias	Nº de pacientes con Trastornos hipertensivos	Nº de pacientes con sepsis	Total de muertes maternas	Causa de muerte
2008	1025	8	6	1	1	Preeclampsia
2009	1203	6	5	3	1	Hemorragia P.P
2010	1295	4	2	2	1	Laringoespasmó
2011	1376	6	4	0	1	Hemorragia P.P
2012	1581	3	2	3	1	Aborto séptico
2013	1820	5	2	1	0	-----
2014	2055	9	4	0	2	Hemorragia P.P Preeclampsia
2015	2183	11	6	1	3	Preeclampsia Hemorragia Quiste de ovario
2016	2507	7	4	2	3	Eclampsia Hemorragia P.P Cardiopatía
2017	2782	6	10	1	1	Sepsis
Total	17827	65	45	14	14	

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

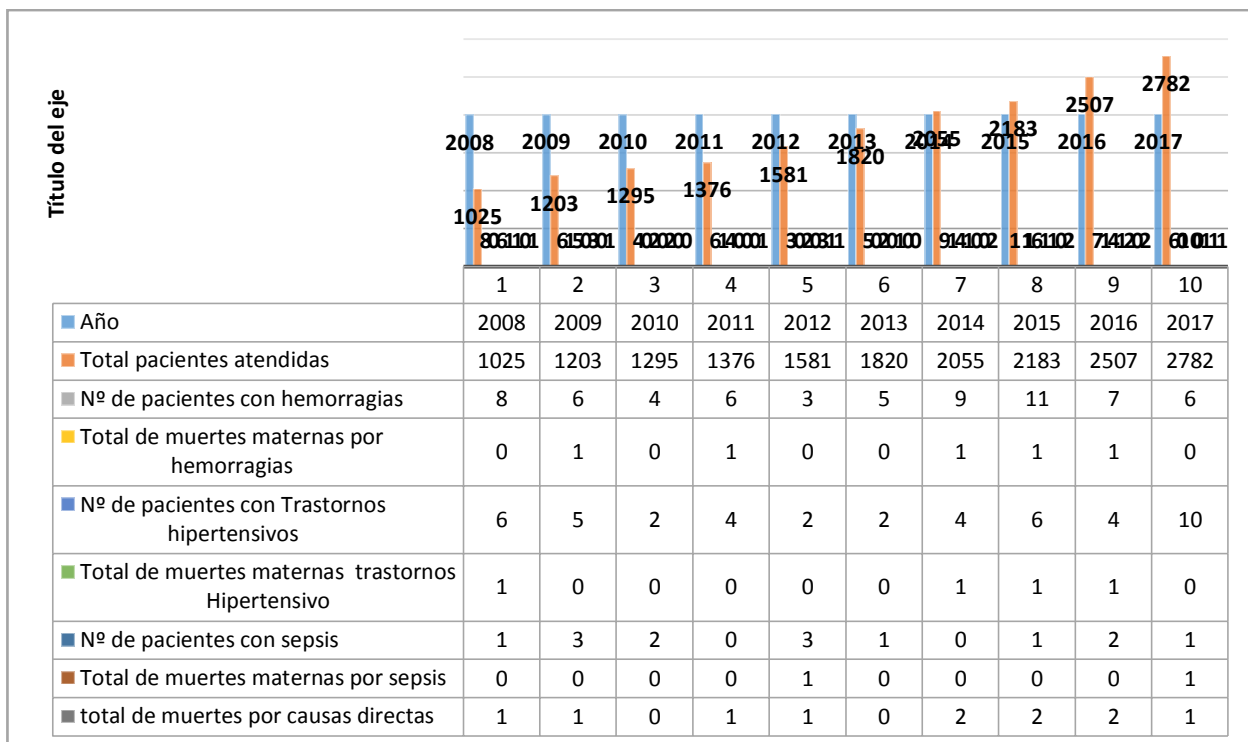


Gráfico. 1 Relación de Muerte Materna y Causas Directas en la Última Década

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

Análisis e Interpretación: La muerte materna es un problema grave a nivel mundial causado por múltiples factores en su mayoría por causas directas entre las cuales destacan: hemorragia post-parto, sepsis, trastornos hipertensivos. Un estudio realizado en el Ecuador por la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica muestra que desde el 2012 al 2017 hubo 423 muertes maternas de las cuales la mayoría fueron por causas directas, liderando la hemorragia post-parto. Estos datos son similares a nuestro estudio realizado en el Hospital León Becerra Camacho en la última década ya que las causas directas son la mayor consecuencia de muerte materna, y siendo la hemorragia post parto la primera causa de muerte materna en dicha institución prevaleciendo en los últimos 10 años con 5 muertes maternas, en esta casa de salud, presentándose como segunda causa de muerte materna los trastornos hipertensivos dejando 4 muertes maternas durante la última década, seguida de la sepsis que se presenta como la tercera causa de muerte materna habiendo 2 muerte una en el 2012 y otra en el 2017

1. Relación entre muerte materna y hemorragia Obstétrica

Cuadro 3. Relación entre muerte materna y hemorragia post-parto

Año	Total, pacientes atendidas	Nº de pacientes con hemorragias	% de pacientes de muerte materna por hemorragias	Total, de muertes maternas por hemorragias
2008	1025	8	0%	0
2009	1203	6	0,083%	1
2010	1295	4	0%	0
2011	1376	6	0,072%	1
2012	1581	3	0%	0
2013	1820	5	0%	0
2014	2055	9	0,048%	1
2015	2183	11	0,045%	1
2016	2507	7	0,039%	1
2017	2782	6	0%	0
Total	17827	65	0,287%	5

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

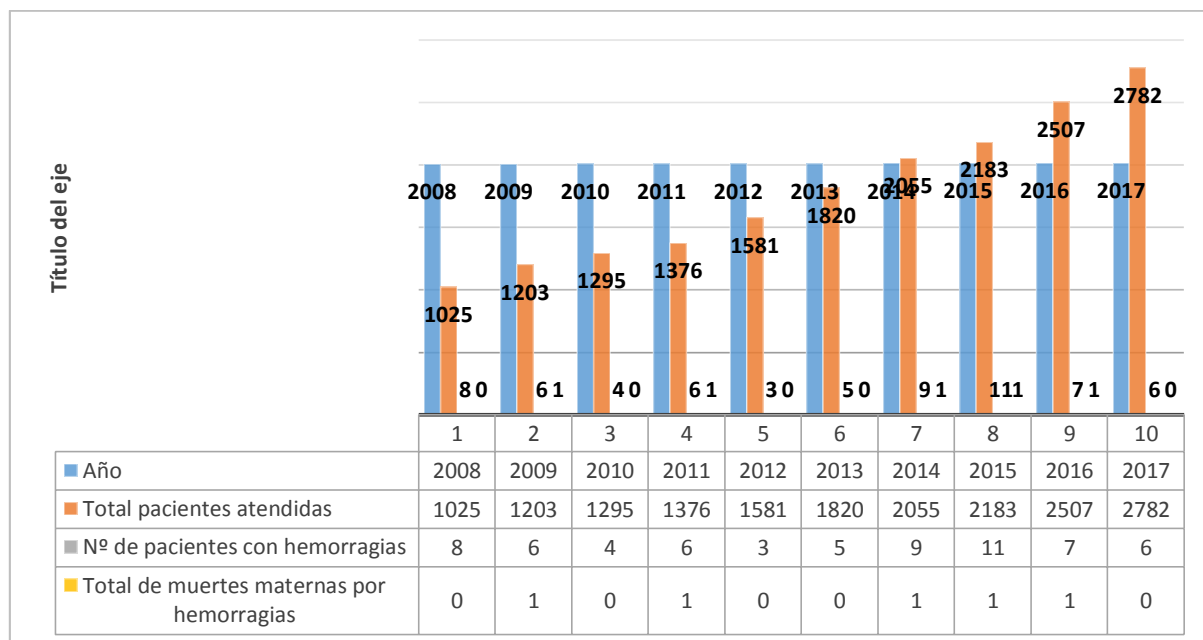


Gráfico 2. Relación de la muerte materna y la hemorragia post-parto

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

Análisis e Interpretación: La hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna dentro de la última década en el hospital León becerra Camacho, en términos generales nuestros resultados son muy similares a los a diferentes estudios que se han realizado a nivel nacional, entre ellos los realizado por el INEC 2013 el cual nos dan a conocer que la muerte materna a causas directas es del 78.8 % del cual la hemorragia post parto destaca con un porcentaje del 16,13%. Durante el periodo estudiado fallecieron, se da a conocer que en dichos años se logró evidenciar 5 muertes maternas por hemorragia obstétrica. El porcentaje de pacientes que fallecieron con hemorragias post-parto en el año 2009 fue del 0,083%, en el año 2011 con un 0,072%, en el año 2014 con el 0,048%, 2015 con él 0,045%, y finalmente en el 2016 con el 0.036%.

2. Relación entre la muerte materna y sepsis

Cuadro 4. Relación entre muerte materna y sepsis

Año	Total, pacientes atendidas	N.º de pacientes con sepsis	Total, de muertes maternas por sepsis	Porcentaje de muerte materna por sepsis
2008	1025	1	0	0%
2009	1203	3	0	0%
2010	1295	2	0	0%
2011	1376	0	0	0%
2012	1581	3	1	0,063%
2013	1820	1	0	0%
2014	2055	0	0	0%
2015	2183	1	0	0%
2016	2507	2	0	0%
2017	2782	1	1	0,035%
Total	17827	14	2	0,098%

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiguema R. y Grace Alvarado A.

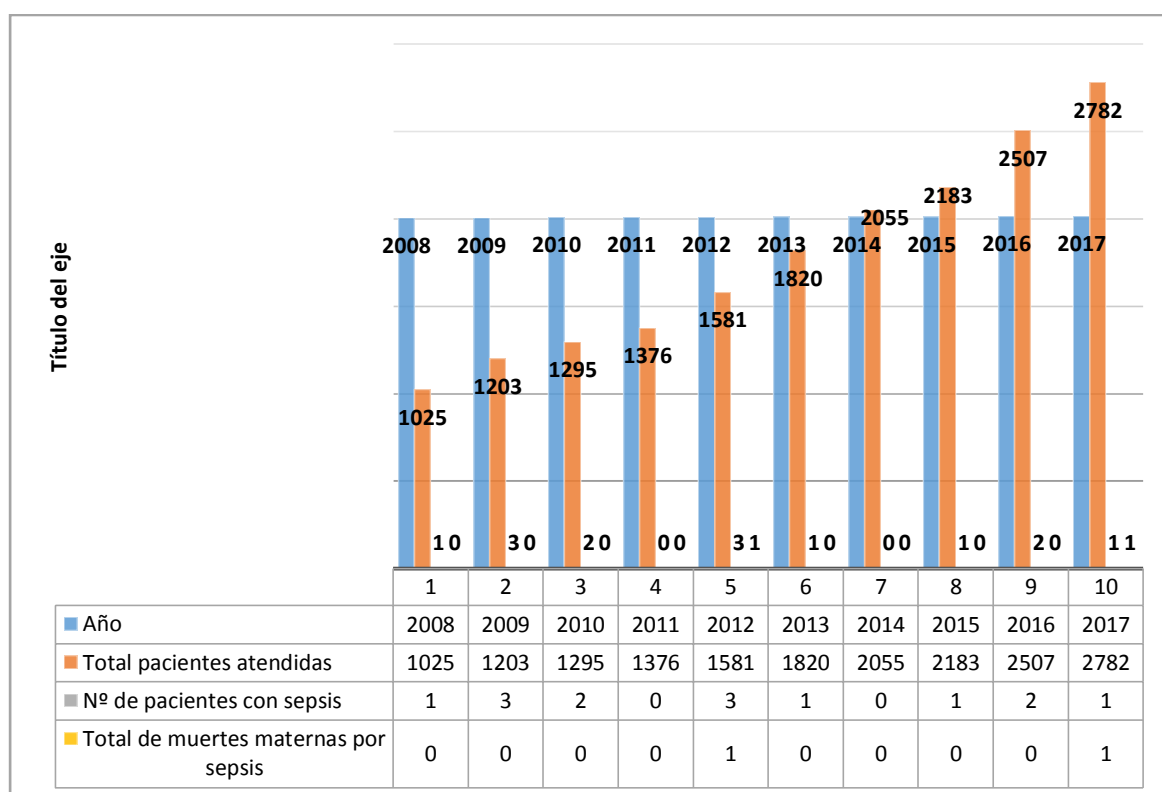


Gráfico 3. Relación entre muerte materna y sepsis

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiguema R. y Grace Alvarado A.

Análisis e Interpretación: Las infecciones post parto continúan representando un riesgo para la mujer durante los 42 días post parto ya que en nuestro país es la tercera causa de muerte materna con un 5,16 % según cifras del INEC 2013. Al igual que nuestra investigación en los estudios realizados en el Hospital León Becerra Camacho las cifras de muerte materna por sepsis a nivel nacional no son tan incrementadas. Como se muestra en Países en vías de desarrollo en los cuales se evidencia que la defunción materna causada por sepsis es la segunda razón de muerte materna. Los resultados de nuestro estudio reflejan 2 muertes maternas por sepsis durante los últimos 10 años. El porcentaje de mujeres fallecidas por sepsis en el año 2012 con un 0,063%, y en el año 2017 con el 0,035%.

3. Relación entre la muerte materna y trastornos hipertensivos

Cuadro 3. Relación entre muerte materna y trastornos hipertensivos

Año	Total, pacientes atendidas	N.º de pacientes con Trastornos hipertensivos	Total, de muertes maternas trastornos Hipertensivo	Porcentaje de pacientes atendidas trastornos Hipertensivo
2008	1025	6	1	0,097%
2009	1203	5	0	0%
2010	1295	2	0	0%
2011	1376	4	0	0%
2012	1581	2	0	0%
2013	1820	2	0	0%
2014	2055	4	1	0,048%
2015	2183	6	1	0,045%
2016	2507	4	1	0,039%
2017	2782	10	0	0%
Total	17827	45	4	0,229%

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

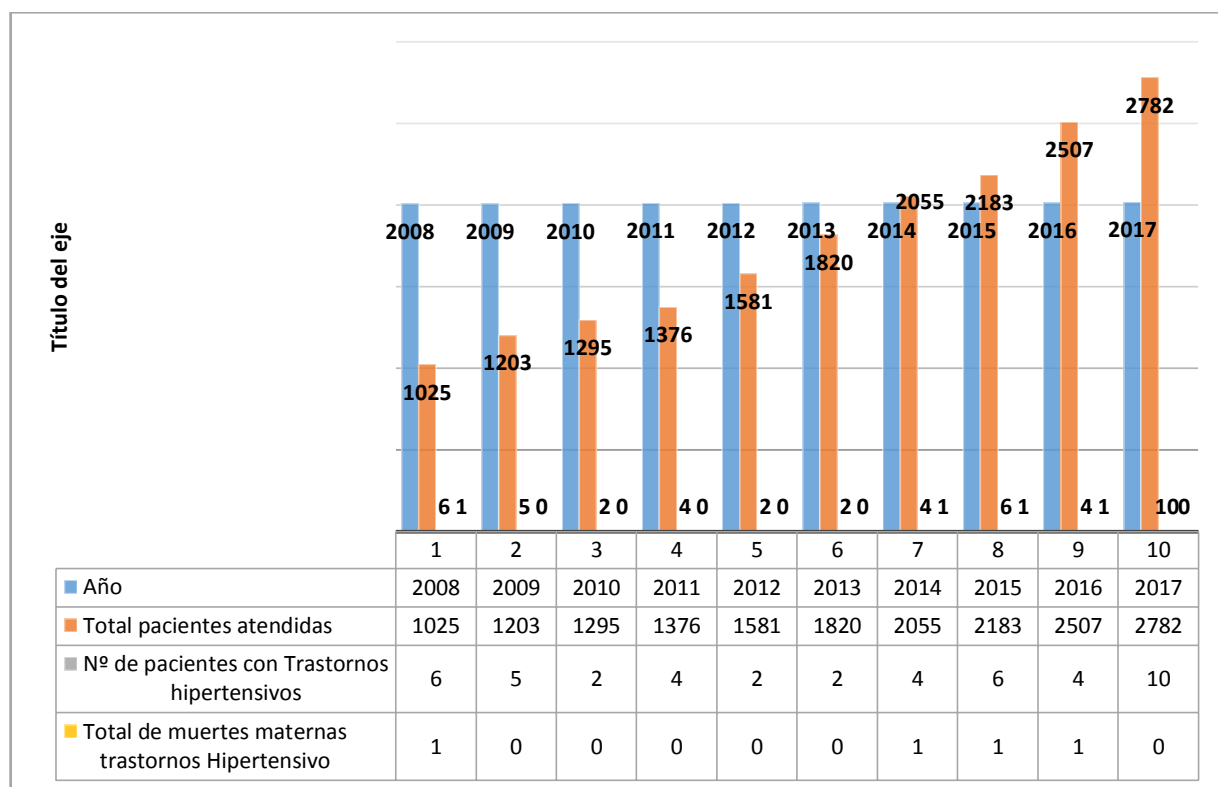


Gráfico 4. Relación entre muerte materna y trastornos hipertensivos

Fuente: Área Estadística del Hospital León Becerra Camacho 2008-2017

Elaborado por: Valeria Amaiquema R. y Grace Alvarado A.

Análisis e Interpretación: Los trastornos hipertensivos representan un riesgo alto para la salud de la mujer durante el periodo de embarazo y aun después de la culminación de este teniendo como la consecuencia más grave la muerte materna. Un Estudio Realizado por el Registro administrativo de nacimientos y defunciones 2013 muestra que a nivel nacional los trastornos hipertensivos ocupan el segundo lugar como causa de muerte materna con el 13,55%, en comparación con nuestro estudio realizado en el Hospital León Becerra Camacho se asemeja a cifras similares ya que en dichos años se logró evidenciar 4 muertes maternas por trastornos hipertensivos. El porcentaje de pacientes con trastornos hipertensivos en el año 2010 fue de 0,097%, en el año 2014 con el 0,048%, 2015 con él 0,045%, y finalmente en el 2016 con el 0,039%.

4.3 CONCLUSIONES

En la investigación de la muerte materna en la última década relacionada a causas directas en el hospital León Becerra Camacho de Milagro, se evidencia que la mayoría de muertes ocurridas durante el periodo de estudio en la institución de salud ha sido por hemorragia post-parto.

Durante el periodo de estudio sucedieron exactamente 14 muertes maternas: 3 a causa indirecta y 11 por causas directas de las cuales 5 muertes fueron a causa de hemorragias postparto, 4 muertes se dieron por trastornos hipertensivos y 2 por sepsis, dándonos cuenta que la hemorragia post parto es la principal causa de muerte materna en la institución de estudio, seguida por los trastornos hipertensivos, siendo la sepsis la tercera causa de muerte materna dentro del hospital antes mencionado.

Se ha dado al menos una muerte materna en cada año desde el 2008 e incluso hubo un incremento de muerte materna en los años 2015 y 2016 lo que es preocupante ya que es de conocimiento que la mayoría de las muertes ocurridas son evitables.

4.4 RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación y siendo la hemorragia la causa principal de muerte materna en el hospital león becerra Camacho de milagro es necesario que los profesionales estén alerta ante cualquier evento que ponga en riesgo la vida de la paciente, sobre todo que se cumpla de manera estricta todas las normativas que de alguna u otra manera disminuyan la probabilidad de hemorragia post parto, de esta manera no llegar a complicaciones que muchas veces son irreversibles.

Tomar muy en cuenta los factores de riesgo que tiene cada paciente en el momento de la consulta sin importar la edad gestacional que tenga en el momento de la entrevista, esto es esencial para estar preparado ante cualquier emergencia que pueda ocurrir con las pacientes en el momento del parto y después de este.

Capacitar, concientizar y evaluar continuamente a todo el personal de salud, sobre la importancia de actuar de manera oportuna ante causas de muerte materna como hemorragias post parto, sepsis, trastornos hipertensivos.

CAPITULO V

5 PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ALARMA MATERNA

5.2 Antecedentes

Los resultados de nuestro estudio realizado en el Hospital León Becerra Camacho en la última década muestra que las causas directas son la mayor consecuencia de muerte materna, y siendo la hemorragia post parto la primera causa de muerte materna en dicha institución prevaleciendo en los últimos 10 años con 5 muertes maternas, en esta casa de salud, presentándose como segunda causa de muerte materna los trastornos hipertensivos dejando 4 muertes maternas durante la última década, seguida de la sepsis que se presenta como la tercera causa de muerte materna habiendo 2 muerte una en el 2012 y otra en el 2017.

En este estudio se realizó un análisis de las causas de mortalidad materna examinando las estrategias que se han implementado a nivel Nacional para reducir la muerte materna teniendo en cuenta que una de las metas del objetivo de desarrollo sostenible es que toda mujer gestante pueda vivir en plena salud la etapa de embarazo y el parto. En nuestro país la razón de mortalidad materna actualmente es de 44,6 teniendo como meta reducirla a 32,6 hasta el año 2021.

5.3 Justificación

Ya que la mortalidad materna es una problemática no solo a nivel nacional sino a nivel mundial en base a los resultados de nuestra investigación realizada en el Hospital León Becerra Camacho donde se evidencia que en la última década hubo 1 muerte por cada año se debe hacer énfasis en los años en que hubo hasta 3 muertes por año convirtiéndose un grave problema para la institución.

Es por esto que la propuesta de nuestra investigación es evaluar las estrategias de alarma materna teniendo en cuenta que la principal causa de mortalidad materna es la hemorragia post-parto se debe concientizar en los profesionales que laboran en esta casa de salud para que ofrezcan servicios de salud oportunos y de calidad, capacitar al personal de salud acerca de las causas obstétricas que conllevan a la mortalidad materna, analizar si todos los profesionales dentro del área de Gineco-obstetricia está capacitado y preparado ante una activación de las claves obstétricas.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo general

Evaluar al personal de salud, sobre la importancia de actuar de manera oportuna ante causas de muerte materna como hemorragias post parto, sepsis y trastornos hipertensivos.

5.4.2 Objetivos específicos

Verificar si el personal de salud está capacitado ante una emergencia por causas obstétrica.

Proponer programas de simulación para la prevención y los cuidados de la salud materna.

Determinar si el personal médico ofrece una atención de calidad cumpliendo con las normativas del MSP.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

Se evaluará a los profesionales de salud mediante simulacros de la aplicación del Score mama.

Determinar si las pacientes contribuyen indirectamente al cumplimiento de la meta de cero materna asistiendo a sus controles prenatales.

Comprobar si el establecimiento de salud cuenta con equipos apropiados para acontecimientos que puedan ocasionar mortalidad materna

5.5.2 Componentes

1. Realizar un pre-test en base a las Guías de Prácticas Clínicas, el Score Mama.
2. Charla acerca de la importancia del Control Prenatal.
3. Taller de la colocación del Balón de Bakri para el manejo de la hemorragia.
4. capacitación acerca de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

5. realizar un post-test para evaluar el grado de comprensión que se obtuvo en cada una de las conferencias.

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

Con nuestra propuesta se espera reducir el número de muertes maternas, concientizando en los profesionales de salud el derecho que tiene todo ser humano a gozar de una salud plena brindando a las embarazadas una atención integral y de calidad evitando de esta manera la muerte materna, se espera mejorar el cumplimiento de las estrategias implementadas a nivel nacional para mejorar la salud sexual y reproductiva disminuyendo el riesgo materno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Briozzo, L., Vidiella, G., Vidarte, B., Ferreiro, G., Pons, J. E., & Cuadro, J. C. (2015). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Revista Medica del Uruguay*, 9.
- Vásquez Valerio, L. (2015). Estados Hipertensivos del Embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 4.
- ACOG. (2017). HEMORRAGIA POSTPARTO. BOLETÍN PRÁCTICO DEL COLEGIO AMERICANO . *The American college of obstetricians and gynecologists*, 2.
- Alba, D. J. (2009). *OBSTETRICIA CLÍNICA DE LLACA-FERNÁNDEZ*. México, D.F.: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Alvarado, J. C. (2006). *Manual de obstetricia*. Lima: Apuntes Médicos de Perú.
- Alvarez Barranco, L. C. (2013). Infecciones de vías urinarias en el Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 11.
- Álvarez Toste, M., Hinojosa Álvarez, M., Salvador Álvarez,, S., López Barroso, R., González Rodríguez, G., Carbonell, I., & Pérez González, R. (2014). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 14.
- Alvaro Alvir Alvaro, P. B. (2016). *manejo de la hemorragia postparto*. Madrid: Liber Factory.
- Antonio Morales L., A. I. (2015). MANEJO EXITOSO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO MEDIANTE TAMPONAMIENTO CON BALÓN DE BAKRI. *REVISTA CHILENA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 122.

- Antonio PelliceMartínez, J. J. (2013). *Obstetricia y Ginecología - guía de práctica clínica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Anzaldo Campos, M. C., Zonana Nacach, A., Olazarán Gutiérrez, A., & Gonzaga Soriano, M. R. (2014). Atención Prenatal y Mortalidad Materna Hospitalaria en Tijuana, California . *scielo* , 8.
- Arce Herrera, R. M., Calderon Cisneros, H., Cruz Cruz, P. D., Díaz Velázquez, M. F., Medécigo Micete, A. C., & Torres Arreola, L. D. (2013). Guía de práctica clínica Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del*, 11.
- Asturizaga, P., & Toledo Jaldin, L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Médica la paz* , 12.
- B Hernández, A. (2013). La mortalidad materna. Una prioridad para la investigación y la acción. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, 7.
- BARCELONA, H. C., & DÉU, H. S. (2017). SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN GESTACIÓN Y PUERPERIO. *SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL*, 12.
- Beltrán Chaparro, L. V., Benavides , P., López Ríos , J. A., & Onatra Herrera , W. (2014). Estados Hipertensivos del Embarazo: Revisión . *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica* , 13.
- Botello Jaimes, J. J., & Piedrahíta Ramos, A. (2013). Choque: Consideraciones fisiopatológicas para la terapéutica. *Redacly*, 11.
- Caceres Manrique , F. D., & Diaz Martinez , L. A. (2014). La Mortalida Materna en el Hospital universitario Ramón González Valencia . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 10.

- Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2015). Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 234 - 235.
- Campero Navas, A., Enriquez Navas, M., & Molina Gutiérrez, J. (2016). mortalidad materna . *estudio nacional de mortalidad materna* , 102.
- Canchila C, L. H. (2017). Prevención de la hemorragia postparto. *Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Cartagena Colombia*, 4.
- Cararach Ramoneda , V., & Botet Mussons, F. (2015). Preeclampsia.Eclampsia y síndrome HELLP. *Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia.*, 6.
- Cararach Ramoneda, V., & Botet Mussons, F. (2015). Preeclampsia, Eclampsia y síndrome de HELLP . *Institut Clinic de Ginecología, Obstetricia y Nonatología* , 6.
- Castillo González, D. D. (2015). Síndrome HELLP. Actualización. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia* , 6.
- CEPAL. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible una oportunidad para America y El Caribe*. Santiago: Copyright © Naciones Unidas.
- Cifuentes , R., Santacruz, D. A., & Martínez, D. M. (2013). Uso de nifedipina en el manejo de la hiperestimulación uterina producida por misoprostol. *Revista Colombia Médica*, 4.
- Claudio G. Sosa, D. e. (2016). Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 13.

- COOMS, C. A. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth, *Obstetrics & Gynecology*. *Obstetrics & Gynecology*, 67.
- Cruz Cruz, D., Peña Dehesa, H., Cébulo Vasquez, A., & Guzmán López, M. (2016). Tratamiento activo de la hemorragia posparto y colocacion del balón de Bakri en pacientes primigestas y multigesta. *Ginecol Obstet Mex.*, 8.
- Cunningham FG, L. K. (2010). Obstetrical Hemorrhage. En J. W. Williams, *Williams Obstetrics 23rd edition* (pág. 760). New York: McGraw-Hill.
- Daniel Cortés, D. (2013). Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. *Facultad de Medicina*, 10.
- De la Galvez Murillo, A. (2016). *Mortalidad Materna un analisis en profundidad y sus dimensiones en la politica publica*. Bolivia.
- De la Luna y Olsen, E., Carranza Sanchez, B., Nava Lopez, L., Andrade del Toro, A., Arellano Cabrera, S., Rodriguez Avalos, J., & Vences Aviles, M. (2017). Experiencia con el balón de Bakri en hemorragia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex.*, 8.
- De Oliveira, R., De Matos, I., Da Silva, T., De Azevedo, N., Andrade, M., & Do Espirito Santo, F. (2014). Síndrome Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería. *Enfermeria Global* , 9.
- del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud publica*, 6.
- Del Carpio Orantes , L., & García Ortiz , J. J. (2014). *Coagulación intravascular diseminada serie de casos y revisión de literatura* , 5.
- Díaz de León Ponce, M. A., Briones Garduño, J. C., Moreno Santillán, A. A., & Briones Vega, C. G. (2015). La importancia de la medicina crítica en obstetricia. *Medicina Critica*, 6.

- DR. ALDO SOLARI A., I. C. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Revista Medica Clínica Las Condes* , 994.
- DR. ALDO SOLARI A., I. C. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Revista Medica Clínica Las Condes.*, 994 - 995.
- Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). Hemorragia Obstetrica. *Revista Medica La Paz*, 58.
- Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTETRICA. *Revista Medica La Paz*, 4.
- Epidemiologica, S. N. (2017). Mortalidad evitable Gaseta de muerte materna. *Mortalidad Materna*, 15.
- Evidenci, C. d. (2014). “*Manejo de la Hemorragia Postparto*”. Guatemala: Departamento de Organización y Métodos del IGSS .
- Faneite, P. (2014). Mortalidad Materna en la región Bolivariana de Latinoamérica: área crítica . *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* , 10.
- Fernández Alba, J. (2009). *Obstetricia Clínica de Llaca-Fernández* . México : McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- Fescina, R., De Mucio, B., Ortiz, E., & Jarquin, D. (2012). *Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Uruguay- Montevideo: Publicación científica CLAP/SMR N° 1594.
- FIGO. (2016). Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto en entornos de bajos recurso. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3.

- FIGO, C. d. (2014). Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto en entornos de bajos recursos. *revista, International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 9.
- Fondevilla , C. (2012). Coagulación Intravascular Diseminada. *SUPLEMENTO, Vol. 16*, 5.
- Fonseca Chimá, É. (2015). BALÓN DE BAKRI EN HEMORRAGIA POSPARTO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 6.
- Fontenla, M., Molini, W., & Antonini, M. (2015). *Manejo Inicial de la Sepsis Severa y Shock*. Argentina: Publicaciones Neuquén.
- Ginecología, S. P. (2015). DIAgnóStico y MAnejo de la hEmorrGIA posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 233.
- Gómez Sosa , E. (2014). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* , 16.
- Gómez Sosa, E. (2015). Trastornos Hipertensivos durante el embarazo . *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* , 16.
- González Sàenz, M., & Soto Cerdas, J. (2017). Mortalidad Materna: Anàlisis mèdico forense. *Medicina legal de Costa Rica*, 8.
- González, M., & Jahaira, S. (2017). Mortalidad Materna: Análisis médico forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 8.
- Guevara Ríos, E., & Meza Santibáñez, L. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 9 .
- Guevara Ríos, E., & Meza Santibáñez, L. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana deGinecología y Obstetricia* , 9.
- Guillén, E. (2017). Nueva definición de sepsis. Biomarcadores de infección/sepsis. *CATLAB*, 10.

- Gynecologists, T. A. (2015). La preeclampsia y la presión arterial alta durante el embarazo . *Patient Education* , 6.
- Gynecologists, T. A. (2015). La preeclampsia y la presión arterial alta durante el embarazo . *Patient Education* , 6.
- H. Karlsson, C. P. (2015). Hemorragia postparto. *Scielo*, 159.
- H. Karlsson, C. P. (2015). Hemorragia postparto. *Scielo*, 159.
- INEC. (2011). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. Quito-Ecuador.: INEC.
- INEC. (2013). *Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013*. Quito: Ecuador.
- INEC. (2013). *Gaceta Epidemiológica de muerte materna* . Quito.
- INEC. (2015). *Hemorragia postparto*. Quito: INEC.
- INEC. (2015). *Hemorragia postparto*. Quito: INEC.
- INEC. (2017). Mortalidad materna y su evolución reciente 2016 . *INEC*, 28.
- INEC. (junio de 2017). Estimación de la razón de la mortalidad materna en Ecuador. *Estimación de la razón de la mortalidad materna en Ecuador*. Ecuador.
- INS, I. N. (2015). MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. *MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL*, 7.
- INS, OPS, & OMS. (2016). *Mortalidad Materna*. Bogotá .
- INS, OPS, & OMS. (2016). *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna*. Bogotá.
- Jara Mori, T. (2014). Trastornos Hipertensivos del Embarazo . *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 4.

- Jiménez Cotes , E., Martínez Sánchez, L., Vargas Grisales , N., Agudelo Vélez , C., & Ortiz Trujillo , I. (2013). Preeclampsia: la evolucion diagnóstica desde la genómica y la proteómica . *Revista Chilena de obstetricia y ginecologia* , 6.
- Jiménez Cotes, E., Martínez Sánchez, L., Vargas Grisales, N., Agudelo Vélez, C., & Ortiz Trujillo, I. (2013). Preeclampsia: la Evolucion diagnostica desde la Genómica y la proteónica . *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* , 6.
- Jiménez Fiz, Y., Roura Carrasco, J., Caveda Estela, O., & Arévalo Tan, C. (2014). Síndrome de HELLP en una unidad de cuidados intensivos polivalente. *Revista Archivo Médico de Camaguey* , 11.
- Jiménez P, W., Pérez, E., & Larrea M, C. (2015). *Evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. Paz: Weinberg S.R.L. Manufacturas e Imprenta.
- Jorge Andrés Rubio-Romero, Ó. A.-C.-D. (2015). ALIDEZ DE LA ESTIMACIÓN VISUAL COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEVERA. *Revista Médica Bogotá*, 182.
- Jose, S. (2016). *Mortalidad materna y su evolucion reciente 2016*. Coat.
- Juan Antonio Suárez González, Y. S. (2016). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 465-466.
- Karam Calderón, M. Á., Bustamante Montes, P., Campuzano , M. G., & Camarena Pliego, Á. (2012). Aspectos sociales de la mortalidad materna. *Medicina Social* , 7.
- LALONDE A, A. A. (2010). Postpartum hemorrhage. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 243.

- Lozano, A. I., Bohórquez, O. A., & Zambrano, P. G. (2016). Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna . *universidad y salud*, 18.
- Malvino, E. (2010). *Shock Hemorrágico en Obstetricia*. Buenos Aires: Pre-edición de distribución gratuita.
- Martín Ramírez, J. F., Borgua, A. D., & Vázquez Flores, D. (2014). Sepsis. *Med Int Méx*, 17.
- Martínez-Galiano, J. M. (2017). Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matrón. Servicio de Paritorio. Complejo Hospitalario de Jaén*, 24.
- Mazzeo, V., & Vinacur, J. C. (2010). La omisión del registro de la causa de muerte materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008. *Redalyc*, 8.
- Mejía Monroy, A. M., Moreno Espinosa, A. L., Tellez Becerril, G. E., & Turcio Mendoza, F. E. (2013). *Sepsis y Embarazo*. Guatemala .
- Mejía Monroy, A. M., Moreno Espinosa, A. L., Tellez Becerril, G. E., & Turcios Mendoza, F. E. (2013). *Guía Clínica de Sepsis y Embarazo 2013*. Guatemala .
- Mejía Monroy, A. M., Moreno Espinoza, A. L., Tellez Berrecil, G. E., & Turcios Mendoza, F. E. (2013). *Guía Clínica de Sepsis y Embarazo 2013. Guía para la atención de las principales emergencias obstetricas* , 76.
- Mejía Monroy, A., Moreno Espinoza, A., Téllez Becerril, G., & Turcios Mendoza, E. (2013). *GUIA CLINICA DE SEPSIS Y EMBARAZO. FLASOG*, 19.
- Mintel, I. v. (2017). *Plan Toda Una Vida v2*. Quito.
- Mousa HA, A. Z. (2014). Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1.

- MSP. (2013). *GPC de Prevencion, diagnostico y tratamiento de la hemorragia posparto*. Quito- Ecuador: publicaciones el Telegrafo.
- MSP. (2013). *GPC-Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Quito : Creative Commons.
- MSP. (2013). *Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: Guía de Práctica Clínica*. Quito: ministerio de Salud Pública.
- MSP. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2014). *GPC de Trastornos hipertensivos del embarazo*. Quit-Ecuador: aCreative Commons.
- MSP. (2014). *GPC de Trastornos Hipertensivos del Embarazo*. Quito : aCreative Commons.
- MSP. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2015). *Control prenatal*. Ecuador: Guía practica clinica.
- MSP. (2015). *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2016). *Atención del Parto por Cesárea*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

- MSP. (2016). *GPC Trastornos hipertensivos del embarazo*. Quito : El Telégrafo.
- MSP. (2016). *GPC Trastornos hipertensivos del embarazo*. Quito-Ecuador: El Telégrafo.
- MSP. (2016). *Score mamá, claves y D.E.R. obstétricos* . Quito-Ecuador : Gerencia Institucional de Disminucion de Muerte Materna– MSP.
- MSP. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía Practica Clínica*. Quito : El Télegrafo .
- MSP. (2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica*. Quito: ria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP. (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Ministerio de Salud Pública, Direccion Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud* , 11.
- MSP. (2017). *Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo*. Quito: Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna.
- MSP, Normatización, D. N., SNS, & CONASA. (2008). *Plan Nacional de Reducción*. Quito: MSP.
- Neira Sanchez, E. R., & Málaga, G. (2016). Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Médica Peruana*, 17.
- Obando Morales, A. (2014). Síndrome de Hellp . *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica* , 3.
- OMS. (2013). *Programa Integrado de Salud Materna e Infantil*. Departamento para la Salud Mundial de USAID.
- OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Ginebra: OMS.

- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. *OMS* , 48.
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia . *OMS* , 41.
- OMS. (2015). *Muerte Materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2016). Mortalidad Materna Datos y Cifras . *Organización Mundial de la Salud*, 7.
- OMS. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. (Actualización 2016)*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- OMS. (16 de febrero de 2018). mortalidad materna. *mortalidad materna*.
- OMS. (2018). Mortalidad Materna . *Muerte Materna* , 16.
- OMS, U. U. (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. *human reproduction programme*, 12.
- OPS. (2015). Glosario de Indicadores Básicos de la OPS . *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud*, 35.
- OPS, & OMS. (2016). MORTALIDAD MATERNA. *PROTOCOLO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA*, 134.
- OPS, & Reproductiva, O. C. (2014). Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave . *Organización Mundial de la Salud* , 105.
- P., E. S., & C., M. A. (2014). *Informe Mortalidad en la Maternidad* . Quito: Ministerio de Salud Pública.

- Pacora , P. (2014). El desprendimiento prematura de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo . *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 11.
- Pacora, P. (2016). El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 40.
- Palacio, M., Cobo, T., & Plaza, A. (2017). SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS Y CORIOAMNIONITIS CLÍNICA. *PATOLOGÍA MATERNA Y OBSTÉTRICA*, 5.
- Pardo Novak, A., Vidal Gonzáles, M. V., & Villarroel Paredes, L. I. (2013). Dispositivo para la Hemorragia puerperal (balón hemostático). *Revista Científica Ciencia Médica*, 16.
- Pariguana lópez, J. S. (2016). Factores de riesgo de la hemorragia postparto inmediato. *Universidad Nacional Mayor De San Marcos*, 10.
- Pastor Rodríguez, J., Cotes Teruel, M., Mellado, J., López García, V., Jara Cárceles, J., & Ortiz González, M. (2015). Gluconato cálcico 10% endovenoso: cuidados de las vías de infusión en prematuros. *Revista de Enfermería Global* , 16.
- Petro Urrego, G. F., Bustamante García, M. A., Rubiano García, G., Martínez Echeverri, E. G., Peña Aponte, C., & Cabrera Sierra, T. V. (2013). Guía de sepsis en obstetricia. *Bogotá Humana*, 17.
- Pública, M. d. (2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017.
- Pública, M. d. (2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

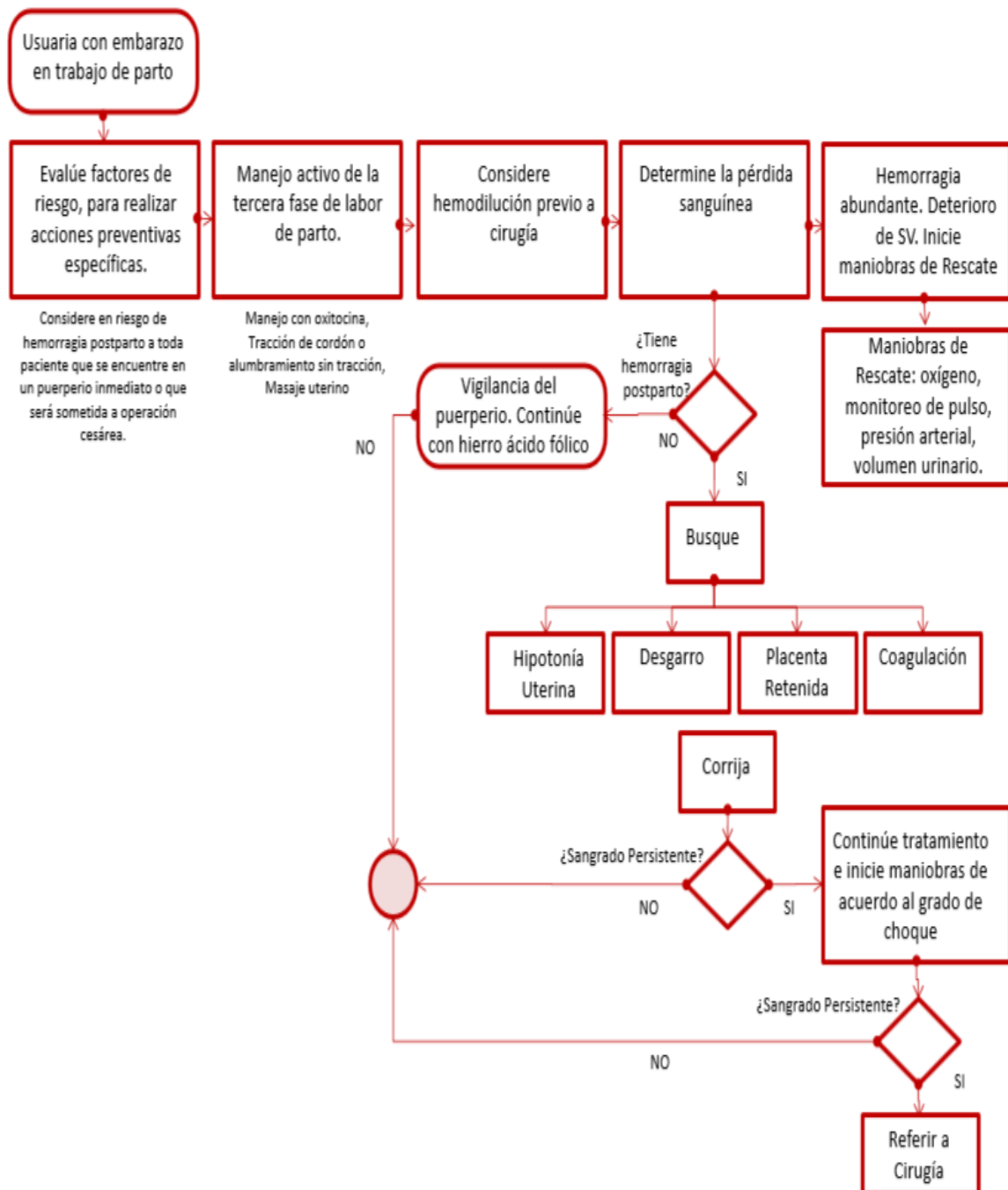
- Pública, M. d., & Materna, G. I. (2016). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mamáa, Claves y D.E.R. obstétricos*. Quito: Quito.
- Reproductiva, R. d. (2013). Sulfato de magnesio. *Caucus sobre Tecnologías Nuevas e Infrautilizadas en la Salud Reproductiva*, 3.
- Rhodes, A. (2016). Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de la sepsis y el choque septicémico. *Intensive Care Medicine*, 83.
- Ricardo, O. R. (2004). *Obstetricia y ginecología*. La habana: Ciencias Médicas.
- Rigol Ricardo, D. O. (2004). *Obstetricia y Ginecologia*. Habana: Ciencias Medicas .
- Rivas Perdomo , E. E., & Mendivil Cíodaro, C. (2014). Síndrome de Hellp: Revisión. *Revista Salud Uninorte* , 16.
- RM, T. (2014). Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes. *Revista Médica Basadrina*, 4 - 7.
- Roberto A. Ruiz-Rosas, P. d.-C.-A. (2015). Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 662.
- Rodríguez Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 9.
- Romero Pérez , I., Sánchez Miranda, G., Romero López, E., & Chávez Courtois, M. (2015). *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 9.
- Romero Pérez, I., Sánchez Miranda, G., Romero López, E., & Chávez Courtois, M. (2012). Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores. *Revista de Perinatologia y Reproduccion Humana*, 9.
- Rosas Peralta , M., Borrayo Sánchez , G., Madrid Miller , A., Ramírez Arias , E., & Pérez Rodríguez , G. (2016). Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa . *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* , 23.

- Rosas Peralta, M., Borrayo Sánchez, G., Madrid Miller, A., Ramírez Arias, E., & Pérez Rodríguez, G. (2014). Hipertensión durante el embarazo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23.
- Ruiz Rosas, R., Cruz Cruz, P. D., & Torres Arreola, L. D. (2012). Hemorragia Obstetrica causa de muerte materna. 76.
- Ruiz Rosas, R., Cruz Cruz, P. D., & Torres Arreola, L. D. (2012). *Hemorragia Obstetrica causa de muerte materna.IMSS 2012*. Mexico.
- S. Voto, L. (2015). Hipertensión en el embarazo. *Hypertens Pregnancy*, 18.
- Salazar, M. (2013). Guías para la transfusion de sangre y sus componentes. *Rev Panam Salud Publica*, 8.
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito: SENPLADES.
- SENPLADES. (2015). *Agenda Zonal 5*. Quito.
- SENPLADES. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida*. Quito.
- SISE. (2011). *Tasa de Mortalidad Materna*. Quito: SISE.
- Sistema Nacional de Salud, G. d. (2014). Tratamiento definitivo según las Guías de practica clinica. *Sistema Nacional de Salud de Mexico*, 14.
- Solari A, D. A., Solari G, I. C., Wash F, D. A., Guerrero G, D. M., & Enriquez G, D. O. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 11.
- Stewart, P. M., & Lee Vance, M. (2015). HIPOPITUITARISMO. *The Pituitary Society*, 11.
- Suárez González, J. A., Gutiérrez Machado, M., & Lorenzo González, B. C. (2012). Problemática de la muerte materna en Villa Clara. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 12.

- Suárez González, J. A., Gutiérrez Machado, M., & Lorenzo González, B. C. (2014). Problemática de la muerte materna en Villa Clara. *Revista Cubana de Cirugía*, 8.
- Usiña JH. (2014). *INEC*. Quito.
- Valenti , E. E., Avila, N., Amenabar, S., Zanuttini, E., & Crespo, H. (2016). “RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino)”. *Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 9.
- Vargas, V. M., Acosta, G., & Moreno, M. A. (2016). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 6.
- Vasqu ez Valerio , L. (2015). Estados Hipertensivos del Embarazo . *Revista Medica Sinergia* , 4.
- Vásquez Vigoa , A., Reina Gómez , G., Román Rubio, P., Guzmán Parrado , R., & Mendéz Rosabal , A. (2013). Trastornos Hipertensivos del Embarazo . *Revista Cubana de Medicina* , 13.
- Vásquez Vigoa, A., Reina Gómez, G., Román Rubio, P., Guzmán Parrado, R., & Mendéz Rosabal, A. (2014). Trastornos Hipertensivos del Embarazo . *Revista Cubana de Medicina* , 13.
- Vélez  lvarez, G. A., Agudelo Jaramillo, B., Gómez Dávila, J. G., & Zuleta Tobón, J. J. (2011). CÓDIGO ROJO: GUÍA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 16.
- Villanueva Egan, L. A., & Collado Peña, S. P. (2012). conceptos actuales sobre la Preeclampsia- Eclampsia . *medigraphic artemisa* , 5.
- Villanueva Egan, L. A., & Collado Peña, S. P. (2012). Conceptos actuales sobre la Preeclampsia-Eclampsia . *medigraphic artemisa* , 5.

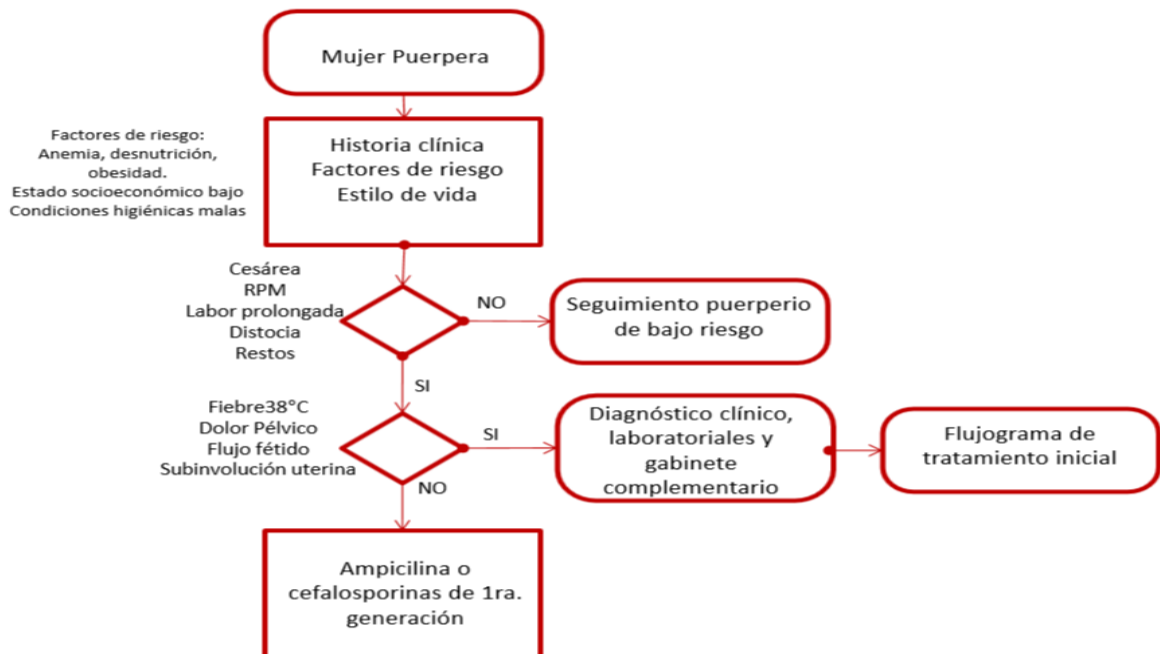
ANEXOS

ALGORITMO DE HEMORRAGIA POSTPARTO



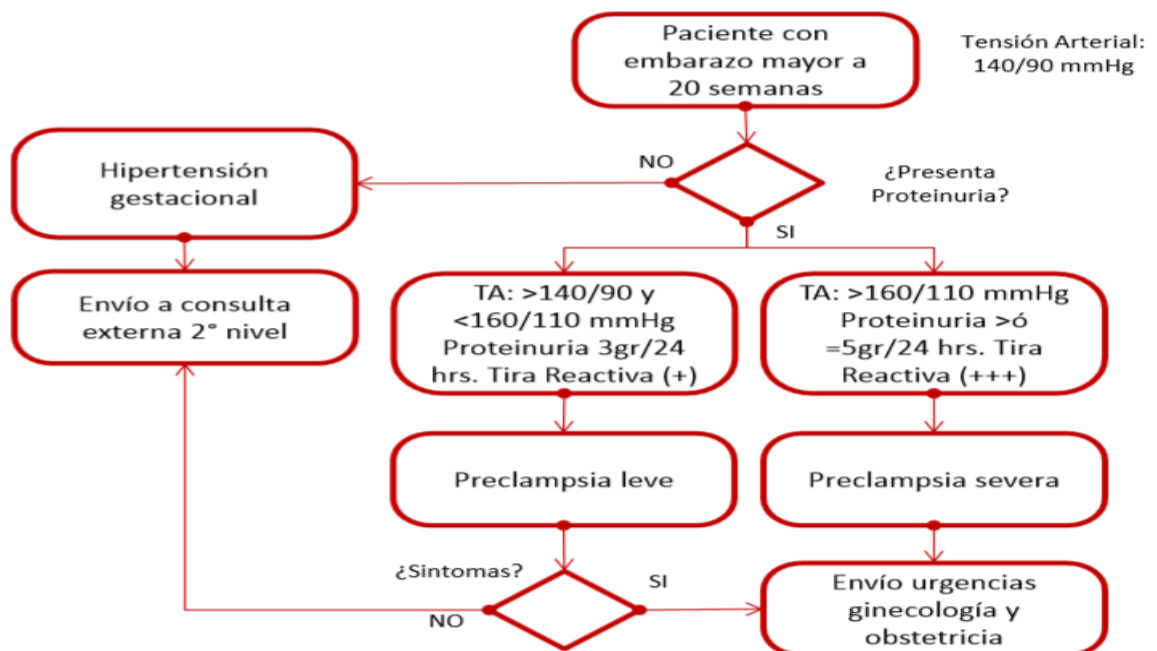
Fuente: (Sistema Nacional de Salud, 2014)

ALGORITMO DE SEPSIS



Fuente: (Sistema Nacional de Salud, 2014)

ALGORITMO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS



Fuente: (Sistema Nacional de Salud, 2014)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

IDEA O TEMA DE INVESTIGACION	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
<p>MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017.</p>	<p>¿Cuál es la relación entre la Muerte Materna y las causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017?</p>	<p>Establecer la relación entre la Muerte Materna y causas directas en la última década en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017</p>	<p>Si las mujeres embarazadas tuvieran información acerca del embarazo y sus complicaciones, podría prevenirse la mortalidad materna</p>
	<p>Problemas Derivados : ¿Cuál es la relación entre la muerte materna y la hemorragia obstétrica en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017? ¿Cuál es la relación entre la muerte materna y sepsis en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017? ¿Cuál es la relación entre la muerte materna y los trastornos hipertensivos en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017? ¿De qué manera se puede disminuir incidencia entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017?</p>	<p>Objetivos Específicos: 1.Establecer la relación entre la muerte materna y la hemorragia obstétrica en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017 2.Establecer la relación entre la muerte materna y sepsis en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017 3.Establecer la relación entre la muerte materna y los trastornos hipertensivos en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017 4.Evaluar las estrategias de alarma materna que permitan disminuir la incidencia entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017</p>	<p>Hipótesis Específicas: El manejo oportuno de la hemorragia post-parto permite disminuir la muerte materna en la última década en el Hospital león becerra Camacho Identificar de forma temprana el proceso de infección en la gestante con sepsis permite brindar manejo oportuno a las pacientes del Hospital león becerra Camacho En cuanto más se complique el trastorno Hipertensivo durante la gestación mayor riesgo de Muerte Materna en la última década en el hospital león becerra Camacho Evaluar las estrategias de alarma materna identifica los nodos críticos en la atención en salud materna y permite disminuir la incidencia entre la muerte materna y las causas directas en la última década en el hospital león becerra Camacho, Milagro-2017</p>

Milagro, 20 de Agosto del 2018

A petición de PhD. Betty Mazacón Roca, Msc. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Obstetricia quien solicita los datos estadísticos de muerte materna del año 2007 al 2017, dejando la constancia que los datos receptados servirán para el desarrollo de proyecto de investigación, con el tema: **Muerte Materna en la última Década relacionado a causas directas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro-2017.**

Certificamos:

Que, podemos entregar datos estadísticos a partir del 2007 al 2017, los mismos que se encuentran registrados en folio en el área de estadística.

Año	Total pacientes atendidas	Nº de pacientes con hemorragias	Nº de pacientes con Trastornos hipertensivos	Nº de pacientes con sepsis	Total de muertes maternas	Causa de muerte
2008	1025	8	6	1	1	Preeclampsia
2009	1203	6	5	3	1	Hemorragia P.P
2010	1295	4	2	2	1	Laringoespasmo
2011	1376	6	4	0	1	Hemorragia P.P
2012	1581	3	2	3	1	Aborto séptico
2013	1820	5	2	1	0	-----
2014	2055	9	4	0	2	Hemorragia P.P Preeclampsia
2015	2183	11	6	1	3	Preeclampsia Hemorragia Quiste de ovario
2016	2507	7	4	2	3	Eclampsia Hemorragia P.P Cardiopatía
2017	2782	6	10	1	1	Sepsis

Ing. Jessica Matute

Jefa de Área de Estadística



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DÉCADA RELACIONADA A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017

NOMBRE DE LOS PROPONENTES: Valeria Leonela Amaiquema Rodriguez, Grace Mercy Alvarado Astudillo

No.	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO			Puntos	
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2		Insuficiente 1
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se derivan de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	4
5	Justificación.	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



6	Resumen teórico preliminar (Esquema de contenidos)	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, de manera ordenada. La hipótesis tiene relación con el problema y con el objetivo	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, sin ningún orden. La hipótesis se relaciona con los problemas, pero no da respuesta al mismo.	Las categorías determinadas están no son pertinentes al problema de estudio	4
7	Hipótesis (General)	La hipótesis tiene relación con el problema y con el objetivo	La hipótesis se relaciona con el problema, pero no da respuesta al mismo.	La hipótesis no tiene relación con el problema ni con el objetivo.	4
8	Tipo de investigación	Tiene relación con el propósito de la investigación y se justifica su aplicación	Tiene relación con el propósito de la investigación, pero no se justifica su aplicación.	No corresponde al propósito de la investigación.	4
9	Metodología	Define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación, y además describe en que consistió cada uno de sus pasos de manera breve para constituir este proceso	Señala sólo la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	Carece de metodología	2
10	Referencias Bibliográficas	Presenta una lista de referencias bibliográficas completa, considerando las normas propuestas (APA, Vancouver)	Presenta una lista de referencias bibliográficas incompleta, considerando las normas propuestas (APA, Vancouver)	La lista de referencias bibliográficas no corresponde, y no se observa ninguna norma	4
TOTAL					38
PROMEDIO PONDERADO					40 = 10 / 25 = 7 Mínimo

OBSERVACIONES

	04-07-2018	
Nombre y Firma del Docente Evaluador	Fecha de Revisión	Fecha y Firma de Recepción
RMD		05/03/18



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORÍAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Ana Lasso Baño, MSc

FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Modelo Materno en la Última Decada Relacionado a Causas Directas en el Hospital don

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Yakira Antonia Amargosa Fariñez - Gracia Mercy Alcarado Astudillo

CARRERA: Obstetricia

Número de Tutorías	Fecha de Tutorías	Temas a tratar	Tipo de Tutoría		Porcentaje de Asistencia	Observaciones	FIRMAS	Evaluación	Pag. Nº
			Presencial	Virtual					
2	17-07-2018	Desarrollo del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		80%				
2	19-07-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		100%				
2	24-07-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X	X	60%				
2	27-07-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		80%				
2	31-07-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X	X	90%				
2	02-08-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		100%				
2	04-08-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		100%				
2	07-08-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		80%				
2	11-08-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		60%				
2	16-08-2018	Estimación del trabajo científico e investigación del proceso de la investigación	X		100%				

Obst. Lilian Muñoz Velazquez, MSc
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTERICIA
CARRERA DE OBSTERICIA



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **OBST.ANA PASOS BAÑO, MSc.**, en calidad de Docente Tutor del Perfil o Tema del proyecto de investigación **"MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DÉCADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017"** elaborado por las estudiantes egresadas: **GRACE MERCY ALVARADO ASTUDILLO**, con c.c: **094036709-7** y **VALERIA LEONELA AMAIQUEMA RODRIGUEZ** con c.c: **120749463-2** de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los cinco días del mes de Julio del año 2018.

OBST.ANA PASOS BAÑO, MSc

Ci: 1205556127

DOCENTE -TUTOR



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 5 de Julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente. -

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotras **GRACE MERCY ALVARADO ASTUDILLO**, con c.c: **094036709-7** y **VALERIA LEONELA AMAIQUEMA RODRIGUEZ** con c.c: **120749463-2** egresado de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del perfil del proyecto de investigación con el tema: **"MUERTE MATERNA EN LA ULTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017"**, el mismo que fue aprobado por la Docente Tutora: **OBST.ANA PASOS BAÑO, MSc.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

Grace Alvarado

Grace Mercy Alvarado Astudillo
cc: 1207505460

Valeria Leonela Amaiquema R.

Valeria Leonela Amaiquema Rodriguez
cc: 120749463-2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **Obst. Ana María Pasos Baños, Msc.**, en calidad de Tutora del Proyecto de investigación (Segunda Etapa) **MUERTE MATERNA EN LA ULTIMA DECADA RELACIONADA A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO- 2017**, elaborado por las estudiantes: Grace Mercy Alvarado Astudillo y Valeria Leonela Amaiquema Rodriguez, de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de agosto del año 2018

Firma del Docente - Tutor
Obst. Ana Pasos Baños, Msc
C.I: 1205556127



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 20 de agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras, Grace Mercy Alvarado Astudillo con cédula de ciudadanía 0940367097, y Valeria Leonela Amaiquema Rodríguez con cédula de ciudadanía 1207494632; egresadas de la Carrera de obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, nos dirigimos a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del anillado requerido en la Segunda Etapa del Proyecto de Investigación, para que pueda ser evaluado junto a la sustentación por el Docente - Tutor y el Docente asignado por el consejo directivo para atender el proceso de Titulación por carreras.

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, quedamos de usted muy agradecidas.

Atentamente,

Grace Mercy Alvarado Astudillo
0940367097

Valeria Leonela Amaiquema Rodríguez
1207494632



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 19 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras, Valeria Leonela Amaiquema Rodríguez, con cedula de ciudadanía **120749463-2** y Grace Mercy Alvarado Astudillo, con cédula de ciudadanía **094036709-7**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de tres anillados del Proyecto de investigación, con el tema, **"MUERTE MATERNA EN LA ÚLTIMA DECADA RELACIONADO A CAUSAS DIRECTAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO-2017"**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente



Valeria Leonela Amaiquema Rodríguez
CI. 120749463-2



Grace Mercy Alvarado Astudillo
CI. 094036709-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 19/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: ANA MARIA PASOS BARRO FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Muerte Materna en la última Decada Relacional a causas Directas en el Hospital Leon Becerra Camacho, Hilabeo - 2017

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Valeria Leonela Amarguema Rodriguez - Grace Hefly Abakabo Astudillo
CARRERA: Obstetricia

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	28/08/18	Elaboración del Instrumento	X		40%		
4	30/08/18	Análisis e interpretación de resultados	X	X	60%		
4	4/09/18	Conclusiones	X	X	80%		
2	6/09/18	Recomendaciones	X		60%		
4	11/09/18	Propuesta	X	X	90%		
6	13/09/18	Revisión de Informe Final	X	X	100%		

Obs: Luján Muñoz Solorzano Misc.
COORDINADOR DE TITULACIÓN
CARRERA I DE OBSTETRICIA