

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS MUERTES MATERNAS
OCURRIDAS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE I Y II NIVEL DE
ATENCIÓN EN LOS DISTRITOS DE SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS EN LOS AÑOS 2014 A 2016:
REPORTE DE SERIES DE CASOS**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. FREDDY GEOVANNY BRIONES MEZA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. GABRIELA ALARCÓN GÓMEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

ANA MARÍA TROYA ZULETA, M.Sc.

QUITO, 2018

*El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios por ser
la fuente inspiradora del conocimiento.*

*A todas esas personas que perdieron una madre, una hija, una
hermana, una amiga, que en su afán de dar vida perdieron la
vida.*

*A mi esposa Isaura, a mis hijas: Sophia, Freisa e Isabella a
quienes amo mucho, y que asumieron con responsabilidad este
reto de apoyarme en ampliar mis conocimientos académicos.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por esta nueva bendición, de poder cumplir con este requisito previo a mi grado.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por haber permitido mi formación y en ella gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso; en especial a la tutora y directora de este trabajo; directivos y docentes de la Facultad de Medicina.

Agradecer a mis padres por haberme formado en valores, creando la base para todo emprendimiento.

A mis amigos que estuvieron allí, alentando con palabras de fortaleza, y otros que aportaron con ideas para el desarrollo de este trabajo; muchas gracias.

Agradecer a mi familia por ser la fuente de mi esfuerzo y todas las energías requeridas para este proceso de formación.

RESUMEN

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial, por este motivo en el año 2000, la ONU propone dentro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM-5), disminuir un 75% la mortalidad materna para el 2015. La OMS estima que a nivel mundial se ha disminuido en un 45% la mortalidad materna desde 1990 hasta el 2013. En la región de América Latina y el Caribe se logró disminuir en promedio un 40% la mortalidad materna, en el Ecuador se ha logrado una disminución del 44%. La disminución de la mortalidad materna perinatal es considerada como una prioridad nacional de salud pública y se manifiesta en las metas 3 y 4 propuestas en el objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir. El “Modelo de las Tres Demoras”, adoptado por la OMS, permite identificar motivo(s), circunstancia(s) o causa(s) responsables del retraso en recibir atención adecuada, llevando a la muerte materna. Las demoras son: i) Demora en tomar la decisión de buscar ayuda; ii) Demora en llegar a la Institución de Atención; iii) Demora en recibir el tratamiento adecuado en la Institución de Salud. Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores que contribuyen en la tercera demora de las muertes maternas estudiadas en las unidades de salud de I y II nivel de atención en los Distritos de Salud de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en los años 2014 a 2016. Para ello se ha utilizado la metodología de estudio de series de casos, que es un estudio de tipo observacional descriptivo y cualitativo. Los resultados más sobresalientes son: 17 muertes maternas (MM) en el período, con una razón de mortalidad materna (RMM) de 67.8 y 78.08 por 100 000 nacidos vivos (NV) en el 2014 y 2015, respectivamente; el 64.7% de los fallecimientos maternos ocurrió por una causa directa; 52.9% de los fallecimientos estuvieron relacionados con la tercera demora.

Palabras clave: mortalidad materna, investigación cualitativa, estudio de casos, tres demoras.

ABSTRACT

Maternal mortality is a public health problem worldwide, for this reason in the year 2000, the UN proposes within the Millennium Development Goal 5 (MDG-5), to reduce maternal mortality by 75% by 2015. WHO estimates that globally there has been a 45% decrease in maternal mortality from 1990 to 2013. In the Latin American and Caribbean region it was possible to reduce maternal mortality by an average of 40%, in Ecuador there has been a 44% decrease. The decrease in perinatal maternal mortality is considered a national public health priority and is manifested in goals 3 and 4 proposed in the objective of the National Plan for Good Living. The "Model of Three Delays" adopted by the WHO, allows identifying motive (s) or circumstance (s) or cause (s) responsible for the delay in receiving adequate care, leading to maternal death. The delays are: i) Delay in making the decision to seek help; ii) Delay in reaching the Care Institution; iii) Delay in receiving the appropriate treatment in the Health Institution. The objective of this study was to determine the factors that contribute to the third delay of maternal deaths studied in the health units of I and II level of care in the health districts of the province of Santo Domingo de los Tsáchilas in the years 2014 to 2016. For this purpose, the case series study methodology has been used, which is a descriptive and qualitative observational study. The most outstanding results are: 17 maternal deaths (MM) in the period, with a maternal mortality ratio (RMM) of 67.8 and 78.08 per 100 000 live births (NV) in 2014 and 2015 respectively; 64.7% of maternal deaths occurred due to a direct cause; 52.9% of deaths related to the third delay.

Key words: maternal mortality, qualitative research, case study, three delays.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	3
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. ANTECEDENTES	3
2.1.1. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO.....	3
2.1.2. MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR.....	5
2.2. MUERTE MATERNA	6
2.2.1. DEFINICIONES	6
2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	8
2.2.3. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	9
2.2.4. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	10
2.2.5. FACTORES DE RIESGO DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	10
a) <i>Condición de riesgo</i>	10
b) <i>Vulnerabilidad</i>	11
c) <i>Factores sanitarios protectores</i>	12
2.2.6. FACTORES QUE IMPIDEN QUE LAS MUJERES RECIBAN LA ATENCIÓN QUE NECESITAN.....	12
2.2.7. RESPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	13
2.3. ANÁLISIS DE LAS TRES DEMORAS	14
2.3.1. MODELO DE LAS TRES DEMORAS	14
a) <i>Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.</i>	15

b) <i>Demora en llegar a la institución de atención</i>	15
c) <i>Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución de salud.</i>	16
2.3.2. ANÁLISIS DE EVITABILIDAD DE LA MUERTE MATERNA	17
2.4. EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO Y LA MORTALIDAD MATERNA.....	18
2.5. JUSTIFICACIÓN	21
CAPÍTULO III	23
3. METODOLOGÍA.....	23
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3.1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
3.2. OBJETIVOS	24
3.2.1. OBJETIVO GENERAL	24
3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3.3. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	24
3.4. UNIVERSO Y MUESTRA	25
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.7. ANÁLISIS DE DATOS.....	29
3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	30
CAPÍTULO IV	31
4. RESULTADOS	31
4.1. DESCRIPCIÓN GENERAL.....	31
4.1.1. MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.....	31
4.1.2. MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, SEGÚN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	34

4.1.3. MORTALIDAD MATERNA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS MÉDICAS EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	37
4.1.4. MORTALIDAD MATERNA Y ANÁLISIS DE LAS TRES DEMORAS	38
4.2. DESCRIPCIÓN DE CASOS	41
Fuente.-Matriz de Mortalidad Materna Santo Domingo de los Tsáchilas.....	41
Fuente.-Matriz de Mortalidad Materna Santo Domingo de los Tsáchilas.....	45
CAPÍTULO V	46
5. DISCUSIÓN.....	46
CAPÍTULO VI.....	52
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
6.1. CONCLUSIONES	52
6.2. RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS.....	58

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

MM: Muerte Materna

MSP: Ministerio de Salud Pública

ODM: Objetivos del Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RMM: Razón de Mortalidad Materna

SVEeIMM: Sistema de Vigilancia epidemiológica e Investigación de Muerte Materna

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Riesgo de morir en mujeres durante el embarazo y parto.	5
Tabla 2. Acciones inseguras identificadas en los fallecimientos maternos provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	40
Tabla 3. Descripción de los casos.....	41
Tabla 4. Acciones inseguras	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Razón de Mortalidad Materna según provincia de residencia habitual. Ecuador 2015.	6
Figura 2. Ranking de los países en los que más mujeres murieron debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, por cada 100 000 nacidos vivos en Latinoamérica en 2015.	9
Figura 3. Camino para la supervivencia de Muerte Materna	16
Figura 4. Niveles de atención.	20
Figura 5. Mortalidad Materna en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	32
Figura 6. Mortalidad Materna según clasificación de la causa básica de muerte, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.....	32
Figura 7. Mortalidad Materna por causas de fallecimiento en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.....	33
Figura 8. Mortalidad Materna según evitabilidad, en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	34
Figura 9. Mortalidad Materna según procedencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	34
Figura 10. Mortalidad Materna según procedencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	35
Figura 11. Mortalidad Materna según edad, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	35
Figura 12. Mortalidad Materna según nivel de escolaridad, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.....	36

Figura 13. Mortalidad Materna según estado civil, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	36
Figura 14. Mortalidad Materna según número de controles prenatales, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.....	37
Figura 15. Mortalidad Materna según momento de la ocurrencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.....	37
Figura 16. Mortalidad Materna según lugar de ocurrencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	38
Figura 17. Mortalidad Materna según número de demora, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.	39
Figura 18. Mortalidad Materna según número de controles prenatales, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.....	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Herramienta de recolección de datos.....	58
Anexo 2. Descripción de casos	59
Anexo 3. Carta de autorización del Hospital Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsáchilas.....	69
Anexo 4. Carta de aprobación de protocolo Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina - PUCE.	71
Anexo 5. Carta de compromiso y confidencialidad Distrito 23D02 Los Rosales - Salud. .	72
Anexo 6. Carta de compromiso y confidencialidad Distrito 23D01 Augusto Egas - Salud	73
Anexo 7. Carta de compromiso y confidencialidad Distrito 23D03 La Concordia - Salud	74

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo presenta el reporte de una serie de casos de muerte materna en mujeres que acudieron al primer y segundo nivel de atención de salud, en edades comprendidas entre 19 y 42 años, con características de ruralidad, difícil acceso geográfico, nivel de educación básico incompleto y en donde se pone de manifiesto las demoras I y III propuestas por la OMS como factor que hace la diferencia entre la vida y la muerte.

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales» (OMS, 2003).

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas (OMS, 2005).

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

En comparación con los países de Latinoamérica, el Ecuador se ubicó en denominación de progreso en cuanto a la disminución de la mortalidad materna durante los años 1990 - 2015, con una reducción importante de las cifras de mortalidad materna. En el año 2015 la RMM fue de 44.58 por cada 100 000 NV; sin embargo el rango de la RMM en el Ecuador es de 104.90 por cada 100 000 NV y 9.81 por cada 100 000 NV que corresponde a la provincia de Esmeraldas e Imbabura, respectivamente (INEC, 2017).

El estudio de casos, es un método para el análisis de situaciones clínicas, que permite la identificación de puntos fuertes y débiles de la relación establecida entre el/la paciente y el equipo de salud, en búsqueda de soluciones y estrategias para mejorarla. Tiene un papel importante en la investigación cualitativa, cuyos resultados pueden ser usados como base para formular preguntas de investigación, aporta información básica generalmente sobre programas y prácticas innovadoras. Con este trabajo se pretende visibilizar los aspectos positivos del método como herramienta de aprendizaje y cómo se toman a cargo los cuidados maternos, de manera que pueda ser utilizado para comunicar ésta y otras experiencias de la práctica clínica, así como para la educación de tercer y cuarto nivel, en beneficio de una comunidad sin muertes maternas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO

En la actualidad, se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, sin embargo, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico (Resoluciones de la WHA20.19 Y WHA43.24). Esto significa que para resolver el problema, generalmente se consideran las causas clínicas, mientras que otros determinantes socio-económicos quedan al margen.

Además, la muerte materna representa una tragedia, pues implica que por cada mujer que muere, muchas más sufrirán una serie de consecuencias que tendrán repercusiones en el resto de su vida; entre otras, la pérdida de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse, condena a la orfandad a niños pequeños y destruye una familia. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta el incremento en la morbi-mortalidad infantil, la deserción escolar, la desintegración de la familia y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Otro componente de esta tragedia que representa la muerte materna es que esas mujeres no mueren como consecuencia de alguna enfermedad, sino durante el proceso normal de procreación de un ser humano (Resoluciones de la WHA20.19 Y WHA43.24).

La mortalidad materna es considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad en el ámbito social de la humanidad, así como de la situación que la mujer guarda en la sociedad y en lo que se refiere al acceso a los servicios de salud, sociales, de alimentación y de oportunidades económicas. En efecto, en los albores del siglo XXI, de las aproximadas 600 mil defunciones maternas registradas cada año en todo el mundo, 98% sigue ocurriendo en los países en desarrollo. De esta manera, mientras que naciones industrializadas como Canadá, Estados Unidos de América y la mayoría de los países europeos registran tasas de mortalidad materna inferiores a 15 por 100 mil nacidos vivos, en África y el Continente Americano no son infrecuentes cifras 10 a 100 veces más elevadas. Por ello, no nos sorprende que las cifras de mortalidad materna se consideren indicadores fidedignos del grado de desarrollo económico y social de los países, así como de las condiciones de equidad o inequidad entre los géneros (Resoluciones de la WHA20.19 y WHA43.24).

Estas puntualizaciones nos llevan a aseverar que la mortalidad materna en pleno siglo 21 sigue siendo un problema de salud pública sin resolver; sobre todo para los países pobres o en vías de desarrollo, quienes en conjunto aportan con el 99% de la mortalidad materna. Cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; se ha comprobado que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvar la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (ODS, 2015).

El riesgo de que una mujer pueda morir durante el embarazo y parto, dependiendo de la región del mundo en que se encuentre, se puede evidenciar en la tabla 1.

Tabla 1. Riesgo de morir en mujeres durante el embarazo y parto.

Región	Riesgo de Muerte
Todos los países en desarrollo	1 en 48
África	1 en 16
Asia	1 en 65
América Latina y Caribe	1 en 130
Países desarrollados	1 en 1800
Europa	1 en 1400
América del Norte	1 en 3700

Tomado de: Scielo. Mortalidad materna en el mundo

2.1.2. MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR

Según cifras del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos INEC (2017), en Ecuador la Razón de Mortalidad Materna (RMM) desde 1990 ha mostrado un descenso progresivo: 153.5 por 100 000 NV en 1990 a 44.58 por 100 000 NV en el 2015; con valores que fluctúan entre 104.90 por cada 100 000 NV en la provincia de Esmeraldas y 25.36 en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

En comparación con otros países de Latinoamérica, el Ecuador se ubicó en denominación de progreso en cuanto a la disminución de la mortalidad materna durante los años 1990 - 2015, con una reducción importante de las cifras de mortalidad materna en el período mencionado; sin embargo, entre las provincias del país, al igual que entre las distintas regiones del mundo, existe una diferencia significativa; es así que durante algunos años la provincia de Esmeraldas ha sido una de las más afectadas y de mayor riesgo de mortalidad materna, donde la mayoría de los fallecimientos son clasificados como evitables.

. En Santo Domingo, la RMM fue menor al promedio nacional. La figura 1 muestra la razón de mortalidad materna en el año 2015, distribuida por provincias.

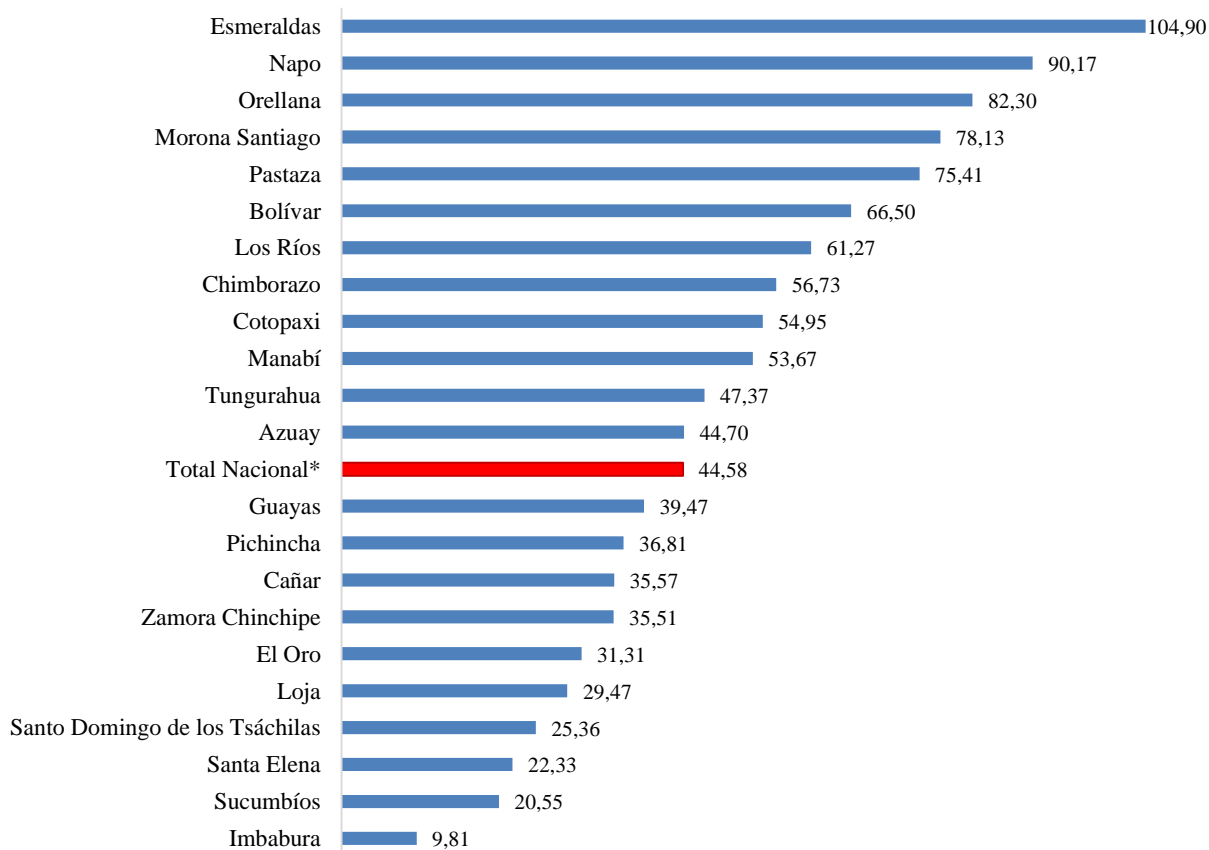


Figura 1. Razón de Mortalidad Materna según provincia de residencia habitual. Ecuador 2015.

Fuente: INEC 2017.

*RMM a nivel nacional que divide las provincias cuya RMM está por arriba y debajo del promedio Nacional.

2.2. MUERTE MATERNA

2.2.1. DEFINICIONES

En la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Edición – CIE10 (Volumen I) constan las siguientes definiciones, adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, de acuerdo con el Artículo 23 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Muerte materna: 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 o incidentales (CIE-10 P 1171).

Muerte materna directa o defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto o puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (CIE-10 P 1171).

Muerte materna directa o defunciones obstétrica indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas; pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (CIE-10 P 1171).

Muerte relacionada con el embarazo: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (CIE-10 P 1172).

Defunción materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días hasta un año luego de la terminación del embarazo (CIE-10 P 1172).

Muerte materna hospitalaria: son las muertes ocurridas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, luego de haber transcurrido 48 horas de permanencia en la unidad hospitalaria (CIE- 10 P 1172).

2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio al Asia Meridional. La razón de mortalidad materna (ratio) en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000 (OMS, 2018).

En término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles, el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud (OMS 2018).

En America Latina la mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública en un buen número de sus países, quedando de manifiesto la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en países de la misma región. La figura 2 muestra la razón de mortalidad materna por cada 100 000 NV en los países que más contribuyeron con esta causa en el 2015, en la mencionada región.

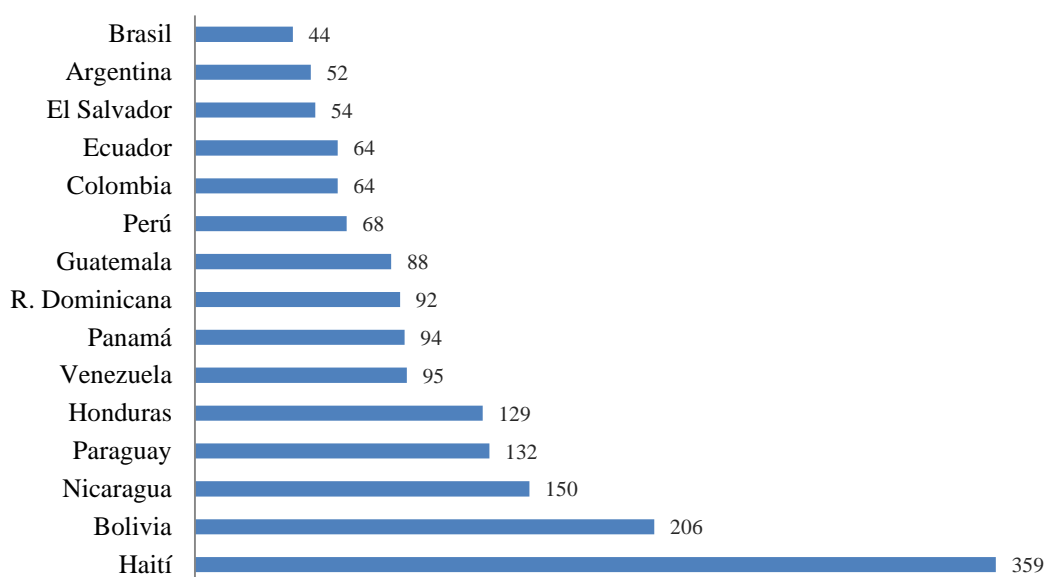


Figura 2. Ranking de los países en los que más mujeres murieron debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, por cada 100 000 nacidos vivos en Latinoamérica en 2015.

Tomado de: Statista, 2015.

2.2.3. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Muchas mujeres (303 000 en el año 2015) mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y en gran proporción estas son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer (OMS, 2018).

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- Complicaciones en el parto
- Los abortos peligrosos

2.2.4. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

En el año 2000 los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a trabajar en ocho proyectos llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los que constan: reducir para el 2015, en 75% la razón de mortalidad materna documentada 1990. Esta meta, junto con el acceso universal a la salud reproductiva, constituyen las dos metas que conforman el ODM 5, que consiste en mejorar la salud materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial División de Población de las Naciones Unidas, 2015).

En 2015 los progresos realizados fueron evaluados, teniendo como resultado una RMM mundial disminuida en cerca de un 44% en los últimos 25 años: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos ($n = 532\ 000$) en 1990, pasó a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos ($n = 303\ 000$) en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente a 1 muerte por 73 mujeres. Nueve-países con una RMM de más de 100 por 100 mil NV están ahora entre los que han «logrado la meta 5A de los ODM: Bhután, Cabo Verde, Camboya, República Islámica de Irán, Maldivas, Mongolia, República Democrática Popular Lao, Rwanda y Timor-Leste. Otros 39 países se categorizan como «progreso», entre los cuales está Ecuador, 21 como «progreso insuficiente» y 26 como «sin progreso» (OMS et al 2015).

2.2.5. FACTORES DE RIESGO DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA

a) Condición de riesgo

“Son considerados los factores endógenos de la gestante y el feto, entre ellos se consideran los factores biológicos, hábitos y estilos de vida de las madres y su familia, las cuales son determinantes para la evolución natural del embarazo. La condición nutricional, la

multiparidad, la diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, VIH/SIDA, hábito tabáquico, alcohólico y fármaco-dependencias, son factores que pueden poner en riesgo la vida de la gestante (Mazza, Vallejo y Gonzales, 2012).

b) Vulnerabilidad

Es un conjunto de condiciones protectoras, que disminuyen el desplazamiento de la madre y su familia para anticiparse a los riesgos del embarazo y el parto, donde se toman en cuenta aspectos geográficos, condiciones socioeconómicas, culturales, educativas y factores sanitarios protectores (Mazza, et al, 2012).:

- Los *factores geográficos*, señalan la residencia de la gestante, que pueden estar en zonas lejanas, con problemas para transportarse, así como las malas condiciones de las vías de acceso, las cuales impiden llegar oportunamente a buscar los servicios de salud.
- Los *factores socioeconómicos*, culturales y educativos reflejan la gran diferencia que existe entre los pobres y los ricos, la cual está estrechamente relacionada, con el desempleo, bajo nivel educativo y la presencia de vivienda en malas condiciones higiénicas, sumado a esto la falta de personas que les brinde apoyo y protección en el momento que lo necesiten.
- Los *factores sanitarios*, ligados estrechamente a las debilidades que existen en los centros de salud, los cuales determinan limitaciones en el acceso al servicio de salud.

c) Factores sanitarios protectores

Son factores atribuidos al conjunto de derechos sociales, como vivienda, transporte, salud, educación, alimentación, empleo y seguridad social. Para la OMS, las muertes maternas no son accidentales, sino son el fruto de una serie de factores que constituyen una sucesión irremediable de demoras que imposibilitan prevenir los riesgos que pueden aparecer durante el embarazo y que impiden que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Por consiguiente, cada demora, que puede traducirse en horas, días e incluso semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, ocasiona mayores complicaciones en la salud de la gestante, lo que puede producir la muerte de la misma.

De ahí que es importante recordar, que en el momento de prevenir las muertes maternas, el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención, juega un papel preponderante en la salud de la embarazada.

2.2.6. FACTORES QUE IMPIDEN QUE LAS MUJERES RECIBAN LA ATENCIÓN QUE NECESITAN

Las mujeres de bajos recursos económicos, en especial las que viven en zonas rurales, son aquellas que tienen menos posibilidades de recibir una atención de salud especializada. Existen regiones en el mundo como el África subsahariana y Asia Meridional que no gozan con atención especializada, y a pesar de que la atención prenatal ha aumentado en muchos países del mundo, durante el último decenio, sólo el 51% de las mujeres de los países de ingreso bajo se benefician de una atención especializada durante el parto, a diferencia de los países desarrollados, donde usualmente todas las mujeres cumplen como mínimo con

cuatro consultas prenatales y son atendidas durante el parto por profesionales de la salud capacitados (OMS. 2018)

La OMS (2018) con respecto a la mortalidad materna menciona la existencia de otras barreras que imposibilitan a las mujeres para que reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto; entre ellas tenemos: la pobreza de la familia, la distancia de la vivienda al centro de salud más cercano, la falta de información sobre las posibles complicaciones que pueden darse en el embarazo, la ausencia de centros de salud, y las prácticas culturales.

2.2.7. RESPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en el 2015, se presentó la Estrategia Global de Atención para la salud de la mujer, niño y adolescente 2016 – 2030, la misma que está diseñada para abordar de manera integral a este grupo de personas “en situaciones de crisis humanitaria y en entornos frágiles, y las responsabilidades multisectoriales para afrontar los determinantes subyacentes de la salud y el bienestar”. En general, la estrategia se orienta a asegurar que ninguna persona quede rezagada y que se combatan las desigualdades en los países o entre ellos. Los tres objetivos principales consisten en **Sobrevivir** (Poner fin a la mortalidad prevenible; materna, neonatal, infantil, TB y muertes prematuras por VIH), **Prosperar** (lograr la salud y el bienestar) y **Transformar** (Ampliar entornos propicios); para que el lugar de nacimiento y residencia de la persona deje de ser un riesgo para el individuo (Naciones Unidas, 2015).

En comparación con la situación en 2014, se lograrían las reducciones siguientes: del 70% en los embarazos no deseados, del 67% en los abortos, del 67% en las defunciones

maternas, del 77% en las defunciones de recién nacidos, y casi se eliminaría la transmisión del VIH de la madre al recién nacido (Naciones Unidas, 2015).

Como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

2.3. ANÁLISIS DE LAS TRES DEMORAS

2.3.1. MODELO DE LAS TRES DEMORAS

Para conocer las razones o circunstancias que llevaron a un desenlace fatal a las mujeres embarazadas se ha utilizado un método conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna, detallado por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, así lo explican Maine y colaboradores (2007) en su obra “Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna”, el cual fue adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. El modelo se sustenta en el hipotético caso, de que para disminuir la mortalidad materna, no es necesario que los servicios que brinda el sector salud se desempeñen eficientemente, puesto que las mujeres enfrentan una cadena de obstáculos para lograr acceder a ellos y recibir la atención necesaria.

El modelo utiliza tres preguntas simples, lo que llevará a identificar el inconveniente que haya sido la causa para que existan las demoras, puesto que cualquier circunstancia que haya incidido en el retraso para que la mujer reciba atención adecuada, puede acarrear en la muerte materna.

De esta forma, este modelo detallado por la doctora Maine es conocido con el nombre de “Las tres demoras”, las cuales se detallan a continuación:

a) Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.

Este retraso investiga la situación de la mujer y su comunidad, es decir, su entorno, habilidades, hábitos y dificultades. Se entiende que existió cuando las mujeres no buscaron la atención o lo hicieron tardíamente debido a que ellas o sus familias no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o cuando, a pesar de hacerlo, no hubo oportunidad de decisión y acción para consultar. Frecuentemente se asume que la falta de información es el principal obstáculo para solicitar ayuda; pero pueden existir muchos otros factores que influyen en esta decisión. Algunos ejemplos que pueden enumerarse son: la paciente no reconoció con prontitud algún signo o síntoma de alarma, desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva, que genera este tipo de retraso, por ejemplo, las pacientes no saben que tienen derecho a recibir atención y exámenes prenatales sin ningún costo. Los factores culturales influyen.

b) Demora en llegar a la institución de atención

“¿Hubo demoras para lograr la atención una vez decidió solicitarla?” La accesibilidad a los servicios de salud es el factor que influenciará en este retraso. Son ejemplos, la inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público, la falta de estructura vial y de comunicaciones, los factores económicos que dificultan el traslado”.

c) **Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución de salud.**

“¿Una vez que la paciente logró tener acceso a los servicios de salud obtuvo una atención de calidad? Las respuestas tienen que ver con una atención deficiente, por ejemplo, dificultades administrativas para acceder al servicio, tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, no identificación adecuada del riesgo, personal insuficiente o pobremente capacitado para la atención del caso, falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos, deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, entre otros, actividades de promoción y prevención inexistentes o ineficientes, falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante, atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente, calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros), deficiente calidad de la historia clínica, niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan” (Vélez, Gallego y Jaramillo, 2007).

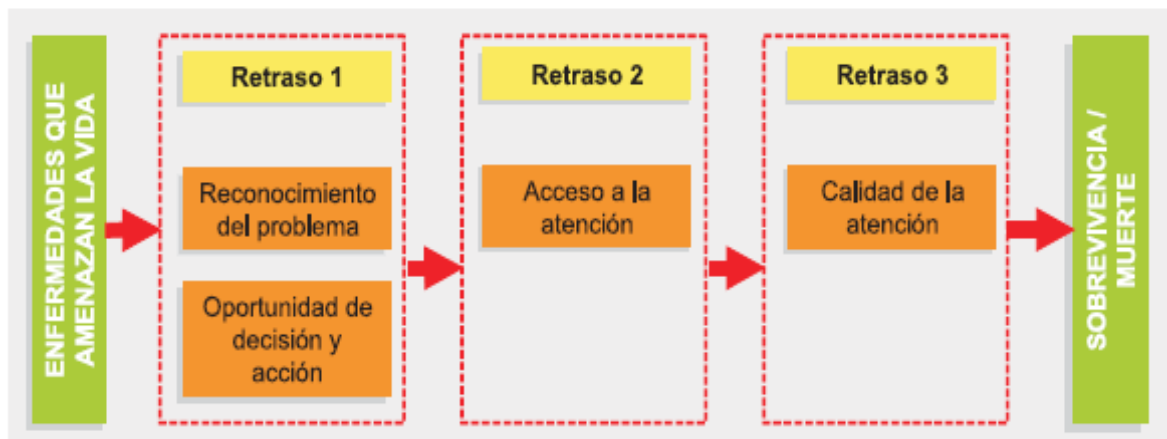


Figura 3. Camino para la supervivencia de Muerte Materna
Tomado de: Vélez et al., 2007.

2.3.2. ANÁLISIS DE EVITABILIDAD DE LA MUERTE MATERNA

Es importante tener en cuenta que la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna se ha incluido dentro de los eventos del componente de mortalidad por causas evitables, pero es importante definir a qué hace referencia la evitabilidad.

La mortalidad es un fenómeno demográfico que se caracteriza por ser inevitable, no repetible e irreversible. Es inevitable, porque todo individuo perteneciente a una generación lo experimentará, quedando únicamente por determinar el momento –es decir la edad– de la muerte. Es no repetible, porque cada persona sólo lo puede experimentar una sola vez. Y es irreversible, porque supone un cambio de estado – de vivo a muerto - sin posibilidad de retorno al anterior. Estas tres características distinguen a la mortalidad de otros fenómenos demográficos, y determinan cualquier análisis que se lleve a cabo sobre ella (Vélez et al., 2007).

A pesar de esta característica de la “muerte”, es posible hablar de la mortalidad evitable o más bien de la evitabilidad de la muerte, transformando los datos en un hecho epidemiológico que se analiza en el contexto histórico social (Vélez et al., 2007).

“El concepto de evitabilidad gira en torno a la necesidad de un análisis real del indicador de mortalidad, interrogando lo que éste señala, lo que expresa y, sobre todo, lo que encubre. Así, lo que realmente se quiere expresar es la relación del proceso salud – enfermedad –muerte, con la potencialidad que tiene la sociedad para transformarlo” (Vélez et al., 2007).

El término preciso para expresar este indicador sería “evaluación de muertes por causas evitables, intervenibles, prevenibles o reducibles”, el indicador sería “índice de muertes por causas evitables” y los indicadores de impacto de las acciones transformadoras serían “índices de prolongación del ciclo vital y calidad del mismo”. Por tanto, el término

“evitable”, en sí mismo, encierra un potencial de acción, la posibilidad de intervenir, lo que permite avanzar de manera importante ante la evaluación de un fenómeno, por definición inmutable-final, no reversible, permite reflexionar sobre el instante, la historia anterior al evento, retomar y re-articular lo particular (Vélez et al., 2007).

Recuperar en una muerte la historia de vida y su relación con lo colectivo, explica cómo se desencadenó el evento final y posibilita que sobre ese contexto sea posible intervenir y no sobre el hecho en sí, sino en la transformación de la realidad para evitar próximos eventos. Hablar de lo evitable rescata la responsabilidad individual y colectiva en cada ciclo vital, por ende en su desarrollo y finalización. Sin embargo, la evitabilidad es un indicador que no se puede construir categóricamente, no obedece a una teoría infalible, sino que por definición, requiere reconstruir la circunstancia, y en este sentido, se reconoce su transitoriedad y dinamismo; requiere necesariamente la valoración del contexto en que sucede el evento señalado.

2.4. EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO Y LA MORTALIDAD MATERNA

La Constitución de la República del Ecuador establece lo siguiente:

Artículo 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la cultura física social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y

bioética, y enfoque de género y generacional” (Constitución de la República del Ecuador, 2008 P 14).

En relación al Sistema Nacional de Salud la Constitución de la República del Ecuador señala lo siguiente.

Artículo 358. “El sistema Nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social” (Constitución de la República del Ecuador, 2008 P 109).

“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad” (Constitución de la República del Ecuador, 2008 P 109).

Según el INEC, en el último censo poblacional realizado en el 2010, el Ecuador tiene una población de 14'483.499 habitantes, a los que se les garantiza el derecho a la salud de acuerdo a La Constitución de la República del Ecuador del año 2008, cuyo rector de este derecho es el del Ministerio de Salud Pública nominado como la Autoridad Sanitaria Nacional.

En este marco, el MSP como rector de la salud en el país y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud conformada por los Establecimientos de Salud del sector

Público (MSP, IESS, FFAA, ISSPOL) y la Red Complementaria (establecimientos privados), realizó la homologación de la tipología de los Establecimientos de Salud por niveles de atención que rige para todo el sector salud, como se muestra en la figura 4 (MSP, 2012).



Figura 4. Niveles de atención.
Tomado de: Manual de MAIS, 2012 P 85

El primer nivel de atención actúa directamente sobre la población, convirtiéndose en la puerta de entrada al sistema de salud, es aquí donde se debe resolver las necesidades más frecuentes de la población, facilita y coordina el flujo de pacientes, garantiza la continuidad de la atención a través de la referencia y contrarreferencia adecuada (MSP, 2015).

El segundo nivel de atención aborda la atención ambulatoria de especialidad, a través de tecnología sanitaria de mayor complejidad y las que requieran hospitalización. Es el escalón de referencia del primer nivel de atención y suele ser de referencia provincial, además aborda otras modalidades de atención como la cirugía ambulatoria, la entrada es a través del primer nivel a excepción de las emergencias (MSP, 2015).

El tercer nivel de atención brinda los servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados y son de referencia nacional para resolver problemas de salud de alta complejidad.

“El cuarto nivel de atención, es el que concentra la experimentación clínica, prerregistro o de procedimientos, estos establecimientos sólo funcionan en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud” (MSP, 2015.P 86).

El nivel pre hospitalario, tiene su accionar de manera autónoma para brindar la atención desde el momento que se comunica un evento que afecta a la salud ocurrida en cualquier lugar para dirigir a la víctima a través de la unidad de emergencia hasta algún establecimiento de salud

Es así como se oferta y se brindan los servicios de salud en todo el territorio ecuatoriano, con un modelo bajo la modalidad de atención intramural y extramural; en escenarios comunitario, domiciliario y en otras instituciones, allí donde la gente vive, trabaja y se divierte con el desplazamiento de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), con servicios organizados de tal manera para articular la continuidad de la atención entre niveles con un sistema de referencia y contrarreferencia, para atender así el 100% de la necesidad de atención en salud de la población.

2.5. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se justifica por el hecho de que la muerte materna es un problema de connotación pública que afecta a las mujeres, especialmente a las más pobres y en quienes se ven conculcados sus derechos a tener salud, a tener un embarazo y parto feliz y sobre todo ser parte activa de la crianza de los hijos.

El análisis de la información recolectada a través de técnicas de investigación como la revisión documental permitirá la identificación de factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, para que a nivel institucional nivel local, provincial y o nacional se establezcan medidas correctivas a través de estrategias que permitan mejorar los procesos de atención y provisión de servicios de salud.

La mortalidad materna se traduce en un indicador trazador de pobreza e inequidad, por ello la importancia de trabajar las estrategias necesarias para poner fin a este tan relevante problema, que no sólo afecta a la mujer como tal sino que tiene implicancias familiares como en muchos casos la fragmentación familiar, ya que “la ausencia repentina y permanente de la mujer en el hogar es un factor en la ruptura familiar”, además del impacto económico y la afectación emocional de los demás miembros de la familia (Lozano, Bohórquez y Zambrano, 2016).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a nivel mundial se ha disminuido en un 44% la mortalidad materna desde 1990 hasta el 2015, siendo África subsahariana, la región donde las mujeres tienen mayor riesgo de morir por dificultades presentadas en el embarazo y el parto (OMS, 2018). En la región de América Latina y el Caribe se logró disminuir en promedio un 40% la mortalidad materna. Sin embargo, ningún país de la región alcanzó el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM). Según el informe de la ONU, el Ecuador se encuentra en el cuarto puesto de los once países con un 44% (OPS/OMS, 2014).

El embarazo, parto y post-parto son eventos naturales, por lo que en el Ecuador y en el mundo no deberían existir muertes maternas, pero existen factores que en determinado momento podrían producir eventos adversos en cualquiera de estas etapas. En Santo Domingo de los Tsáchilas, la razón de mortalidad en el 2015 fue de 25.3 por cada 100 000 nacidos vivos.

3.1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que contribuyeron en la tercera demora de las muertes maternas en las unidades de salud de I y II nivel de atención en los Distritos de Santo Domingo de los Tsáchilas en los años 2014 a 2016?

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que contribuyeron en la tercera demora de las muertes maternas en las unidades de salud de I y II nivel de atención en los Distritos de Santo Domingo de los Tsáchilas en los años 2014 a 2016.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las causas de muertes maternas relacionadas con la tercera demora ocurrida en el I y II nivel de atención de los distritos de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de estudio.
- Evidenciar el número de casos de muertes maternas según la tercera demora, ocurridos en el I y II nivel de atención de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.
- Describir los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las muertes maternas ocurridas en el I y II nivel de atención de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.
- Definir los factores técnicos administrativos de las muertes ocurridas en el I y II nivel de atención de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

3.3. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, en el cual se realizó un reporte de serie de casos, donde se analizaron las historias clínicas, fichas epidemiológicas, informes de investigación y certificados de defunción de todas las muertes maternas ocurridas en los centros de salud públicos y privados de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 a 2016.

Las actas del informe de investigación de muerte materna son documentos oficiales remitidos por los comités de muerte materna de cada distrito y que son producto de la investigación del caso. Las actas del mencionado informe son emitidas luego de una reunión del comité de muerte materna distrital y/o zonal; el cual está conformado por diferentes actores del ámbito gubernamental, educativo y de salud. Posteriormente, este documento generado en cada Distrito de Salud, es remitido al nivel zonal como único registro de la investigación de la muerte en cada provincia en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica encargada de Investigar Muerte Materna (SVE e IMM).

La Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública es la encargada de mantener los archivos de muerte materna que recibe de todas y cada una de las Coordinaciones Zonales de Salud a nivel nacional; de manera general, el sistema de vigilancia dispone de toda la información sobre las investigaciones de las muertes maternas.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Considerando que en el período de estudio se reportaron 17 fallecimientos confirmados por causas maternas no se realizó muestreo. El universo corresponde a todas las muertes maternas ocurridas durante los años 2014 a 2016 en las unidades del I y II nivel de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, cuyos expedientes clínicos y actas de comités de muerte materna pudieron ser recabados para el estudio.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de Variable	Unidad de medida o codificación
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la mujer hasta el día del deceso.	Cuantitativa discreta	Número (años)
Etnia	Comunidad humana que comparte una serie de rasgos socioculturales, como la lengua, la cultura, la religión, las instituciones, los valores, usos y costumbres, así como características fenotípicas.	Cualitativa nominal	1 = Mestiza 2 = Afroecuatoriana 3 = Indígena
Nivel de instrucción	Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.	Cualitativa ordinal	1 = Ninguno 2 = Primario 3 = Secundario 4 = Universitario
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Cualitativa nominal	1 = Soltero 2 = Unión libre 3 = Casado 4 = Divorciado 5 = Viudo
Ocupación	Función que desempeña una persona, determinada por la Dirección Nacional del Registro Civil.	Cualitativa nominal	1 = Ama de casa 2 = Comerciante 3 = Empleada privada o pública
Lugar de procedencia	División territorial político administrativa en la que la persona habita (población rural o urbana).	Cualitativa nominal	1 = Urbano 2 = Rural
Antecedentes patológicos familiares (APF)	Información sobre la salud de los familiares cercanos (padres, abuelos, hijos, hermanos y hermanas). Esto incluye sus enfermedades actuales y pasadas.	Cualitativa nominal	1 = Diabetes Mellitus 2 2 = HTA 3 = HELP 4 = Preeclampsia/Eclampsia

Antecedentes patológicos personales (APP)	Información de enfermedades actuales y pasadas que padece una persona.	Cualitativa nominal	1 = Infecciones vías urinarias 2 = Diabetes Mellitus 2 3 = HELLP 4 = Preeclampsia/Eclampsia 5 = HTA 6 = Abortos
Gestas	Número de embarazos que han terminado en alumbramiento o aborto.	Cuantitativa discreta	Número (embarazos)
Paridad	Número de embarazos que terminaron con el alumbramiento de un recién nacido, sea natural o por cesárea.	Cuantitativa discreta	Número (partos)
Controles prenatales	Número de atenciones médicas que se realizan durante el embarazo.	Cualitativa ordinal	1 = Ninguno 2 = De 1 a 4 3 = De 5 a 8 4 = De 9 y + 6 = Sin datos
Edad gestacional	Tiempo de embarazo, edad del embrión, feto o recién nacido desde el primer día de la última regla. Sistema estandarizado.	Cuantitativa continua	Número (semanas, días)
Riesgo obstétrico	Rasgo, característica o exposición de la mujer embarazada que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Cualitativa nominal	Factores de riesgo modificables Factores de riesgo modificables
Identificación de signos de alarma	Síntomas y signos que presenta la mujer durante el embarazo, parto y post-parto, los que pueden ocasionar morbi-mortalidad materna y perinatal.	Cualitativa nominal	1 = Si 2 = No
Motivo de ingreso	Diagnóstico con el cual ingresa a la Unidad de Salud.	Cualitativa nominal	1 = Infección vías urinarias 2 = Preeclampsia/Eclampsia 3 = Sangrados durante el embarazo 4 = Ruptura prematura de membranas 5 = Otros

Lugar de fallecimiento	Lugar determinado donde ocurrió la muerte.	Cualitativa nominal	1 = Comunidad 2 = Centro de salud 3 = Hospital
Diagnóstico de fallecimiento	Identificación de la naturaleza de acontecimientos patológicos o circunstancias que llevaron a la madre al desenlace fatal.	Cualitativa nominal	1 = Trastornos hipertensivos 2 = Trastornos hemorrágicos 3 = Trastornos infecciosos 4 = Aborto o complicaciones 5 = Otros
Tipo de fallecimiento	Clasificación según criterios profesionales si la muerte materna pudo ser evitada o no.	Cualitativa nominal	1 = Evitable 2 = No evitable
Defunción obstétrica	Clasificación según criterios profesionales si la muerte materna fue causa de procedimientos del personal de salud o de patologías previas o adquiridas durante el embarazo.	Cualitativa nominal	1 = Directa 2 = Indirecta
Demoras	Dificultades que enfrenta la mujer durante el embarazo, parto y puerperio para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad.	Cualitativa ordinal	1 = Primera demora 2 = Segunda demora 3 = Tercera demora

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El levantamiento de información se realizó a través del propio investigador, encargado de todas las entrevistas y observación que estaban previstas para completar el estudio, además de la revisión de expedientes clínicos y actas de investigación de muertes maternas ocurridas durante los años 2014 a 2016 en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Todo esto previo a la solicitud de la información a nivel correspondiente (Directores de los distritos de salud de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas). La información se obtuvo a través de técnicas cualitativas y cuantitativas, detalladas a continuación.

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

La información levantada fue codificada y tabulada para su posterior análisis e interpretación.

Para el análisis de la información se emplearon básicamente dos indicadores cuantitativos para su medición: la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad materna. El primero permitió medir la relación que existe entre el número de defunciones y el número de nacimientos. Este indicador, además de que registra de manera indirecta la población de riesgo, combina la fecundidad con las muertes maternas. El segundo midió la velocidad con la que se presentan las muertes maternas en la población femenina en edad fértil, en un período. INEC 2015.

Se detalla de manera breve y concisa cada uno de los casos, donde se examinaron las acciones que pudieron causar la muerte de las pacientes, también se evaluó si las muertes corresponden a la denominación de defunciones obstétricas directas o indirectas, así como si pudieron ser evitables o no.

3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS

El protocolo del estudio fue aprobado por el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina - PUCE. Así mismo, se solicitó al Ministerio de Salud Pública la autorización para recopilar datos a partir de fuentes secundarias, como son historias clínicas, fichas epidemiológicas, informes de investigación y certificados de defunción. No se aplicó consentimiento informado, por cuanto las unidades de análisis de este estudio son casos de mujeres ya fallecidas. La revisión y sistematización de la información se realizó a partir de las auditorías médicas realizadas y archivadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas (SVE e IMM).

La información no implicó riesgo alguno para ninguna persona, puesto que el estudio únicamente manipuló información generada por la autoridad oficial (SVE e IMM) y en ningún momento se tuvo contacto con personas, familiares o involucrados en las muertes maternas. Todos los documentos que se requirieron para el estudio fueron obtenidos a través del personal del Ministerio de Salud Pública, los mismos que reposan en las dependencias del MSP.

Adicionalmente, se entregó una *carta de compromiso* a cada Director de Distrito (23D02, 23D01 y 23D03) y al Director del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, donde se garantizó el cumplimiento de los principios éticos y de confidencialidad de la información obtenida, asegurando el acceso a ésta sólo a aquellas personas vinculadas al estudio en calidad de investigadores; y una vez concluido el proyecto de investigación se hizo entrega de una copia del trabajo a la autoridad competente (Anexo 3).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN GENERAL

Para este estudio se identificaron 18 casos de muerte materna (de los cuales se excluyó uno, luego de la investigación del Comité de Muerte Materna que concluyó que no estaba dentro del período y por tanto no es una MM), quedando un total de 17 casos ocurridos en el primero y segundo nivel de atención de los distritos de salud de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, reportados entre el año 2014 al 2016. La información requerida para este estudio se obtuvo de fuentes secundarias, es decir, de las historias clínicas (en pocos casos), relatos de vida, informes de investigación de muerte materna (en la mayoría de los casos); a los cuales se tuvo acceso a través de la respectiva solicitud formalizada a los directores de los distritos de salud y al gerente del Hospital Gustavo Domínguez Zambrano (en total 3 distritos y 1 hospital general).

4.1.1. MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

Durante los años 2014 al 2016, la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas reportó un total de 17 fallecimientos maternos, 15 notificados oportunamente y 2 captados en la búsqueda activa de muertes maternas que se realiza al finalizar cada año entre el Registro Civil y el MSP, de las cuales el 35.29% ocurrieron en el año 2014, el 41.18% ocurrieron en el 2015, y sólo un 23.53% en el 2016 (Figura 5).

La RMM encontrada en este reporte de casos es de 67.8 por 100 000 NV en el 2014; 78,08 por 100 000 NV en el 2015; es importante explicitar que para éste cálculo se consideró a

todos los fallecimientos de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, independientemente de su procedencia.

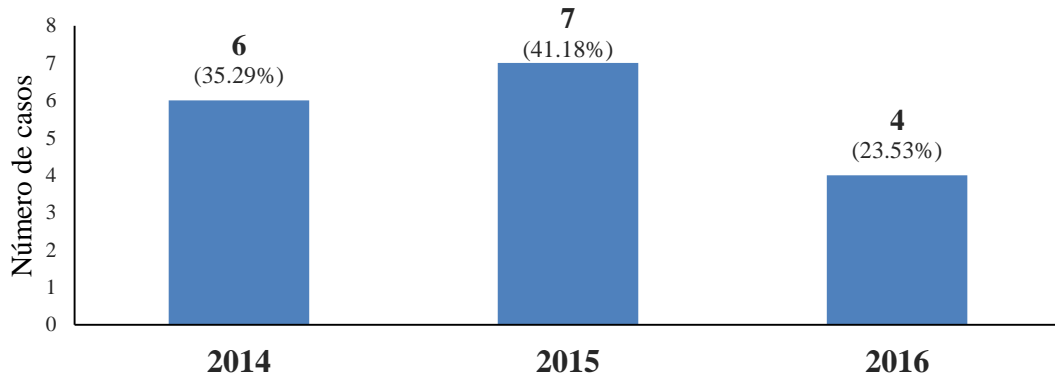


Figura 5. Mortalidad Materna en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.

(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

El 64.71% de los fallecimientos maternos ocurridos en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas tuvo una causa relacionada con el embarazo, parto y puerperio; es decir, se clasificaron como fallecimiento materno de causa directa (shock séptico, atonía uterina/hemorragia postparto, trastornos hipertensivos del embarazo, muerte obstétrica); el restante 35.29% fueron clasificados como causa indirecta (Leucemia, hipertensión arterial crónica, VIH/toxoplasmosis, tiroiditis crónica, causa no determinada, shock anafiláctico), como se muestra en la figura 6.

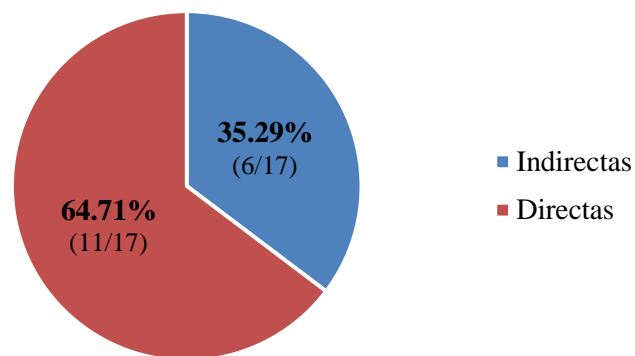


Figura 6. Mortalidad Materna según clasificación de la causa básica de muerte, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.

(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

Entre las causas de muerte materna observadas en el período en investigación tenemos: shock séptico 4, atonía uterina/hemorragia postparto 3, trastornos hipertensivos del embarazo 3, muerte obstétrica, leucemia, hipertensión arterial crónica, VIH/toxoplasmosis, tiroiditis crónica, causa no determinada, shock anafiláctico, como se muestra en la figura 7.

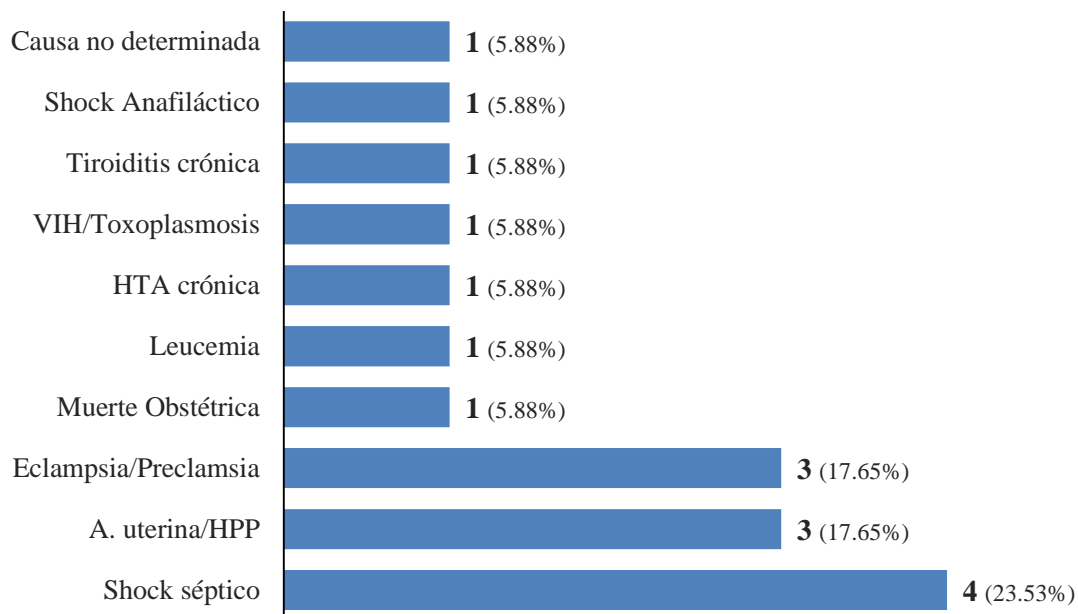


Figura 7. Mortalidad Materna por causas de fallecimiento en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

El 88.24% de los fallecimientos maternos ocurridos en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas fueron declarados por el Comité de Investigación de Muerte Materna como evitables, ver figura 8.

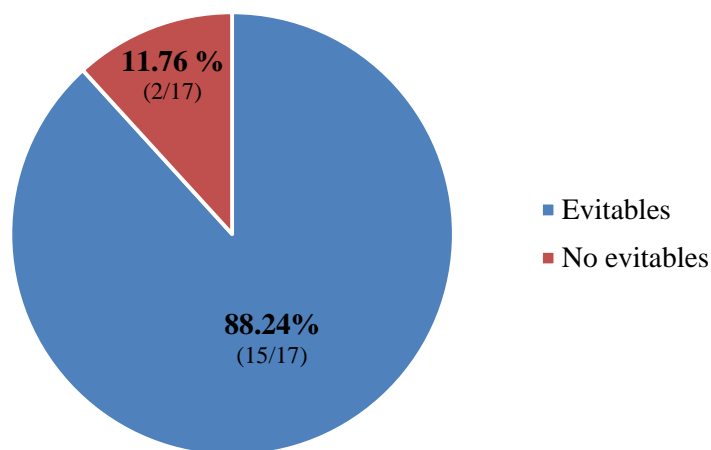


Figura 8. Mortalidad Materna según evitabilidad, en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

4.1.2. MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, SEGÚN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El 58.82% de los fallecimientos maternos tienen como residencia habitual la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, y el 41.18% proceden de las provincias de Esmeraldas, Manabí y Los Ríos como se muestra en las figura 9.

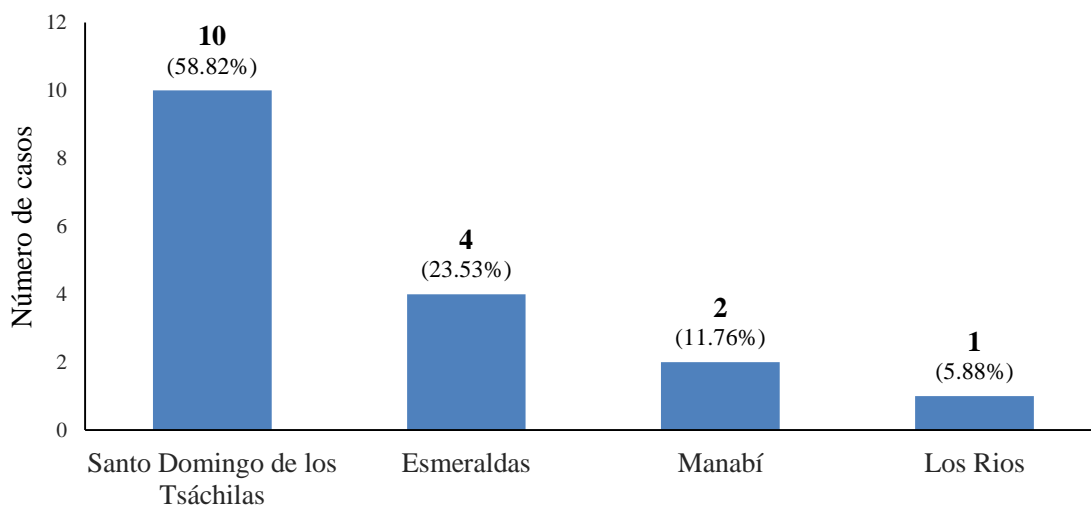


Figura 9. Mortalidad Materna según procedencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

En relación al área de residencia de las mujeres fallecidas durante el embarazo, parto y puerperio, no hay diferencia significativa entre el área urbana y rural; 8 mujeres vivían en el área rural y 9 en el área urbana como se muestra en la figura 10.

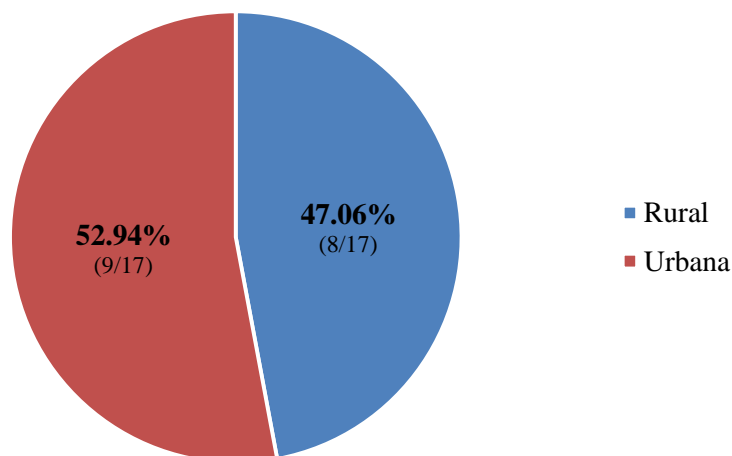


Figura 10. Mortalidad Materna según procedencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

El 41.18 % de los fallecimientos maternos ocurrió en mujeres en edades extremas (1 adolescente y 6 mayores de 35 años), el restante 58,82% ocurrió en mujeres entre 20 y 34 años como se muestra en la figura 11.

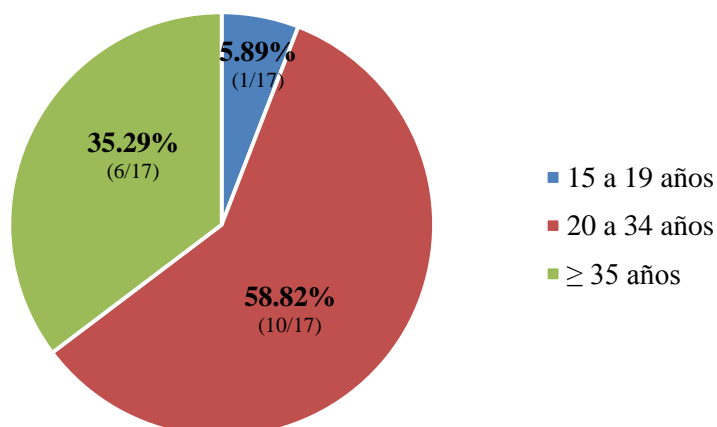


Figura 11. Mortalidad Materna según edad, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

Del total de fallecimientos maternos ocurridos en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, solo 1 mujer tenía instrucción superior, 6 contaban con estudios secundarios, 7 terminaron apenas la primaria, 1 sin instrucción y 2 sin datos (Figura 12).

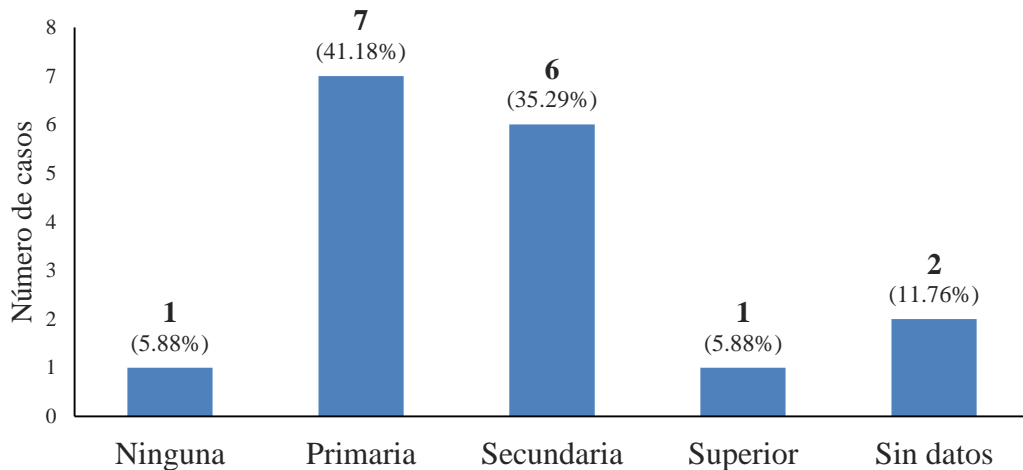


Figura 12. Mortalidad Materna según nivel de escolaridad, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

Es este reporte de casos se encontró que la mayoría de las mujeres que fallecieron por una causa materna tenían una pareja, 8 de ellas estaban en unión libre y 4 estaban casadas y; 5 mujeres estaban solteras como se muestra en la figura 13.

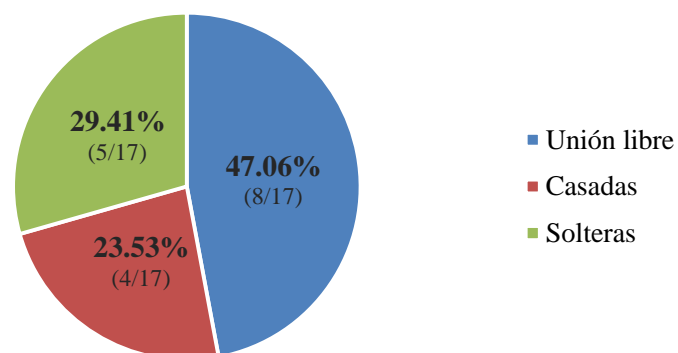


Figura 13. Mortalidad Materna según estado civil, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP)

4.1.3. MORTALIDAD MATERNA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS MÉDICAS EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

Durante la investigación de muerte materna realizada a los fallecimientos ocurridos en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas se pudo evidenciar la presencia de control prenatal en el 88% de las fallecidas; de ellas, el 35.2% se realizó menos de 5 controles prenatales, otro 35.2% se realizó entre 6 y 8 CPN, sólo 17.6 se realizó más de 8 CPN y el 12% no se realizó ningún CPN como se muestra en la figura 13.

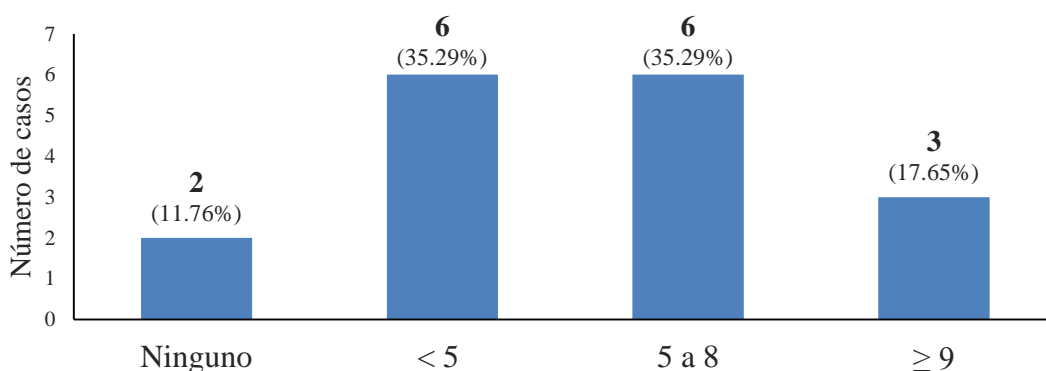


Figura 14. Mortalidad Materna según número de controles prenatales, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

La mayoría de los fallecimientos (58.82%) ocurrió en el puerperio mediano y tardío, el 35.29% durante el embarazo y el 5.88% durante el parto, como se muestra en la figura 14.

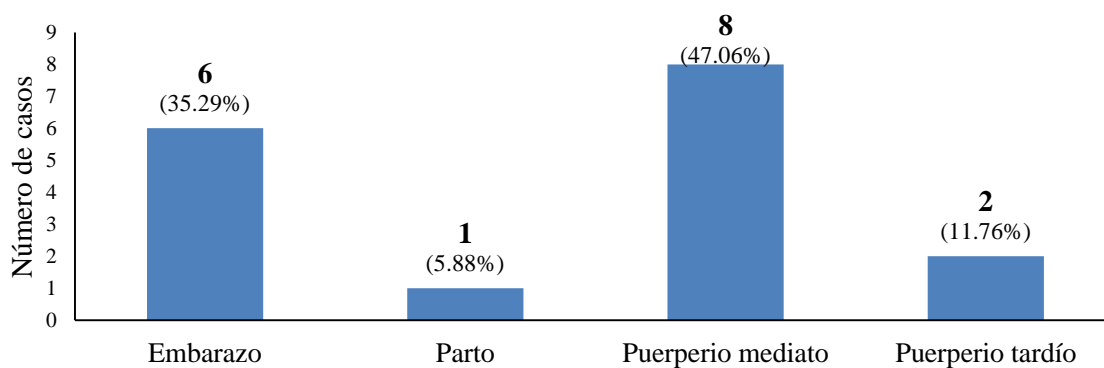


Figura 15. Mortalidad Materna según momento de la ocurrencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP)

El 76.4% de los fallecimientos maternos ocurrió en un establecimiento de la Red Pública Integral de Salud y Red Pública Complementaria (Hospital Gustavo Domínguez Zambrano HGDZ, Hospital IESS Santo Domingo H IESSSD, Centro de Salud La Concordia) de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, el 23.6% fallecieron en sus domicilios o traslado desde el domicilio al establecimiento de salud como se muestra en la figura 16.

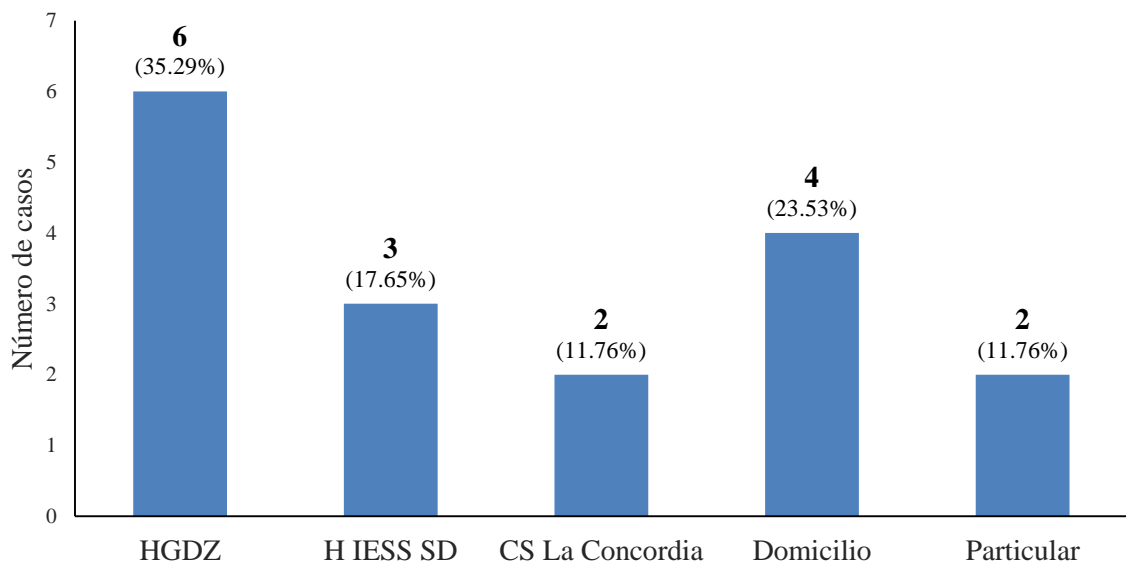


Figura 16. Mortalidad Materna según lugar de ocurrencia, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.

(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP)

4.1.4. MORTALIDAD MATERNA Y ANÁLISIS DE LAS TRES DEMORAS

El Comité de Investigación de Muerte Materna concluyó que en el 64.71% (11/17) de los fallecimientos analizados existió demoras en los servicios de salud (III demora), en el 29.41% (5/17) demoras en tomar la decisión por parte de la familia y el propio paciente; en el 11.76% (2/17) de las pacientes analizados se evidenció combinación de las I y III demoras y en el 17.65% de las paciente no hubo ninguna clase de demoras, como se muestra en la figura 17.

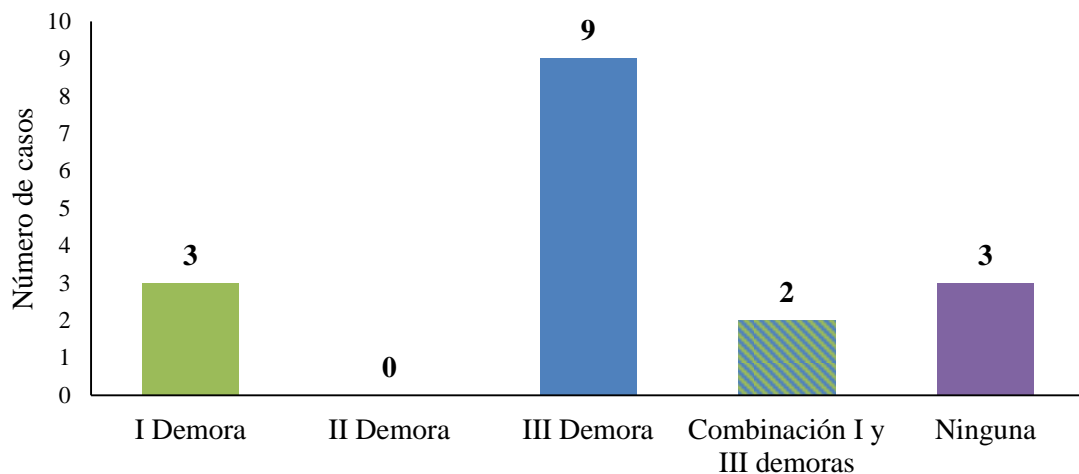


Figura 17. Mortalidad Materna según número de demora, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP).

En el presente reporte de casos hemos separado las causas generales de muerte materna observadas en el período en estudio y las causas básicas de muerte materna en aquellos fallecimientos relacionados con la III demora; como se ha relatado en varias partes de este documento, fueron 11 los fallecimientos relacionados con la III demora; 9 sólo III demora y 2 fueron clasificados como I y III demora de forma combinada; podemos observar en la figura 18 que no todos los fallecimientos clasificados como III demora tuvieron una causa básica directa; sin embargo, la mayoría (82.35%) de ellos sucedieron por una causa relacionada con el embarazo, parto y puerperio.

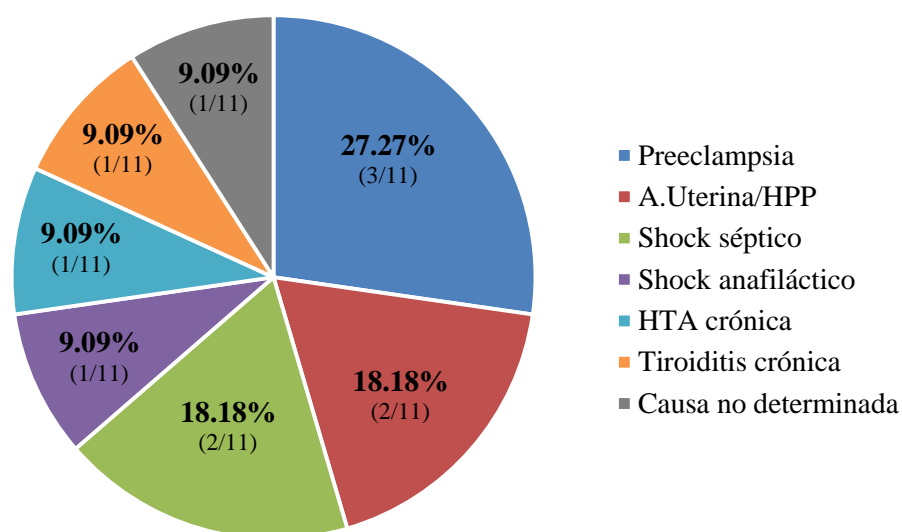


Figura 18. Causas de Mortalidad Materna relacionadas con la tercera demora, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.
(Fuente: Matriz de Mortalidad Materna MSP)

Dentro de las acciones inseguras detectadas en el presente estudio, la más frecuente fue la poca o nula aplicación de los protocolos de atención materna, así como también la poca aplicación de las pautas de las GPC para las morbilidades y complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio; seguida de la poca o nula identificación oportuna y estratificación del riesgo obstétrico y la poca continuidad de la atención reflejada en las referencias inoportunas desde el primer al segundo nivel de atención (Tabla 2).

Tabla 2. Acciones inseguras identificadas en los fallecimientos maternos provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante los años 2014 al 2016.

Acciones inseguras	Frecuencia	Porcentaje
Poca o nula a aplicación de los protocolos de atención prenatal y GPC	15	88.24
Poca o nula identificación y estratificación del riesgo obstétrico	11	64.71
Referencia inoportuna del 1 al 2 nivel	8	47.06
Poca o nula identificación de los signos de alarma	7	41.18
Falta de acciones integrales en el 2º nivel	4	23.53
Falta de medios de ayuda diagnóstico	3	17.65

Fuente: Reporte de casos

4.2. DESCRIPCIÓN DE CASOS

Tabla 3. Descripción de los casos

N.	Código de identificación	Edad materna	Grupo étnico	Educación	Residencia	APP	APF	CPN	Demoras	Causa Básica
1	VEMOGLMA	32	Mestiza	Secundaria	Rural	Hipoacusia	DM	1	3	Síndrome de HELLP
2	GAHEKAEL	21		Primaria	Urbana	Ninguno	No	5	No	Shock séptico
3	AYCUMAMA	42	Afro	Ninguna	Rural	No	No	2	No	Muerte obstétrica
4	GAGALOMA	26	Mestiza	Primaria	Rural	No	No	0	No	Leucemia
5	CHRELOMA	28	Mestiza	Primaria	Rural	Sin datos	No	4	3	Atonía uterina
6	ALGOMITE	39	Mestiza	Primaria	Rural	Eclampsia	DM	4	3	Eclampsia
7	DEHELAMA	19	Mestiza	Secundaria	Urbana	No	No	6	3	Shock séptico de origen
8	PETOJEMA	37	Afro	Superior	Urbana	No	No	9	1	Atonía uterina
9	RECAAIMA	35	Mestiza	Secundaria	Rural	No	No	11	3	Shock anafiláctico
10	MEMAMACA	31	Mestiza	Secundaria	Urbana	HTA	HTA	8	1 y 3	HTA crónica
11	VEMEAUMA	42	Mestiza	Secundaria	Urbana	Sin datos	No	10	1	VIH/Toxoplasmosis.
13	BRFUEVINA	40	Mestiza	Primaria	Urbana	No	No	0	1	Shock séptico post aborto
14	MUPIMALI	30	Mestiza	Primaria	Urbana	No	No	6	3	Preeclampsia severa
15	INCOJAMA	26	Mestiza	Secundaria	Urbana	Sin datos	No	6	3	Hemorragia postparto
16	SEACMEAL	30	Mestiza	Primaria	Urbana	Alcoholismo Cirrosis hepática Depresión	No	5	1 y 3	Patología tiroidea crónica
17	TOCANABE	20	Mestiza	Ninguna	Rural	No	No	4	3	Shock séptico
18	SAVEANNA	40	Mestiza	Ninguna	Rural	No	No	2	3	No determinada

Fuente.-Matriz de Mortalidad Materna Santo Domingo de los Tsáchilas.

Tabla 4. Acciones inseguras

N.	CI	ACCIONES INSEGURAS
1	VEMOGLMA	<p>El único CPN que se puede evidenciar fue en la semana de gestación 35</p> <p>No hubo identificación de signos de alarma (TA 130/90)</p> <p>No se aplicó la normativa del protocolo de atención en el Control Prenatal</p> <p>No se realizó la referencia al nivel correspondiente.</p> <p>La paciente acude al segundo nivel 5 días después con signos de preeclampsia severa por lo cual es ingresada con la aplicación de protocolo para manejo hipertensivo del embarazo.</p>
2	GAHEKAEL	<p>No se realizó la estratificación según riesgo obstétrico de la paciente</p> <p>No se aplicó el protocolo de manejo de infección de vías urinarias en el embarazo</p> <p>No hubo el seguimiento de la paciente desde el primer nivel de atención para pacientes con Alto Riesgo Obstétrico.</p> <p>Referencia inoportuna desde el primer nivel de atención, se trataba de una paciente con Infección de vías urinarias a repetición y que debió ser referida al nivel inmediato de mayor complejidad. También hubo demoras en la recepción de la paciente en el tercer nivel de atención</p>
3	AYCUMAMA	<p>Captada por el primer nivel en la semana de gestación 18, sin embargo sólo se realiza 2 controles hasta la semana de gestación 33 cuando fallece</p> <p>No hubo identificación del riesgo obstétrico en el primer nivel de atención.</p> <p>No hubo seguimiento de la paciente por parte del primer nivel de atención, a pesar de ser una mujer de Alto Riesgo Obstétrico.</p> <p>No hubo identificación de signos de alarma en el primer nivel de atención, existe un reporte de peso que indica un aumento de 7 Kg entre el primer y segundo CPN (controles realizados en un período de 36 días).</p> <p>El segundo nivel tampoco identificó el riesgo en la paciente, no se hizo una valoración completa</p> <p>Poca aplicación del protocolo de manejo de infección de vías urinarias: se solicitó el urocultivo, sin embargo no se realizó porque no hubo disponibilidad de la prueba durante el fin de semana.</p> <p>En el segundo nivel hubo poca identificación de los signos de alarma (la paciente a pesar de recibir antihipertensivo con fin tocolítico presentó en algún momento TA sistólica con valores de 130 y en otra ocasión presentó valores de TA diastólica de 90 mm/Hg, sin embargo no se evidencia un estudio dirigido a la investigación de otras posibles causas.</p> <p>La paciente estuvo 2 días hospitalizada pero no fue evaluada por médico especialista en Gineco-obstetricia en el segundo nivel de atención.</p>
4	GAGALOMA	<p>No hubo captación de la embarazada por el primer nivel de atención.</p> <p>Poca aplicación del protocolo para Manejo de IVU en el embarazo</p> <p>No se percibió el riesgo ni los signos de alarma de la paciente en su primera y segunda llegada al centro de salud por el servicio de emergencia; fue enviada de vuelta a su domicilio por dos ocasiones</p> <p>No hubo continuidad de la atención entre servicios (paciente no fue aceptada en el segundo nivel de atención).</p>

		No se investigó de manera adecuada la patología inicial que debió incluir un diagnóstico diferencial oportuno y preciso.
5	CHREVEAU	En este caso sólo se pudo obtener la información plasmada en la matriz de mortalidad materna del MSP correspondiente al 2014; por tanto sólo entrará en los resultados generales, no hay insumos para la descripción de casos ni para la discusión.
6	ALGOMITE	La paciente no fue evaluada de manera integral de acuerdo a patología de base en el hospital al que fue referida. Paciente que en su primer ingreso no registra datos de aplicación del protocolo de acuerdo a diagnóstico de ingreso registrado. No recibió tratamiento antihipertensivo hasta el mes de diciembre, a pesar de haber realizado controles en hospital desde el mes de junio. La contrarreferencia realizada al 1 nivel de atención en el mes de agosto no indico calcio y levotiroxina
7	DEHELEMA	La mujer fue captada durante la fase temprana de su embarazo, sin embargo hasta las 38 semanas sólo se realizó 4 CPN. Formularios de la historia clínica incompletos, faltan datos básicos que habitualmente son explorados en el monitoreo continuo de la calidad de la atención en los servicios de salud. No se cumple con la aplicación del protocolo de atención para una mujer gestante durante los controles prenatales (no hay exámenes completos, tampoco hay evidencia del tratamiento preventivo de la anemia. Historia clínica no registra datos de personal que realiza la atención No se evidencia el riesgo obstétrico presente en la mujer gestante durante la consulta realizada por el servicio de emergencia No hubo un seguimiento de la embarazada que fue captada en el servicio de emergencia con una morbilidad (IVU, alza térmica). No se realizó los exámenes necesarios para seguimiento clínico de la mujer. No se evidencia el riesgo obstétrico presente en la mujer gestante durante la consulta por el servicio de emergencia
8	PETOJEMA	Aplicación de protocolos de atención materno infantil incompleto (No hay registro de la curva de peso, ni tampoco proteinuria a partir de las 20 semanas de gestación. Se realiza maduración pulmonar a las 34 semanas de gestación considerando el riesgo obstétrico de la paciente. A pesar de haber identificado el riesgo la paciente siempre fue tratada en el primer nivel de atención, no hubo referencia al segundo nivel de atención. Poca aplicación de las recomendaciones de la Guía Práctica clínica de la vaginosis para su tratamiento. No se cumple con el manejo activo del tercer período del parto. Poca aplicación de la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Faltaron medicamentos básicos para la atención de complicaciones obstétricas. Hubo dificultades para conseguir el hemoderivado por parte del familiar La paciente acudió al segundo nivel sin referencia a pesar de haber realizado múltiples controles en el primer nivel de atención. Categorización del riesgo obstétrico.
9	RECAAYMA	Poco o nulo cumplimiento del protocolo para parto por cesárea: No hay registros de evolución médica, no hubo evaluación pre anestésica, no hay registro de exámenes pre-operatorios.

		<p>No se identificó los riesgos obstétricos La cesárea fue realizada por personal no calificado.</p>
10	MEMAMACA	<p>No hubo aplicación del protocolo materno perinatal para el control prenatal en la clínica particular (no se cumple con el llenado correcto y completo de la historia clínica) No se identificó signos de alarma, paciente en su segundo CPN tiene registros de TA 140/100 y no se aplicó el protocolo de diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. (Establecimiento privado). No hubo la identificación y estratificación del riesgo obstétrico en el primer nivel de atención Referencia no oportuna al segundo nivel; la paciente fue atendida en el sector privado y público y ninguna de las 2 realizó la referencia de acuerdo al riesgo de la paciente. En el segundo nivel tampoco se identificó el riesgo en la paciente; 4 horas post parto presentó cifras tensionales de 135/92 y tampoco se aplicó el protocolo para el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo. Hubo demoras por parte de la paciente y su familia, ya que el relato del esposo refiere que luego del parto presentó episodios repetidos de cefalea intensa pero no buscó atención médica</p>
11	VEMEAUMA	<p>En este caso sólo se pudo obtener la información plasmada en la matriz de mortalidad materna del MSP correspondiente al 2015; por tanto sólo entrará en los resultados generales, no hay insumos para la descripción de casos ni para la discusión.</p>
12	PLMABECR	<p>Paciente que consta en los registros de Muerte Materna del MSP, sin embargo en la investigación realizada por el Comité Zonal de Mortalidad Materna se concluye que no es una muerte materna ya que su fallecimiento ocurrió 14 meses después del parto y el informe estadístico de defunción indica: a) Paro Cardiorrespiratorio d) Coma por aneurisma cerebral roto.</p>
13	BRFUVINA	<p>Poca aplicación de la normativa para el manejo del aborto espontáneo (faltó exámenes y mal manejo de la antibioticoterapia). Durante su atención en el primer nivel tampoco se ofertó métodos anticonceptivos (paciente añosa y multípara). No hubo identificación de factores de riesgo en la paciente y por ende tampoco se realizó el seguimiento de la misma.</p>
14	MUPIMALE	<p>Paciente con captación temprana en el primer nivel de atención (14 semanas de gestación). Realiza controles mensuales. Se atiende bajo la normativa de CPN en el primer nivel de atención. No se identifica riesgo de Preeclampsia al presentar un aumento súbito y exagerado de peso en el 4^a control prenatal como signo de alarma (ganó 6 Kg en 43 días). En ninguna de las evoluciones correspondientes al CPN se clasificó el riesgo obstétrico. Referencia al segundo nivel inoportuna e inapropiada (Pasaron 2 meses para identificar el riesgo obstétrico, además se debió aplicar la clave azul desde el primer nivel de atención). Falta de activación de flujograma de traslados (paciente se traslada por sus propios medios con hoja de referencia a pesar de tener un ARO 3). Poca aplicación del protocolo de trastorno hipertensivo (2 horas después de su ingreso recién hay indicación de exámenes de laboratorio, los</p>

		cuales están incompletos). Índice creatinina /proteínuria.
15	INCOJAMA	Paciente que es transferida desde una clínica particular al Hospital Gustavo Domínguez en muy malas condiciones y fallece a los pocos minutos de su ingreso, no hay información para análisis, por tanto sólo entrará en los resultados generales, no hay insumos para la descripción de casos ni para la discusión.
16	SEACMEAL	Paciente que es enviada al segundo nivel, y no se sigue más a la paciente desde el primer nivel de atención Paciente con múltiples factores de riesgo antes del embarazo (hipertiroidismo, cirrosis, alcoholismo, múltipara) y en quien no hay evidencia de entrega de métodos anticonceptivos por parte del centro de salud. Poca aplicación de la normativa de atención de embarazada con morbilidad en el segundo nivel de atención No hubo atención integral de la paciente en el segundo nivel de atención (paciente no recibió atención para su problema por parte del endocrinólogo).
17	TOCANABE	Captación temprana de la gestante (semana de gestación 8, sin embargo realiza menos de 5 controles, a pesar de haber presentado indicios de riesgo obstétrico Poca aplicación del protocolo de atención materna en el primer nivel de atención (no hay evidencias de laboratorio, no se realizó urocultivo a pesar de presentar CC compatible con IVU, incluso hospitalización por esta enfermedad). No hubo un adecuado control post parto, no se identificó signos de alarma para sepsis en el primer nivel de atención. Paciente acudió autoreferida a Hospital de segundo nivel donde permaneció 24 horas y fue dada de alta sin identificación de signos de alarma para sepsis (leucocitosis) y sin ser evaluada por especialista de Ginecología. No se aplicó protocolo inicial de sepsis en el primer nivel de atención al momento de la captación y referencia al segundo nivel de atención (paciente hemodinamicamente inestable que fue referida sin canalización de vía y sin la dosis inicial de antibióticos).
18	SAVEANNA	No hay historia clínica con los formularios correspondientes Hay registro de la atención en una hoja individualizada. No se identificó riesgo obstétrico (edad extrema 40 años, múltipara). No se identificó signos de alarma, ni se advirtió a los familiares de la presencia de los mismos. Poca o nula aplicación del protocolo de atención materna (signos vitales, indicaciones de signos de alarma, no aplicación de las curvas de ganancia de peso).

Fuente.-Matriz de Mortalidad Materna Santo Domingo de los Tsáchilas.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

En el presente reporte de casos se obtuvo que durante los años 2014 al 2016 la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas reportó un total de 17 fallecimientos maternos, distribuidos de la siguiente manera; 6 MM en el 2014, 7 MM en el 2015 y 4 MM en el 2016; contrastando estos datos con los presentados por el INEC (2015) en el Anuario de Nacimientos y Defunciones de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en el que se encontró las siguientes cifras; 5 MM en el 2014 y 3 MM en el 2015; cifras que no son iguales; esto debido a que un buen número de fallecimientos maternos tenían como residencia habitual otras provincias: Esmeraldas, Manabí y los Ríos.

La RMM encontrada en este reporte de casos es de 67.8 por 100 000 NV en el 2014 y 78.08 por 100 000 NV en el año 2015; la RMM mostrada por el INEC (2015) para el año 2014 fue 42.36 y en el año 2015 de 25.36; fenómeno que se da porque los fallecimientos maternos son tabulados según lugar de residencia habitual y no donde ocurre la muerte.

Según la OMS (2016), las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos. Donoso (2012), en su artículo “El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio”, expone las causas de muerte materna en Chile entre el 2000 y 2009, las mismas que se dieron de la siguiente manera: 26.7% por enfermedades maternas concurrentes (Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio); 24.4% por hipertensión arterial; 8.8% por aborto; 4.9% por embolia obstétrica; 4.6% por hemorragia posparto; 4.6% por

embarazo ectópico y 3.7% por sepsis puerperal. Las primeras dos causas fueron responsables de 51.1% del total de muertes maternas. Este reporte de casos indica que el 64.71% de los fallecimientos ocurrió por causas directamente relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; de éstos el 90.90% ocurrió por: shock séptico (36.36%), atonía uterina/hemorragia postparto (27.27%), trastornos hipertensivos del embarazo (27.27%), que tiene mucha similitud con las causas de mortalidad materna a nivel mundial, y que no se asemejan sobre todo en el número a las causas observadas en Chile que es uno de los países de América Latina con menor RMM en la región de América Latina.

El 58.82% de los fallecimientos maternos, tienen como residencia habitual la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, el porcentaje restante procede de la provincia de Esmeraldas, Manabí y Los Ríos; de allí que las cifras mostradas por el INEC, correspondientes a los años 2014 y 2015, son menores que las encontrados en este estudio y que en realidad son concordantes en relación a la residencia habitual de las fallecidas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Acorde a un artículo de Eternod (2012), publicado en el *International Journal of Statistics and Geography*, la mortalidad materna dentro del marco de las políticas públicas, refleja varios problemas en el acceso a los servicios de salud, la oportunidad de los mismos, la calidad de la prestación, la infraestructura, entre otros, que dependen de los hacedores de política pública; en este estudio se encontró que el 52.84% de las mujeres fallecidas durante el embarazo, parto y puerperio vivían en el área urbana y el 47.06% vivían en el área rural, mostrando una similitud entre el área urbana y rural; es decir, las mujeres del área urbana a pesar de tener mejor acceso geográfico probablemente tuvieron otras limitaciones para el cuidado de su salud y que finalmente se convirtieron en factores contribuyentes de la muerte materna.

Una particularidad de la muerte materna es que se trata de una muerte prematura. “En un estudio realizado en México en el 2007, la edad promedio de las mujeres que fallecieron osciló entre los 28 y 29 años” (Karan, Montes, Campuzano, Gonzales, Camarena, 2007). En este estudio el 41.18 % de los fallecimientos maternos ocurrió en mujeres en edades extremas (adolescente y mayores de 35 años), el restante 58.82% ocurrió en mujeres entre 20 y 34 años. El promedio de edad para las fallecidas fue de 31 años, con un rango de 19 y 42 años. Además, se obtuvieron los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Y, en el estudio, de manera similar con otros, en promedio cada muerte materna equivale a 47.5 AVPP en el período estudiado.

El estado civil de las mujeres en este estudio fue; casada en el 23.53%, unión libre el 47.06% y solteras el 29.41%, condiciones que favorecen la exclusión social y disminuyen las expectativas económicas y laborales de las mujeres, favoreciendo un nivel de pobreza mayor del que ya tenían.

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas.; ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja; en septiembre del 2016, la OMS a través de su centro de prensa informa que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales; en el presente reporte de casos, el 88.2% de las mujeres se realizaron 1 o más controles prenatales durante su embarazo, de ellas el 52.9%

se realizó 5 o más controles prenatales, de acuerdo a la normativa vigente en el Ecuador que al menos se debe realizar 5 controles prenatales en un embarazo sin riesgo; sin embargo, todas estas mujeres presentaron en algún momento o desde el inicio de su embarazo alguna condición que las sacó de la clasificación del embarazo sin riesgo y las ubicó automáticamente en un embarazo con alto riesgo obstétrico; contrastado con la nota de OMS sólo el 17.64% de este grupo de estudio cumplió con el óptimo de controles prenatales (8 y más) y que finalmente también fallecieron, a pesar de haber cumplido con el mínimo óptimo de controles prenatales. Es decir entre más CPN se realizaron menos probabilidad tuvo una mujer de morir por causa obstétrica.

En el presente reporte de casos se evidencia que la mayoría de las mujeres no tuvo el contacto necesario con los servicios de salud según el o los riesgos presentados; lo cual es entendido como una demora de parte del servicio de salud del área de influencia de la paciente y/o el servicio que captó a la mujer por primera vez durante su embarazo, sin embargo, la mujer también debería ser responsable del autocuidado de su salud y con la información necesaria acudir a sus controles prenatales que le corresponden de acuerdo al o los riesgos identificados.

“Un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud” señaló el Dr. Anthony Costello, Director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS. Sobre la buena calidad de la atención médica, la OMS (2015) señala que esta intervención tiene un rendimiento que triplica el valor de las inversiones al salvar vidas de madres y recién nacidos y prevenir la mortinatalidad. El suministro de atención eficaz en el parto y en el centro sanitario a la

totalidad de las mujeres y los recién nacidos permitiría prevenir cada año un número estimado de 113 000 defunciones maternas, 531 000 casos de mortinatalidad y 1.3 millones de defunciones neonatales de aquí hasta el 2020. En el presente estudio se comprobó a través de la evaluación de la aplicación de la normativa vigente para control prenatal y algunas patologías presentadas en las embarazadas que el cumplimiento de los protocolos por parte de los profesionales médicos es limitado, evidenciándose poco cumplimiento de los procedimientos, tratamientos inadecuados y omisiones, que en algunos casos es por cuenta propia del profesional y en otras se debe al limitado suministro de medicamentos e insumos en el servicio de salud; además se observó carencia de profesionales especializados en el segundo nivel de atención y la limitación de ciertos medios de diagnóstico en los feriados y fines de semana, situación que se convirtió en un factor contribuyente a la complicaciones de algunas mujeres de este estudio.

En este estudio se encontró que el Comité de Investigación de Muerte Materna concluyó que en el 52.94%% de los fallecimientos analizados existió demoras en los servicios de salud (III demora), en el 29.4% demoras en tomar la decisión por parte de la familia y el propio paciente; en el 11.76% de las pacientes analizadas se evidenció combinación de las demoras 1 y 3, mientras que en el 17.6% de las paciente no hubo ninguna clase de demoras. Estos datos que son similares a los observados por Mazza y colaboradores (2012) en el estudio Mortalidad Materna: Análisis de las 3 demoras. Entre los factores involucrados en la tercera demora tenemos: poca o nula aplicación de los protocolos de atención prenatal y GPC, poca o nula identificación y estratificación del riesgo obstétrico, referencia inoportuna del 1 al 2 nivel, poca o nula identificación de los signos de alarma, falta de acciones integrales en el 2º nivel, falta de medios de ayuda diagnóstico; que en su gran medida contribuyeron al fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

De manera general los resultados encontrados son consistentes con lo referido a nivel internacional y nacional, confirmando, además, que, en buena parte, los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social, donde los servicios de salud, que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna, son, finalmente, una expresión de esas estructuras sociales.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- La RMM fue para el 2014 de 67.8 por 100 000 NV, mientras que para el 2015 fue de 78.08 por 100 000 NV.
- Del total de muertes maternas ocurridas en Santo Domingo de los Tsáchilas, durante los tres años, el 64.71% fue determinado como causa directa, mientras que el 88.24% de las MM fueron catalogadas como evitables.
- Se observó que el 11.76% de las MM fue por combinación de I y III demoras; mientras que el 17.65% por I demora y el 52.94% por III demora.
- El 41.18% de las MM se registraron en los grupos etarios extremos, adolescentes (5.88%) y mayores de 35 años (35.29%).
- El 47.06% tenía menos de cinco o no se había realizado ningún control prenatal, mientras que el 52.94% tenía al menos cinco controles prenatales, que es lo recomendado por el MSP del Ecuador.
- Dentro de las causas MM se encontró que las más frecuentes fueron por shock séptico con el 36.36%, atonía uterina/hemorragia postparto y trastornos hipertensivos del embarazo, cada uno con el 27.27%.

6.2. RECOMENDACIONES

Reducir las muertes maternas requiere de acciones coordinadas interinstitucionalmente y de un trabajo permanente. Las acciones deben ir necesariamente desde el interior de las familias hasta las políticas nacionales, tanto de salud como económicas.

No hay que perder de vista que la muerte materna afecta a toda una familia, con severas consecuencias futuras, de manera particular a los niños, que se quedan sin su madre, lo cual se traduce en un incremento en la morbimortalidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, etc. Por todo ello, la muerte materna ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con pobreza y marginación.

También es un problema de salud pública debido a que refleja las limitaciones en el acceso y la calidad de los servicios de atención a la salud materna que son ofrecidos a la población. Son numerosas las estrategias y planes implementados para lograr la reducción de la mortalidad materna que va desde el nivel nacional hasta el nivel local; hay avances, sin embargo, la calidad de la atención sigue siendo una de las limitaciones que hacen que una buena parte de los fallecimientos maternos sean clasificados en la tercera demora.

Un elemento importante a considerar para la reducción de la mortalidad materna es la comprensión y consideración de las causas que subyacen a las causas médicas habituales, que si bien es necesario tenerlas en cuenta, no son las únicas y más bien pueden ser consecuencia de factores previos determinantes de la muerte materna.

Retomar en las unidades operativas el estudio de casos, como parte de la investigación de muertes maternas, a fin de documentar más que la causa biológica de la muerte, las causas relacionadas con las tres demoras, para enfatizar que la muerte materna no sólo depende

del Ministerio de Salud, sino que es un problema sectorial e interinstitucional, carreteras, servicios de transporte, unidades operativas cercanas, mejores niveles de educación, discutir con las comunidades los eventos fatales para que cada muerte deje un aprendizaje para que no se vuelva a repetir el evento, sobre todo relacionado con algunas de las demoras.

Suministrar atención de buena calidad en todos los entornos, garantizar el acceso universal. Si todas las mujeres que desean evitar un embarazo utilizaran métodos anticonceptivos modernos y todas las embarazadas y todos los recién nacidos recibieran atención acorde con las normas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, los beneficios obtenidos serían espectaculares. En comparación con la situación en 2014, se lograrían las reducciones siguientes: del 70% en los embarazos no deseados, del 67% en los abortos, del 67% en las defunciones maternas, del 77% en las defunciones de recién nacidos, y casi se eliminaría la transmisión del VIH de la madre al recién nacido.

Adoptar un enfoque multisectorial con la conformación de un comité interinstitucional para facilitar la colaboración intersectorial con reuniones periódicas que permitan el seguimiento y evaluación del impacto.

Participación activa de la comunidad en la adopción de medidas para el cuidado individual y colectivo de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., et al. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-474. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00838-7
- Andargie, G., Berhane, Y., Worku, A., & Kebede, Y. (2013). Predictors of perinatal mortality in rural population of Northwest Ethiopia: a prospective longitudinal study. [journal article]. *BMC Public Health*, 13(1), 168. doi: 10.1186/1471-2458-13-168.
- Carvajal C.A (2016) Análisis de la salud materna a partir del indicador de mortalidad en el periodo 2008-2014 bajo el marco del quinto objetivo de desarrollo del milenio de la Organización de Naciones Unidas, PUCE, Quito
- Chukuezi, C. (2010). Socio-cultural Factors Associated with Maternal Mortality in Nigeria. *Research Journal of Social Sciences*, 1(5), 22-26.
- Constitución de la República del Ecuador (2008)
- Elu M.C., & Santos-Pruneda, E. (2003). Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum* ; 18: 44-52. (Internet) (Citado 30 Ene 2012);
En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0187-53372004000100006 & lng=es
- Faneite, P. (2008). Mortalidad materna en la región bolivariana de Latino-américa: área crítica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68, 18-24. Retrieved from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100005&nrm=iso
- Freyermuth -Enciso, M.G. & Luna-Contreras, M. (2014). Muerte Materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Realidad Datos y Espacio: Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 5(3):44-61.
- Herrera M (2003) Mortalidad Materna en el mundo. *Versión impresa* ISSN 0048-766X *versión On-line* ISSN 0717-7526, recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015, [consulta: 22/05/2018]
- Høj, L., Da Silva, D., Hedegaard, K., Sandström, A., & Aaby, P. (2002). Factors associated with maternal mortality in rural Guinea-Bissau. A longitudinal population-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(7), 792-799. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.01259.x

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>, [consultado: 23/013/2018].

Karam M, Bustamante P, Campuzano M, Camarena A: medicina social, Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México (2007), recuperado de: <http://ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf>, [consultado: 15/07/2018]

Kassebaum, N. J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M. S., Shackelford, K. A., Steiner, C., Heuton, K. R., et al. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9947), 980-1004. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60696-6

Lozano L, Bohórquez A, Zambrano G (2016): Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf> [consultado: 23/07/2018].

Maine, D., Akalin, M.Z., Ward, V.M., & Kamara, A. (2007) Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York: Centro para la Población y Salud Familiar. Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia.

Mazza M, Vallejo C Gonzales M.-Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Mortalidad materna: análisis de las tres demoras (2012), recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004 [consultado: 23/04/2017]

MSP. (2008). Retrieved from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf

MSP.(2012) Manual de Atención Integral de Salud del Sistema Nacional de Salud.

OMS, 69.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (2016), recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20operacional%20para%20llevar%20adelante%20la%20estrategia%20Mundial%20para%20la%20Salud%20de%20la%20Mujer%20el%20ni%C3%B1o%20y%20el%20Adolescente.pdf>, [consultado: 20/06/2018].

OMS, UNICEF, UNFPA, & BM. (2008). *Mortalidad materna en 2005*: WHO.

OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial División de Población de las Naciones Unidas Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015, recuperado de

OMS. (2016). Mortalidad materna. *Centro de prensa*, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>, [consultado: 20/03/2018].

- OMS. (2018). Mortalidad materna, recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>, [consultado: 23/03/2018].
- ONU. (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio: Declaración de las Naciones Unidas para el Milenio. New York-USA, recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml> , [consultado: 22/04/2018].
- OPS, & OMS. (2002). *Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas*. Washington, D.C., EUA: CPS26/14 (Esp.) Retrieved from http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=106-estrategia-regional-para-la-reduccion-de-la-morbilidad-y-mortalidad-maternas&category_slug=otros-documentos&Itemid=219&lang=es.
- OPS/OMS & INS Colombia. (2016). Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. pp140. Bogotá-Colombia.
- OPS/OMS (2011). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Vol. 1, pp 1171. Washington D.C.
- OPS/OMS. (2014, 6 de mayo de 2014). Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. *Centro de prensa*, from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., et al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. doi: 10.1016/s2214-109x(14)70227-x
- UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population (2015) Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015.
- Vélez G, Gallego L y D. Jaramillo Posada, Modelos para el análisis de la mortalidad materna corregido 2.p65. Recuperado de: <file:///C:/Users/CINTIA/Downloads/ModelodeAn%C3%A1lisisdelaMuerteMaterna.pdf> [consultado: 20/06/2018]

ANEXOS

Anexo 1. Herramienta de recolección de datos.

Código	Edad	Etnia	Nivel de instrucción	Estado civil	Ocupación	Lugar de procedencia	APF	APP	Gestas	Paridad	Controles prenatales	Edad gestacional	Identificación de signos de alarma	Motivo de ingreso	Lugar de fallecimiento	Diagnóstico de fallecimiento	Tipo de fallecimiento	Defunción obstétrica
C001																		
C002																		
C003																		
C004																		
C005																		
C006																		
C007																		
C008																		
C009																		
C010																		
C011																		
C012																		
C013																		
C014																		
C015																		
C016																		
C017																		

Anexo 2. Descripción de casos

CASO N° 1 - VEMOGLMA.

Mujer de 32 años, mestiza, ama de casa, instrucción secundaria, procedente de la provincia de Manabí- El Carmen (área rural). APP: Hipoacusia hace 3 años; antecedentes patológicos familiares (APF): madre diabética; primera gesta, registra sólo 1 control prenatal en la Unidad de Atención Ambulatoria (UAA) del IESS Santo Domingo. Es atendida por el servicio de emergencia del Hospital del IESS Santo Domingo con impresión diagnóstica de Infección de Vías Urinarias en el embarazo (33.6 semanas) desde donde se le agenda cita para CPN realizado el 26/08/2014. El 03/09/2014 en horas de la noche acude nuevamente al servicio de emergencias del Hospital del IESS autoreferida, ingresada con ID de Preeclampsia Severa y fallece antes de las 24 horas de su ingreso; diagnóstico definitivo: Eclampsia, Hipotonía Uterina y Shock Hipovolémico; fallece en hospital del IESS dentro de las primeras 24 horas de hospitalización

Entre las acciones inseguras que se encontró en este caso tenemos:

- El único CPN que se puede evidenciar fue en la semana de gestación 35.
- No hubo identificación de signos de alarma (TA 130/90)
- No se aplicó la normativa del protocolo de atención en el Control Prenatal
- No se realizó la referencia al nivel correspondiente.

CASO N° 2 - GAHEKAEL

Paciente femenina, 21 años, residente en el Cantón La Concordia en el Barrio Virgen del Cisne, estado civil: unión libre, instrucción: primaria, ocupación ama de casa, Grupo Sanguíneo: ORH (+); AGO: Gesta 1 Parto 0 Cesárea 0 Aborto 1 hace 1 año aproximadamente, se realizó controles prenatales en Centro de Salud La Concordia. Paciente que ingresa con embarazo de aproximadamente 35,6 días más amenaza de parto prematuro más infección de vías urinarias, luego de aproximadamente 14 horas es referida al Hospital Gustavo Domínguez, donde ingresa el 28/09/2014 a las 2:00 AM con Diagnóstico de Shock Séptico, Óbito Fetal; el mismo día es referida desde el segundo nivel al tercer nivel de atención; paciente fallece en el traslado al tercer nivel.

Entre las acciones inseguras que se encontró en este caso tenemos:

- No se realizó la estratificación según riesgo obstétrico de la paciente
- No se aplicó el protocolo de manejo de infección de vías urinarias en el embarazo
- No hubo el seguimiento para pacientes con Alto Riesgo Obstétrico desde el primer nivel de atención

- Referencia inoportuna desde el primer nivel de atención, se trataba de una paciente con infección de vías urinarias a repetición y que debió ser referida al nivel inmediato de mayor complejidad.
- También hubo demoras en la recepción de la paciente en el tercer nivel de atención

CASO N° 3 - AYCUMAMA

Mujer de 42 años, afro-descendiente, ama de casa, ninguna instrucción, procedente de la provincia de Santo Domingo-Santo Domingo-Río Verde (área rural), décima gesta, APP-APF no refiere, registra sólo 2 controles prenatales en el primer nivel de atención, acude al Hospital General Dr. Gustavo Domínguez autoreferida; atendida en el servicio de emergencia con diagnóstico de Embarazo de 37 semanas más labor de parto - Embarazo de 37 semanas más falsa labor de parto; regresa al siguiente día de su atención con resultados de ecografía y es ingresada con ID de Embarazo de 33.5 semanas más embarazo pretérmino más Infección de Vías Urinarias, permanece hospitalizada 24 horas y es dada de alta; paciente regresa 6 días después al mismo hospital sin signos vitales, ID: Muerte obstétrica de causa no especificada.

Entre las acciones inseguras que se encontró en este caso tenemos:

- Captada por el primer nivel en la semana de gestación 18, sin embargo sólo se realiza 2 controles hasta la semana de gestación 33 cuando fallece
- No hubo identificación del riesgo obstétrico en el primer nivel de atención.
- No hubo seguimiento de la paciente por parte del primer nivel de atención, a pesar de ser una mujer de Alto Riesgo Obstétrico.
- No hubo identificación de signos de alarma en el primer nivel de atención, existe un reporte de peso que indica un aumento de 7 Kg entre el primer y segundo CPN (controles realizados en un período de 36 días).
- El segundo nivel tampoco identificó el riesgo en la paciente, no se hizo una valoración completa
- Poca aplicación del protocolo de manejo de Infección de Vías Urinarias: se solicitó el urocultivo, sin embargo, no se realizó porque no hubo disponibilidad de la prueba durante el fin de semana.
- En el segundo nivel hubo poca identificación de los signos de alarma (la paciente, a pesar de recibir antihipertensivo con fin tocolítico, presentó en algún momento TA sistólica con valores de 130 mmHg y en otra ocasión presentó valores de TA diastólica de 90 mmHg, sin embargo no se evidencia un estudio dirigido a la investigación de otras posibles causas.
- La paciente estuvo 2 días hospitalizada pero no fue evaluada por médico especialista en Gineco-obstetricia en el segundo nivel de atención.

CASO N° 4 - GAGALOMA.

Mujer de 26 años, mestiza, ama de casa, instrucción primaria, procedente de Santo Domingo de los Tsáchilas - La Concordia (área rural), APP y Familiares no refiere, cuarta gesta, no tiene registro de controles prenatales, es atendida por 3 ocasiones en el servicio de emergencia del Centro de Salud Tipo C La Concordia (3 días consecutivos), la última vez es ingresada con ID de Embarazo de 25 semanas de gestación más Pielonefritis y permanece en el mencionado servicio 24 horas, es dada de alta con ID de Embarazo de Pielonefritis más reacción leucemoide; previo a alta se realizó intento de referencia al Hospital Gustavo Domínguez, desde donde comunican que no hay hematología en este establecimiento de salud y que por tanto la paciente debía ser referida directamente al tercer nivel; 4 días después de su egreso paciente es llevada nuevamente al Centro de salud sin signos vitales. Diagnóstico: Parada Cardiorrespiratoria, Sepsis.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- No hubo captación de la embarazada por el primer nivel de atención.
- Poca aplicación del protocolo para Manejo de IVU en el embarazo
- No se percibió el riesgo ni los signos de alarma de la paciente en su primera y segunda llegada al centro de salud por el servicio de emergencia; fue enviada de vuelta a su domicilio por dos ocasiones
- No hubo continuidad de la atención entre servicios (paciente no fue aceptada en el segundo nivel de atención).
- No se investigó de manera adecuada la patología inicial que debió incluir un diagnóstico diferencial oportuno y preciso.

CASO N° 5 - CHREVEAU

En este caso sólo se pudo obtener la información plasmada en la matriz de mortalidad materna del MSP correspondiente al 2014; por tanto sólo entrará en los resultados generales, no hay insumos para la descripción de casos ni para la discusión.

CASO N° 6 - ALGOMITE

Mujer de 39 años de edad, mestiza, comerciante, instrucción secundaria, residente habitual de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas área rural, con AGO: G 5, A3, C2; APP de eclampsia en embarazo anterior más hipotiroidismo, APF de Diabetes Mellitus, referida desde el primer nivel de atención por el riesgo obstétrico identificado en la paciente. Se realiza 4 controles prenatales en el Hospital Gustavo Domínguez Zambrano; fue ingresada en el mencionado hospital con diagnóstico de Embarazo de 28.4 semanas más Preeclampsia-Eclampsia donde permaneció

hospitalizada por 6 días; es dada de alta y regresa al día siguiente, no hay más reportes de la atención correspondiente a esta paciente; en la matriz de mortalidad materna que reposa en el MSP indica fecha de fallecimiento el 24/12/2018 y cesárea realizada a las 30 semanas de gestación.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- La paciente no fue evaluada de manera integral de acuerdo a patología de base en el hospital al que fue referida.
- Paciente que en su primer ingreso no registra datos de aplicación del protocolo de acuerdo a diagnóstico de ingreso registrado.
- No recibió tratamiento antihipertensivo hasta el mes de diciembre, a pesar de haber realizado controles en hospital desde el mes de junio.
- La contrarreferencia realizada al 1 nivel de atención en el mes de agosto no indicó calcio ni levotiroxina.

CASO N° 7 - DEHELEMA

Mujer de 19 años, mestiza, ama de casa, instrucción secundaria, procedente de Santo Domingo De Los Tsáchilas - La Concordia (área urbana), APP y Familiares no refiere, segunda gesta, nulípara, tiene registro de 6 Controles prenatales realizados en el Centro de Salud Tipo C La Concordia , en los cuales se observa registros de infección de vías urinarias a repetición que fueron tratadas ambulatoriamente; es atendida en el servicio de Emergencia con diagnóstico de Embarazo de 35 semanas más infección de vías urinarias (en la mañana), se envía a realizar exámenes y regresa en la noche febril, no hay registros de ingreso; paciente fallece en su domicilio 3 días después de su atención en el servicio de Emergencias con ID de Shock Séptico.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- La mujer fue captada durante la fase temprana de su embarazo, sin embargo hasta las 38 semanas sólo se realizó 4 CPN.
- Formularios de la historia clínica incompletos, faltan datos básicos que habitualmente son explorados en el monitoreo continuo de la calidad de la atención en los servicios de salud.
- No se cumple con la aplicación del protocolo de atención para una mujer gestante durante los controles prenatales (no hay exámenes completos, tampoco hay evidencia del tratamiento preventivo de la anemia).
- Historia clínica no registra datos de personal que realiza la atención
- No se evidencia el riesgo obstétrico presente en la mujer gestante durante la consulta realizada por el servicio de emergencia
- No hubo un seguimiento de la embarazada que fue captada en el servicio de emergencia con una morbilidad (IVU, alza térmica).

- No se realizó los exámenes necesarios para seguimiento clínico de la mujer.
- No se evidencia el riesgo obstétrico presente en la mujer gestante durante la consulta por el servicio de emergencia

CASO N° 8 - PETOJEMA

Mujer de 37 años, afro-descendiente, empleada del sector privado, instrucción superior, procedente de Santo Domingo de los Tsáchilas – Santo Domingo de los Tsáchilas (área urbana), APP y Familiares no refiere, tercera gesta, tiene registro de 9 Controles prenatales en un Centro de Atención Ambulatoria del IESS de Santo Domingo; llega al servicio de Emergencias del Hospital de IESS de Santo Domingo con ID de Embarazo de 38 semanas en fase expulsiva de la labor de parto, se atiende el parto vaginal, a las pocas horas paciente es llevada a quirófano con ID de Hipotonía Uterina y Shock hipovolémico grado IV; se le realizó histerectomía obstétrica total, pasa a Unidad de Cuidados Intensivos y fallece en las primeras 24 horas de su ingreso al mencionado establecimiento de salud con ID de: Trabajo de parto complicado por hemorragia intraparto-Choque hipovolémico-Trastorno de la coagulación y paro cardiorrespiratorio.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- Aplicación de protocolos de atención materno infantil incompleto (No hay registro de la curva de peso, ni tampoco proteinuria a partir de las 20 semanas de gestación).
- Se realiza maduración pulmonar a las 34 semanas de gestación considerando el riesgo obstétrico de la paciente.
- A pesar de haber identificado el riesgo la paciente siempre fue tratada en el primer nivel de atención, no hubo referencia al segundo nivel de atención.
- Poca aplicación de las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica de la vaginosis para su tratamiento.
- No se cumple con el manejo activo del tercer período del parto.
- Poca aplicación de la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto.
- Faltaron medicamentos básicos para la atención de complicaciones obstétricas.
- Hubo dificultades para conseguir el hemoderivado por parte del familiar.
- La paciente acudió al segundo nivel sin referencia a pesar de haber realizado múltiples controles en el primer nivel de atención.

CASO N° 9 - RECAAYMA

Mujer de 35 años, mestiza, maestra, instrucción secundaria, procedente de Esmeraldas – Quinindé –La Unión, APP y Familiares no refiere, sexta gesta, nulípara, tiene registro de 11 controles prenatales realizados simultáneamente en el Centro de Salud La Independencia, Hospital Básico

Padre Alberto Buffoni y Hospital general Delfina Torres de Concha ; sin embargo, decide realizar su parto en clínica particular de Santo Domingo De Los Tsáchilas, en el lugar de atención del parto realiza complicación. ID: Shock anafiláctico.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- Poco o nulo cumplimiento del protocolo para parto por cesárea: No hay registros de evolución médica, no hubo evaluación preanestésica, no hay registro de exámenes pre operatorios.
- No se identificó los riesgos obstétricos.
- La cesárea fue realizada por personal no calificado.

CASO N° 10 - MEMAMACA.

Mujer de 31 años, mestiza, comerciante informal , instrucción secundaria, procedente de Santo Domingo de los Tsáchilas – Santo Domingo de los Tsáchilas (área urbana), APP hipertensión arterial y Antecedentes Patológicos Familiares hipertensión arterial; tercera gesta, tiene registro de 8 Controles prenatales en una clínica particular de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas y 2 CPN en un establecimiento público de primer nivel; llega al servicio de Emergencias del Hospital Dr. Gustavo Domínguez con ID de Embarazo de 38 semanas, es ingresada para atención del parto vía vaginal y es dada de alta médica al día siguiente; 34 días después del parto fallece en su domicilio. ID: Hipertensión arterial, Infarto cardíaco.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- No hubo aplicación del protocolo materno perinatal para el control prenatal en la clínica particular (no se cumple con el llenado correcto y completo de la historia clínica).
- No se identificó signos de alarma, paciente en su segundo CPN tiene registros de TA 140/100 y no se aplicó el protocolo de diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo (establecimiento privado).
- No hubo la identificación y estratificación del riesgo obstétrico en el primer nivel de atención.
- Referencia no oportuna al segundo nivel; la paciente fue atendida en el sector privado y público y ninguna de las 2 realizó la referencia de acuerdo al riesgo de la paciente.
- En el segundo nivel tampoco se identificó el riesgo en la paciente; 4 horas post parto presentó cifras tensionales de 135/92 y tampoco se aplicó el protocolo para el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
- Hubo demoras por parte de la paciente y su familia, ya que el relato del esposo refiere que luego del parto presentó episodios repetidos de cefalea intensa pero no buscó atención médica.

CASO N° 11 - VEMEAUMA.

En este caso sólo se pudo obtener la información plasmada en la matriz de mortalidad materna del MSP correspondiente al 2015; por tanto sólo entrará en los resultados generales, no hay insumos para la descripción de casos ni para la discusión.

CASO N° 12 - PLMABECCR.

Paciente que consta en los registros de Muerte Materna del MSP, sin embargo en la investigación realizada por el Comité Zonal de Mortalidad Materna se concluye que no es una muerte materna, ya que su fallecimiento ocurrió 14 meses después del parto y el informe estadístico de defunción indica:

- a) Paro Cardiorrespiratorio
- d) Coma por aneurisma cerebral roto

CASO N° 13 - BRFUVINA.

Mujer de 40 años, mestiza, ama de casa, instrucción primaria, procedente de Manabí- El Carmen (área urbana), APP y Familiares no refiere, tercera gesta, no hay registro de controles prenatales, recibió atención ambulatoria en Hospital Básico de El Carmen 2 días después de aborto espontáneo para lo cual recibe tratamiento ambulatorio. Fue autoreferida al HGD 22 días después del aborto, en donde es ingresada con diagnóstico de sepsis de foco abdominal y fallece 7 horas después a su ingreso.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- Poca aplicación de la normativa para el manejo del aborto espontáneo (faltó exámenes y mal manejo de la antibioticoterapia).
- Durante su atención en el primer nivel tampoco se ofertó métodos anticonceptivos (paciente añosa y multípara).
- No hubo identificación de factores de riesgo en la paciente y por ende tampoco se realizó el seguimiento de la misma.

CASO N° 14 - MUPIMALE.

Mujer de 30 años, mestiza, ama de casa, instrucción primaria, procedente de Santo Domingo de los Tsáchilas – Santo Domingo de los Tsáchilas (área urbana), APP y Familiares no refiere, cuarta gesta, tiene registro de 6 Controles prenatales en el Centro de Salud Augusto Egas; es referida al segundo nivel de atención e ingresada con ID de Embarazo de 34.2 semanas, Preeclampsia, Amenaza de Parto Prematuro; se le realizó una cesárea y fallece en las primeras 24 horas de su ingreso con ID Preeclampsia Severa, Edema agudo de Pulmón, Tromboembolia.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- No se identifica riesgo de Preeclampsia al presentar un aumento súbito y exagerado de peso en el 4º control prenatal como signo de alarma (ganó 6 Kg en 43 días).
- En ninguna de las evoluciones correspondientes al CPN se clasificó el riesgo obstétrico.
- Referencia al segundo nivel inoportuna e inapropiada (Pasaron 2 meses para identificar el riesgo obstétrico, además se debió aplicar la clave azul desde el primer nivel de atención).
- Falta de activación de flujograma de traslados (paciente se traslada por sus propios medios con hoja de referencia a pesar de tener un ARO 3).
- Poca aplicación del protocolo de trastorno hipertensivo (2 horas después de su ingreso recién hay indicación de exámenes de laboratorio, los cuales están incompletos).

CASO N° 15 INCOJAMA

Paciente que es transferida desde una clínica particular al Hospital Gustavo Domínguez en muy malas condiciones y fallece a los pocos minutos de su ingreso, no hay información para análisis, por tanto sólo entrará en los resultados generales, no hay insumos para la descripción de casos ni para la discusión.

CASO N° 16 - SEACMEAL

Mujer de 30 años, mestiza, ama de casa, instrucción primaria, procedente de Santo Domingo De Los Tsáchilas – Santo Domingo De Los Tsáchilas (área urbana), APP de alcoholismo, cirrosis hepática y episodios depresivos, quinta gesta, tiene registro de 5 controles prenatales (1 en el primer nivel de atención y 4 en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez); 3 días después de su última consulta en el mencionado hospital acude por el servicio de emergencias en muy malas condiciones, a los pocos minutos de su llegada presentó signos de paro cardiorrespiratorio, por lo que le realizan reanimación cardiorrespiratoria sin tener respuesta positiva, paciente fallece. ID: Falla multiorgánica.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- Paciente que es enviada al segundo nivel y no se sigue más a la paciente desde el primer nivel de atención.
- Paciente con múltiples factores de riesgo antes del embarazo (hipertiroidismo, cirrosis, alcoholismo, múltipara) y en quien no hay evidencia de entrega de métodos anticonceptivos por parte del centro de salud.
- Poca aplicación de la normativa de atención de embarazada con morbilidad en el segundo nivel de atención.

- No hubo atención integral de la paciente en el segundo nivel de atención (paciente no recibió atención para su problema por parte del endocrinólogo).

CASO N° 17 - TOCANABE

Mujer de 20 años, mestiza, ama de casa, no hay datos de instrucción, procedente de Los Ríos-Buena Fe (área rural), APP y APPF no refiere; primera gesta, tiene registro de 4 Controles prenatales (en los cuales presentó cuadros de Infección de Vías Urinarias) y 1 ingreso por el mismo motivo en una clínica particular del cantón Buena Fe, se realiza parto vaginal en Hospital Público de Buena Fe con producto prematuro (31 semanas), cuatro días después del parto paciente acude autoreferida por el área de emergencias del Hospital Dr. Gustavo Domínguez y es ingresada (permanece en el servicio menos de 24 horas) con ID de Puerperio Inmediato, Retención de Restos corio-placentarios, Infección de vías urinarias, Mastitis. Acude a control post parto 10 días después del parto en una unidad del primer nivel donde no hay registro de novedades; 16 días post parto acude al centro de salud en malas condiciones, por lo que es referida al Hospital Dr. Gustavo Domínguez donde llega sin signos vitales.

Entre las acciones inseguras tenemos:

- Captación temprana de la gestante (semana de gestación 8, sin embargo se realiza menos de 5 controles, a pesar de haber presentado indicios de riesgo obstétrico).
- Poca aplicación del protocolo de atención materna en el primer nivel de atención (no hay evidencias de laboratorio, no se realizó urocultivo a pesar de presentar cuadro clínico compatible con IVU, incluso hospitalización por esta enfermedad).
- No hubo un adecuado control post parto, no se identificó signos de alarma para sepsis en el primer nivel de atención.
- Paciente acudió autoreferida a Hospital de segundo nivel donde permaneció 24 horas y fue dada de alta sin identificación de signos de alarma para sepsis (leucocitosis) y sin ser evaluada por especialista de Ginecología.
- No se aplicó protocolo inicial de sepsis en el primer nivel de atención al momento de la captación y referencia al segundo nivel de atención (paciente hemodinámicamente inestable que fue referida sin canalización de vía y sin la dosis inicial de antibióticos).

CASO N° 18 - SAVEANNA.

Paciente que fue captada en búsqueda activa de muerte materna, residente habitual de la provincia de Esmeraldas, fallece en domicilio, mientras visita a su hija en la ciudad de Santo Domingo se realiza un control en consultorio particular:

Entre las acciones inseguras tenemos:

- No hay historia clínica con los formularios correspondientes
- Hay registro de la atención en una hoja individualizada.
- No se identificó riesgo obstétrico (edad extrema 40 años, multípara).
- No se identificó signos de alarma, ni se advirtió a los familiares de la presencia de los mismos.

Poca o nula aplicación del protocolo de atención materna (signos vitales, indicaciones de signos de alarma, no aplicación de las curvas de ganancia de peso).

Anexo 3. Carta de autorización del Hospital Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsáchilas.



**Coordinación Zonal 4 - Salud
Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Zambrano"**



Oficio Nro. MSP-CZ4-HGDGDZ-2017-0362-O

Santo Domingo, 10 de julio de 2017

Asunto: Autorización para realizar el proyecto de tesis Dr. Briones.

Doctor/médico
Freddy Geovanny Briones Meza
Estudiante de Beca de Postgrado-ginecología y Obstetricia
COORDINACIÓN ZONAL 9
En su Despacho

De mi consideración:

Dando respuesta a oficio s/n con fecha 7 de junio del 2017 suscrito por Usted donde solicita se autorice realizar la evaluación del protocolo de investigación titulado "Factores que contribuyen a la tercera demora de las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud de I y II nivel de atención en los Distritos de esta ciudad comprendido en los años 2014 a 2016".

Con este antecedente y una vez analizado por Docencia todos los documentos habilitantes, la Gerencia autoriza realizar el trabajo de investigación en Nuestra Casa de Salud.

En el siguiente link <https://we.tl/E77tjuszcf> podrá encontrar el anexo de respaldo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Shirley Kathia Tinizaray Mera
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z

Referencias:
- MSP-CZ4 - HGDGD-2017-0380-E

Copia:
Señorita Doctora
Ruth Marilu Bosquez Salazar
Coordinador/a Unidad de Docencia e Investigación.

Señorita Ingeniera
Alexandra Maribel Lalangui Ludeña
Coordinador/a. de Gestión de Admisiones.

Santo Domingo de los Tsáchilas - Av. Las Delicias y Av. Quito Km 1
Código Postal: 230108 Teléfono: 593 (2) 3836260
www.hgdz.gob.ec



1/2



**Coordinación Zonal 4 - Salud
Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Zambrano"**

Oficio Nro. MSP-CZ4-HGDGDZ-2017-0362-O

Santo Domingo, 10 de julio de 2017

**Señora Doctora
Mercy Matilde Oleas Morales
Director/a Asistencial**

**Señora Doctora
Gloria Gabriela Alarcon Gomez
Médico/a Especialista en Ginecología I.**

**Señora
Jimena Viviana Elizalde Vera
Secretaria de Gerencia (E)**

mm/RB



Anexo 4. Carta de aprobación de protocolo Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina - PUCE.

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Medicina



SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 19 de julio de 2018

Doctor

Freddy Geovanny Briones Meza

Estudiante del Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la PUCE

Presente.-

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS MUERTES MATERNAS OCURRIDAS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE I Y II NIVEL DE ATENCIÓN EN LOS DISTRITOS DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS EN LOS AÑOS 2014 A 2016. REPORTE DE SERIES DE CASOS"**.

Atentamente,

Dr. Carlos Acurio Velasco
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE



Anexo 5. Carta de compromiso y confidencialidad Distrito 23D02 Los Rosales - Salud.

Santo Domingo De Los Tsáchilas, ____ de Julio del 2018.

Sr. Ms.

Carlos Rafael Ordoñez Jaramillo.

DIRECTOR DISTRITO 23D02 LOS ROSALES –SALUD.

De mis consideraciones:

Una vez recibido el memorando N° MSP-CZ4S-DDS-N° 23D02-0022-OF con asunto: Respuesta –Autorización para recopilar datos, en el cual menciona lo siguiente: *“El cumplimiento de los principios éticos, de confidencialidad y de consentimiento informado de los sujetos de estudio, así mismo es necesario suscribir una carta con compromisos que garantice la entrega de una copia del trabajo terminado, con la finalidad de conocer resultados obtenidos”*

En este contexto yo, Freddy Geovanny Briones Meza, identificado con CC 1307688695 y en calidad de investigador del Trabajo de titulación **“Factores que contribuyen a la tercera demora de las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención de los distritos de Santo Domingo De Los Tsáchilas en los años 2014 -2016. Reporte de Serie de casos”**, manifiesto que:

- Entiendo que **información confidencial** es toda aquella, ya sea técnica, financiera, comercial o de cualquier otro carácter que sea suministrada o revelada por cualquiera de las partes en el marco del acta de entendimiento en mención, por medios escritos, orales o de otra forma y relacionada con el proyecto.
- Que me comprometo a restringir el acceso a la información confidencial solo a aquellas personas vinculadas al proyecto en calidad de investigadores o auxiliares de investigación y que tengan necesidad de conocerla para el desarrollo del proyecto y por lo tanto a mantener en la más estricta confidencialidad y no revelar a otras personas físicas o jurídicas cualquier información confidencial, en cualquier formato ni con otros fines distintos al proyecto.
- Que la confidencialidad se mantendrá permanentemente desde la recepción de la información
- Que una vez concluido el proyecto de investigación se procederá a la entrega de una copia del trabajo terminado a la autoridad competente.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

Dr. Freddy Geovanny Briones Meza

Egresado del Posgrado de Ginecología y Obstetricia PUCE

Teléfono 0985014921

fgbrionesm@gmail.com

Anexo 6. Carta de compromiso y confidencialidad Distrito 23D01 Augusto Egas - Salud

Santo Domingo De Los Tsáchilas, ____ de Julio del 2018.

Sra. MS.

Pércides Quiñonez Cangá

DIRECTORA DEL DISTRITO 23D01 AUDUSTO EGAS -SALUD.

De mis consideraciones:

Una vez recibido el memorando N° MSP-CZ4S-DDS-N° 23D02-0022-OF con asunto: Respuesta –Autorización para recopilar datos, en el cual menciona lo siguiente: *“El cumplimiento de los principios éticos, de confidencialidad y de consentimiento informado de los sujetos de estudio, así mismo es necesario suscribir una carta con compromisos que garantice la entrega de una copia del trabajo terminado, con la finalidad de conocer resultados obtenidos”*

Yo Freddy Geovanny Briones Meza identificado con CC 1307688695 y en calidad de investigador del Trabajo de titulación **“Factores que contribuyen a la tercera demora de las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención de los distritos de Santo Domingo De Los Tsáchilas en los años 2014 - 2016. Reporte de Serie de casos”**, manifiesto que:

- Entiendo que **información confidencial** es toda aquella, ya sea técnica, financiera, comercial o de cualquier otro carácter que sea suministrada o revelada por cualquiera de las partes en el marco del acta de entendimiento en mención, por medios escritos, orales o de otra forma y relacionada con el proyecto.
- Que me comprometo a restringir el acceso a la información confidencial solo a aquellas personas vinculadas al proyecto en calidad de investigadores o auxiliares de investigación y que tengan necesidad de conocerla para el desarrollo del proyecto y por lo tanto a mantener en la más estricta confidencialidad y no revelar a otras personas físicas o jurídicas cualquier información confidencial, en cualquier formato ni con otros fines distintos al proyecto.
- Que la confidencialidad se mantendrá permanentemente desde la recepción de la información
- Que una vez concluido el proyecto de investigación se procederá a la entrega de una copia del trabajo terminado a la autoridad competente.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

Dr. Freddy Geovanny Briones Meza

Egresado del Posgrado de Ginecología y Obstetricia PUCE

Teléfono 0985014921

fgbrionesm@gmail.com

Anexo 7. Carta de compromiso y confidencialidad Distrito 23D03 La Concordia - Salud

Santo Domingo De Los Tsáchilas, ____ de Julio del 2018.

Sr. Dr.

Luis Alberto Ortega Torres

DIRECTOR DEL DISTRITO 23D03 LA CONCORDIA SALUD.

De mis consideraciones:

Una vez recibido el memorando N° MSP-CZ4S-DDS-N° 23D02-0022-OF con asunto: Respuesta –Autorización para recopilar datos, en el cual menciona lo siguiente: *“El cumplimiento de los principios éticos, de confidencialidad y de consentimiento informado de los sujetos de estudio, así mismo es necesario suscribir una carta con compromisos que garantice la entrega de una copia del trabajo terminado, con la finalidad de conocer resultados obtenidos”*

Yo Freddy Geovanny Briones Meza, identificado con CC 1307688695 y en calidad de investigador del Trabajo de titulación **“Factores que contribuyen a la tercera demora de las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención de los distritos de Santo Domingo De Los Tsáchilas en los años 2014 - 2016. Reporte de Serie de casos”**, manifiesto que:

- Entiendo que **información confidencial** es toda aquella, ya sea técnica, financiera, comercial o de cualquier otro carácter que sea suministrada o revelada por cualquiera de las partes en el marco del acta de entendimiento en mención, por medios escritos, orales o de otra forma y relacionada con el proyecto.
- Que me comprometo a restringir el acceso a la información confidencial solo a aquellas personas vinculadas al proyecto en calidad de investigadores o auxiliares de investigación y que tengan necesidad de conocerla para el desarrollo del proyecto y por lo tanto a mantener en la más estricta confidencialidad y no revelar a otras personas físicas o jurídicas cualquier información confidencial, en cualquier formato ni con otros fines distintos al proyecto.
- Que la confidencialidad se mantendrá permanentemente desde la recepción de la información
- Que una vez concluido el proyecto de investigación se procederá a la entrega de una copia del trabajo terminado a la autoridad competente.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

Dr. Freddy Geovanny Briones Meza

Egresado del Posgrado de Ginecología y Obstetricia PUCE

Teléfono 0985014921

fgbrionesm@gmail.com