



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

MEJORAR LA CALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA, MEDIANTE ESTRATEGIAS PARA
REDUCIR LA MUERTE MATERNA Y LA MORTALIDAD NEONATAL.

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

ORDOÑEZ GUAMAN VANESA ESTEFANIA

MACHALA - EL ORO

FRONTISPICIO

Autora

Vanesa E. Ordoñez G.

Vanesa Estefania Ordoñez Guaman
C.I: 070536375-2

Dirección; Machala. El Oro
Teléfono: 0986340379
vanesa_3089@hotmail.com

COMITÉ EVALUADOR


Lcda. Jovanny Santos Luna
C.I. 0702125451


Lcda. Gisela León García
C.I.0705174407


Lcda. Verónica Almache
C.I. 070447953

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, ORDOÑEZ GUAMAN VANESA ESTEFANIA, con C.I. 0705363752, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación MEJORAR LA CALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA, MEDIANTE ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA Y LA MORTALIDAD NEONATAL.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 23 de diciembre de 2015

Vanesa E. Ordoñez G.

ORDOÑEZ GUAMAN VANESA ESTEFANIA
C.I. 0705363752

DEDICATORIA

Dedico principalmente a Dios por ser mi inspiración en los pasos diarios que doy; a mis padres por ser los guías de cada paso que realizó hoy, mañana y siempre, con sacrificio y esmero; a mis hermanos, por el apoyo económico que supieron brindar; a mis docentes por brindarme sus conocimientos en el convivir diario de mi formación universitaria.

VANESA ESTEFANÍA ORDOÑEZ GUAMÁN

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios, por guiarme en el camino correcto de la vida e iluminándome y bendiciéndome en todo lo que realizo en mi vida diaria.

A mis padres, por ser mi vida y ejemplo para seguir adelante en la vida diaria y por inculcarme valores que han sido de mí una persona diferente, gracias por eso y por mucho más.

A mis hermanos por apoyarme económicamente y emocionalmente en cada decisión que tomo, hoy, mañana y siempre.

A mis docentes de la carrera de enfermería que me brindaron conocimientos y experiencias en mi vida estudiantil.

A mis amigos y amigas y a todas las personas que me incentivaron y me motivaron a seguir adelante para así poder alcanzar el objetivo de mi meta.

VANESA ESTEFANÍA ORDOÑEZ GUAMÁN

AUTORA

RESUMEN

En el presente artículo se realiza una problemática respecto a la situación de la muerte materna y mortalidad neonatal en el Ecuador, que el MSP (Ministerio de Salud Pública) promueve la salud materna y reproductiva, prevención, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, con el propósito de lograr la reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal. Por todo esto el Ministerio de Salud Pública desarrolla un estudio debido a las necesidades de hacer conocer el conocimiento y la problemática de preocupación de las causas de mortalidad materna en nuestro país, así mismo los factores asociados a las necesidades de las mismas, la necesidad de reconocer la importancia de la mortalidad materna en los departamentos, grupos étnicos y sociales del país; La necesidad de recoger y modernizar con equidad que tiene los sistemas de registros de muerte maternas en el país; y de reconocer con responsabilidad los factores correspondientes; la importancia de educar e informar el cumplimiento de paz a nivel internacional, el cumplimiento con los objetivos del desarrollo del milenio; que se relacionan con la mortalidad materna y mortalidad neonatal.

ABSTRACT

In this article a problem regarding the situation of maternal mortality and neonatal mortality in Ecuador, the MOH (Ministry of Health) promotes maternal and reproductive health, prevention, complications of pregnancy, childbirth and postpartum, is performed In order to achieve the accelerated reduction of maternal and neonatal mortality. For all this the Ministry of Health is conducting a study due to the needs of making known the knowledge and issues of concern of the causes of maternal mortality in our country, also factors associated with the needs of the same, the need for recognize the importance of maternal mortality in departments, ethnic and social groups in the country; The need to modernize annealing and equitable systems that have records of maternal death in the country; and recognizing the corresponding factors responsible; the importance of educating and informing the fulfillment of international peace, compliance with the millennium development goals; They are relating to maternal mortality and neonatal mortality.

1. INTRODUCCION

Se denomina Muerte Materna a la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que puede ser por causa relacionada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se considerado un problema de Salud Pública, por lo cual se considera la calidad de Atención en Salud del recién nacido. ⁽²⁾

Según los estudios realizados y publicados en el 2.007 por parte de la Organización Mundial de la Salud “OMS”, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia “Unicef” y el Fondo de Población de las Naciones Unidas “UNFPA” donde se calcula que en el año 2.005 hubo 536.000 defunciones maternas en el mundo 1.500 diarias, una a cada minuto donde todas estas muertes fueron ocasionadas en países de bajos recursos y la mayoría de muertes maternas podrían haberse evitado. ⁽³⁾

Por todo esto tenemos como Objetivo determinar las Estrategia para mejorar la Calidad y Calidez de Atención a Mujeres Embarazadas, Recién nacidos; mediante referencia bibliográficas logrando Atención al Cuidado de la Salud.

Durante el embarazo, parto y puerperio tenemos varias causas directas e indirectas de muerte materna, por lo cual se atribuye el 80% a causas directas; entre las principales encontramos: hemorragias graves, infecciones, eclampsia, partos obstruidos, abortos que pueden ocasionar riesgo lo cual se produce 67.00 muertes al año en todo el mundo.

Dentro de las estadísticas, podemos mencionar complicaciones relacionadas con el aborto entre ellas tenemos infecciones, hemorragias o enfermedades cardiovasculares. ⁽⁴⁾

A nivel mundial se redujo en un 44% de mortalidad materna. En el Ecuador y América Latina encontramos las principales causas de mortalidad las cuales son: trastornos hipertensivos del embarazo junto a las hemorragias y procesos infecciosos al momento de nacimiento o puerperio.

En el mundo Ecuador ocupa el puesto 98, de un total de 187 países, y está próxima a cumplir 7 de los 8 objetivos del Milenio. En el año 2012 según las estadísticas hubieron 205 al año de muertes maternas al año siguiente 155 y en lo que va del año 2014 hay 72; los cantones Guayas y Pichincha encontramos el mayor número de muertes maternas, la razón de más fallecimientos maternos es las referencias que llegan de otras partes del país. Más del 76% de muertes se da en raza mestiza y el 22% las indígenas. En los hospitales son los lugares de mayor porcentaje de fallecimientos con 82%, en los domicilios 15%. En la provincia del Oro se registran 8 muertes maternas de 155 mujeres razón por la cual aproximadamente 61,5% en el 2013 según los datos INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). Es por esto el Ministerio de Salud Pública elaboro en el 2008 un plan Nacional de Reducción Acelerada de la mortalidad materna y neonatal cuyos objetivos van a mejorar la información de servicios de salud en derechos sexuales y reproductivos, reduciendo la violencia de la mujer e intrafamiliar, atención para los adolescentes de forma amigable que lo podemos encontrar y complementar con el Componente Normativo para la Atención Integral de la Salud Sexual y la salud Reproductiva que corresponde al Modelo de Atención de sistema Nacional de Salud año 2010. ⁽⁵⁾

En el Ecuador ha atravesado diferentes metodologías para calcular de forma apropiada la mortalidad materna y poder lograr mejorar la atención y prevención. ⁽⁶⁾

En la siguiente investigación va ser competitivo porque es un problema de salud pública que a bases de estrategias va a mejorar la calidad de vida y atención de prevención de muerte materna y mortalidad neonatal.

2. DESARROLLO

MUERTE MATERNA

DEFINICION DE MUERTE MATERNA

Se denomina Muerte Materna a la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que puede ser por causa relacionada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales.

DEFINICION DE MUERTE NEONATAL

Se define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida.

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE MATERNA

Entre los factores **GENERALES** se encuentran la edad (El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno); multiparidad, etc. **OBSTÉTRICOS**: como abortos, prematuridad, pre-eclampsia, hemorragia; y **FACTORES PERSONALES** como hipertensión, infecciones, diabetes, desnutrición, entre otros.

EDAD Y MUERTE MATERNA

Entre las edades de 20 a 34 años hay un 64% de muertes maternas; del 10% sucedieron en mujeres menores de 20 años (adolescentes), el 25% en mujeres de 35 años y más mueren en un 25%.

ADOLESCENCIA Y MUERTE MATERNA

A nivel nacional en adolescentes ha aumentado la tasa de fecundidad, lo que demanda en este grupo de edades, por eso se tiene en cuenta que:

- La gran mayoría de adolescentes, jóvenes que han estado embarazadas mencionaron que en ese momento no deseaban embarazarse.

- El 43.6% de adolescentes casadas o unión libre mencionaron que no tenían conocimiento utilizando métodos anticonceptivos.
- De 128.530 partos, el 22 % fueron de mujeres adolescentes.
- Datos estadísticos según INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), de 556 abortos espontáneos, 96 casos fueron en adolescentes y de los 18.381 abortos no especificados, 2.949 casos fueron de adolescentes.
- Una de cada diez muertes maternas suceden en adolescentes.

CESARIA, MUERTE MATERNA Y NEONATAL

La cesárea según los datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), no debería sobrepasar del 5-15% en los partos; se incrementan en partes como costa y la región insular, continuando con la sierra y la Amazonía. El porcentaje es mayor en mujeres del área urbana y en las provincias de Manabí, Guayas y El Oro mientras que las más bajas proporciones están en Cañar y Bolívar. Según los datos INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 2006, los porcentajes de cesárea por institución se triplican en los establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15,5%), posiblemente se relacionado con el valor económico que representa irregularidad de control de calidad de la atención obstétrica y neonatal en el país. Las clínicas privadas tanto como el IESS (41,2% y 40,1% respectivamente), tienen altos porcentajes de cesáreas. La lactancia materna es una práctica generalizada en el 96.7% de todos los recién nacidos. Apenas el 26.4% de recién nacidos recibió amamantamiento en la primera hora y solo el 41% de madres recibió consejería sobre lactancia materna, antes de iniciarla.

CAUSAS

MUERTE MATERNA POR CAUSAS DIRECTAS

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna del MSP (Ministerio de Salud Pública), la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de casos.

OTRAS CAUSAS DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL

Violencia intrafamiliar es otro factor de causa de muerte materna, fetal o asociarse a casos de aborto. En el Ecuador, se conoce que el 30% de mujeres ha sufrido algún tipo de violencia física antes de los 15 años, valor que se podría en mujeres sin instrucción.

MUERTE POR CAUSAS INDIRECTAS

Aquellas que resultan de enfermedades que existían previamente antes de embarazarse o de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo que no fueron debidas a causas obstétricas directas, que se agravaron por los efectos fisiológicos del embarazo. Por ejemplo, muertes relacionadas con enfermedades cardíaca o renal.

CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

En el Ecuador los Trastornos Respiratorios y la Asfixia Perinatal, las Malformaciones Congénitas y las Infecciones son las principales causas de mortalidad neonatal en el país. El Peso Bajo al Nacer (PBN) no se considera una causa directa pero influye un factor de gran importancia.

Las infecciones y la asfixia pueden ser tratadas o prevenidas a tiempo. Otro factor importante de riesgo para recién nacidos es el alto porcentaje de cesáreas, pero también pueden salvar la vida de la madre y del niño. A continuación presentamos algunos problemas que pueden ocasionar deficiencia a la atención del neonato por lo cual son los siguientes:

- La falta de incumplimiento y responsabilidad de normas y protocolos de atención así como el simple lavado de manos para la atención o valoración al neonato.
- Declaración de defunción tardía.
- Proporciona una información tardía y con poca limitación por la mala calidad de atención y conocimiento de diagnósticos y uso de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), y CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria).
- Los servicios de pediatría incluyen neonatología pero no existen recursos humanos suficientes en todo el país, tampoco están disponibles las 24 horas.

- El sistema de referencia y contrarreferencia funciona limitadamente, tiene poca respuesta de los servicios de mayor complejidad.
- Ausencia de un proceso sistemático de monitoreo y evaluación.
- El mejoramiento continuo de la calidad es inicial en este componente. ⁽⁷⁾

EL COMPROMISO DE LAS NACIONES UNIDAS

Que en la cumbre del milenio de naciones unidas realizadas el año 2000, la comunidad internacional definió 8 grandes objetivos del desarrollo del milenio (ODM), cuyas metas y propósitos deben lograrse el año 2015. Entre estos objetivos del milenio se encuentra la reducción de la mortalidad infantil (ODM4) y la mejoría de la salud materna (ODM5). Se han logrado progresos importantes reduciendo desde aproximadamente 500 mil muertes maternas anuales en el año 1990 (RMM de 400/100.000NV), a aproximadamente 287 mil muertes en el año 2010(210/100.000 nacidos vivos), es decir ha disminuido de más de un 40%. En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. ⁽⁸⁾

ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA

Las estrategias se concentran especialmente en la atención de la mujer, recién nacido, en una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros. Ello se traduce en la necesidad de integrar programas y acciones en salud, la atención primaria y la participación activa de las mujeres y la comunidad.

PRIMERA ESTRATEGIA CONE: CUIDADOS OBTETRICOS Y NEONATALES ESENCIALES

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), se basan en un grupo de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos que a la vez demuestran complicaciones que en la mayoría no pueden ser prevenidas y, por lo cual, se incrementan estrategias de calidad para salvar vidas, y a la vez prevenir la mortalidad. Por lo cual están incluidos en la Normativa Materno Neonatal.

- ✓ **CONE EN ATENCIÓN PRE-NATAL** Esta etapa tiene como propósito la detección y manejo inicial de embarazos con patología (problemas durante el embarazo), preparación y educación para el parto, administración de medicamentos hierro oral y ácido fólico,

vacuna, buena alimentación y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Según establecimientos del MSP entre 1999 y 2008 demuestran un aumento de 69% a 108% respectivamente de la atención prenatal.

- ✓ **CONE EN ATENCIÓN DEL PARTO** En esta etapa tiene como propósito monitorear la labor de parto con el uso del partograma y toma de decisiones con curvas anormales, manejo activo de la tercera etapa del parto, manejo de la ruptura prematura de membranas, manejo del parto pretérmino y atención del puerperio inmediato. El número total de partos atendidos en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública ha tenido un aumento en la atención del parto. En el año de 1.999 se atendieron 115.567 partos que corresponde 34,4% de la cobertura por parte del ministerio de salud pública a 147.139 partos atendidos en el año 2008, lo que corresponde 40,90% de partos por lo cual hay un aumento estadístico.
- ✓ **CONE EN ATENCIÓN NEONATAL INMEDIATA BÁSICA** Esta etapa tiene como objetivo lograr la atención de parto por el personal capacitado, por lo cual permite una atención neonatal inmediata básica y profesional que tiene como objetivos: manejo térmico, lactancia inmediata y exclusiva, apego precoz, cuidado del cordón umbilical, desinfección ocular, vacunación y reanimación de ser necesario.

SEGUNDA ESTRATEGIA: PLANIFICADOR FAMILIAR

En el Ecuador las consultas para planificación familiar tanto por primera vez y subsecuente han aumentado según las estadísticas al igual de controles para planificación familiar para mujeres en edad fértil, de 331.309 consultas en el año de 1.999 aumento a 1'613.729 consultas registradas en el año 2008 por planificación familiar ⁽⁹⁾.

Para explicar la falta de correlación entre RMM (razón de muerte materna) y partos atendidos a nivel institucional podría estar relacionada con una insuficiencia competencia de los profesionales de salud de 1er y 2do nivel de atención para proporcionar atención de calidad a las emergencias obstétricas, con una deficiente calidad de atención prenatal, con poco recurso de insumos y de infraestructura básica, en la áreas rurales. Tenemos que tener estrategias antes de un embarazo, las mujeres y sus parejas deben de tener acceso a la información y educación sobre los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados. También las mujeres embarazadas y sus familiares deben recibir información oportuna y clara para poder identificar signos de alarma. Todas las mujeres deben tener acceso a una adecuada atención prenatal durante el embarazo de calidad durante el parto o aborto y en el pos parto.

3. CIERRE

En el término de esta investigación se pudo evidenciar que las razones de mortalidad materna han disminuido durante los años 2000 a 2014, esta disminución no ha sido igual en todas las regiones del país. Así mismo, las causas directas se mantiene, pero en diferentes porcentajes por regiones donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna.

En el 2008 en el país de Ecuador se aprueba el Plan Estratégico Nacional para reducción de la mortalidad materna y neonatal por lo cual mejorar los servicios de salud incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

La cobertura de atención a mujeres en edad fértil, embarazadas, y recién nacidos se ha incrementado pero aun es necesario mejorar e implementar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud.

Un aspecto preocupante y alarmante para nuestro país es el embarazo en la adolescentes, las cuales mantienen elevados porcentajes de fecundidad, poco acceso y educación a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos, que conllevan a que las adolescentes tengan un riesgo elevado de morbilidad materna o muerte.

Al terminar nuestro trabajo decimos que la mortalidad materna y neonatal en la actualidad es considerada como uno de los problemas de Salud pública, que el país necesita información para la construcción integral que guie para la promoción de la salud materna y reproductiva para la prevención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, con el fin de lograr la reducción inmediata de la mortalidad materna, neonatal.

4. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1 Alva RÁ. SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. [Online].; 2012 [cited 2015 OCTUBRE LUNES 5. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=tXTKCQAAQBAJ&pg=PA73&dq=salud+publica+y+medicina+preventiva&hl=es&sa=X&ved=0CCoQ6AEwA2oVChMIkYnjtrexyAIVBVweCh2eRwuY#v=onepage&q&f=false>
- 2 scielo. scielo. [Online].; 2010 [cited 2015 octubre jueves. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662009000100016&script=sci_arttext.
- 3 unicef. UNICEF. [Online].; 2008 [cited 2015 octubre jueves. Available from: [http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf).
- 4 MSP. MATERNO INFANTIL. [Online].; 2011 [cited 2015 OCTUBRE JUEVES. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D572.pdf.
- 5 publica mds. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. [Online].; 2010 [cited 2015 octubre jueves. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf.
- 6 MSP. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. [Online].; 2010 [cited 2015 OCTUBRE JUEVES. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf.
- 7 MSP C. CONASA. [Online].; 2008 [cited 2015 OCTUBRE JUEVES. Available from: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reduccion%20de%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal%20de%20Ecuador.pdf>.
- 8 scielo. SCIELO. [Online].; 2012 [cited 2015 octubre viernes. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000200013&script=sci_arttext.
- 9 INFANTIL M. MATERNO INFANTIL. [Online].; 2010 [cited 2015 OCTUBRE JUEVES. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf.

5. ANEXOS

1.

The screenshot shows a Google Books page for the book "Salud Pública y Medicina Preventiva" by Rafael Álvarez Alva. The page is viewed on a browser with multiple tabs open, including "Facebook", "MSP emite la norma", and "Salud Pública y Medi". The search bar contains "salud publica y medicina preventiva". The book cover is visible on the left, showing a green and white design with a star rating of 1. The main content area features the title "CONCEPTOS BÁSICOS Y SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA" and a sub-section "a) Conceptos básicos". The text discusses the definition of maternal death according to the WHO (OMS) and lists two types of causes: direct and indirect.

CONCEPTOS BÁSICOS Y SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

a) Conceptos básicos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

De esta manera se entiende que una mujer embarazada que fallece en un evento accidental como un percance automovilístico, un hecho violento (homicidio o suicidio), de ninguna manera puede considerarse como una muerte materna, sino que es el muy lamentable deceso pero no por causas atribuibles al embarazo, parto y/o puerperio.

De acuerdo al origen de sus causas, la muerte materna se divide en dos grandes grupos: 1) directa, aquella que sucede por causas provocadas por la propia condición de la mujer durante el embarazo, parto y/o puerperio; 2) indirectas, las que suceden como consecuencia de la complicación o agravamiento de una condición patológica previamente existente en una mujer y que es complicada por la presencia del embarazo, parto y/o puerperio.

2.

The screenshot shows a Scielo article page titled "INTRODUCCIÓN". The browser tabs include "Facebook", "MSP emite la norma", and "Revista Cubana de S". The URL is "scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662009000100016&script=sci_arttext". The text defines neonatal mortality according to the WHO (OMS) and discusses factors associated with the death of a newborn, such as maternal height, multiple pregnancies, and hypertension.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se considera un problema de salud pública y es el indicador básico a considerar para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio.¹ En este sentido la OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpitaciones del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.²

La enfermedad y la muerte del recién nacido están asociadas a diversos factores relacionados con los genes y el medio ambiente, se asocia a la restricción del crecimiento fetal, mujeres con talla menor de 156 cm, embarazos múltiples e hipertensión arterial. En embarazos de peso normal al nacer, el riesgo de muerte neonatal se asocia a la edad de la madre sobre todo en las adolescentes, el hábito de fumar, embarazos múltiples, hipertensión arterial y fundamentalmente las características individuales del neonato.³⁻⁶

3.

del Objetivo de Desarrollo del milenio 1, la erradicación de la pobreza extrema y el hambre para 2015. La desnutrición es un proceso que con frecuencia comienza en el útero y que, en particular en el caso de las niñas y las mujeres, puede durar toda la vida: una niña que padece retraso en el crecimiento, probablemente lo padecerá también en la adolescencia y en la edad adulta. Además de suponer un riesgo para su propia salud y productividad, una nutrición precaria, que acarrea retraso en el crecimiento y un peso inferior al normal, aumenta las probabilidades de la mujer de padecer problemas durante el embarazo y el parto. Además, las madres que sufren desnutrición corren un mayor riesgo de dar a luz bebés con un peso inferior al normal, una anomalía que incrementa de forma importante el riesgo de muerte del bebé⁶.

Disminuir el riesgo de la mortalidad y morbilidad materna mejora directamente la probabilidad de supervivencia del niño o niña. Los estudios demuestran que en los países en desarrollo, los bebés cuyas madres mueren durante las seis primeras semanas después del parto tienen muchas más probabilidades de morir durante los dos primeros años de vida que los bebés cuyas

de los bebés nacidos vivos de madres que murieron por causas relacionadas con la maternidad murieron también después⁶. Además, las complicaciones que pueda sufrir la madre durante el parto incrementan el riesgo de muerte neonatal, que cada vez recibe más atención en las actividades orientadas a la supervivencia infantil, a medida que los índices generales de mortalidad de menores de cinco años disminuyen en los países desarrollados.

Tendencias de la salud materna y neonatal

Mortalidad materna

Las estimaciones interinstitucionales más recientes de las Naciones Unidas sugieren que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. No obstante, puede que esta cifra no se corresponda con la realidad, dado que medir la mortalidad materna es una tarea compleja y en muchos países en desarrollo los datos que se precisan no se registran de forma sistemática. Más allá de estimar el número de muertes maternas, determinar y registrar las causas de la muerte supone un proceso complejo. Para poder establecer de forma concluyente que una muerte guarda rela-

Durante las dos últimas décadas se han realizado esfuerzos continuos para mejorar la recogida de datos sobre mortalidad materna, en los que inicialmente participaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), y a los que después se unió el Banco Mundial. Esta colaboración interinstitucional permite aunar recursos y analizar metodologías con el fin de lograr estimaciones más precisas y completas de la mortalidad materna. Las cifras correspondientes a 2005 son las más exactas que existen por el momento y las únicas en las que las tendencias de la mortalidad materna han sido calculadas mediante un procedimiento interinstitucional. *(En el recuadro de la página 7 se ofrecen más detalles acerca del cálculo de las tasas y los niveles de mortalidad materna).*

En los últimos años, la comunidad investigadora ha creado nuevas metodologías para calcular el estado de la salud y la mortalidad materna y neonatal y las necesidades de servicios. Los esfuerzos continúan, contribuyendo al proceso que permite llegar a unas estimaciones más precisas y completas de la mortalidad y la

4.

Reproductivos, y de conformidad a los acuerdos internacionales, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, elaboró el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal cuyos objetivos 3, 4 y 5 pretenden mejorar el acceso informado a servicios de salud con enfoque en derechos sexuales y derechos reproductivos de los usuarios y usuarias para la toma de decisiones concientes e informadas sobre su condición de salud; reducir la violencia basada en género e intrafamiliar; mejorar el trato de los usuarios/as internos y externos; y la atención amigable y diferenciada para los y las adolescentes, que se refuerza con el instrumento: "Componente Normativo para la atención Integral de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva que responde al modelo de atención del Sistema Nacional de Salud", año 2010.

5

5.

como insertar referenci... x Facebook x www.prenatal.tv/lect x www.unicef.org/lac/ x www.maternoinfantil x

www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf

PRIMERA ESTRATEGIA

Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), basados, en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos desarrollarán complicaciones que en su mayoría no pueden ser prevenidas y, por lo tanto, necesitan estrategias rápidas y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

Por esta razón, los cuidados obstétricos y neonatales esenciales están incluidos en la normativa materno neonatal del 2008 y se aplican en: atención prenatal, atención del parto y atención del postparto.

- **CONE en atención pre-natal**

Tiene como finalidad la detección y manejo inicial de embarazos con patología (problemas durante el embarazo), preparación para el parto, administración de hierro oral y ácido fólico, toxoide tetánico, recomendaciones nutricionales y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Las coberturas de atención prenatal alcanzadas por establecimientos del MSP entre 1999 y 2008 demuestran un aumento de 69% a 108% respectivamente.

6.

Facebook x MSP emite la norma x www.maternoinfantil x

www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf

debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La situación de la muerte materna en cada país es analizada por el indicador denominado **Razón de Mortalidad Materna (RMM)**, que expresa:

$$RMM = \frac{\text{el número de defunciones maternas}}{\text{por cada 100.000 nacidos vivos}}$$

En nuestro país, el cálculo de este indicador ha atravesado diferentes metodologías en la búsqueda de estandarizar la forma más apropiada de calcular la mortalidad materna. Debido a la dificultad de ajustar un numerador y un denominador únicos, la tendencia de la mortalidad materna en el decenio 1999-2008 tiene un comportamiento variable que no demuestra en sí la realidad de este grave problema social.

La disparidad en los métodos de obtención de la RMM origina que en el momento de realizar curvas de tendencia para observar el comportamiento de la mortalidad materna en nuestro país, y al tomar los diferentes datos obtenidos en los **diferentes mediciones**, que son 4 momentos o fases, la curva de tendencia muestre una falsa apreciación de incrementos o descensos que en realidad no se han producido.

CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las principales causas de muerte neonatal en el país, son los trastornos respiratorios y la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia.

Tanto las infecciones como la asfixia pueden ser prevenidas o tratadas con oportunidad. Se estima en la región que un 9% de recién nacidos tienen PBN y en el país llega al 6,8%. Las principales causas de la muerte neonatal se describen en la Tabla 7:

TABLA 7 | ECUADOR: CAUSAS DE MUERTE NEONATAL | 2006.

No.	Causas	No.	%	Tasa*
		Total	2.087	100
1	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	574	27,5	34,1
2	Retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.	509	24,4	30,2
3	Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas	280	13,4	16,6
4	Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	268	12,8	15,9
5	Sepsis bacteriana del recién nacido	153	7,3	9,1
6	Signos, síntomas y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	76	3,6	4,5
7	Las demás causas	227	10,9	13,5

*Mortalidad Neonatal: menores de 28 días, tasa por 1.000 NV
 Fuente: Estadísticas Vitales, INEC 2006

de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), y CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) entre otros,

- Los servicios de pediatría incluyen neonatología pero no existen recursos humanos suficientes ni calificados en todo el país, tampoco están disponibles las 24 horas,
- Se desconocen las necesidades físicas de las unidades de CONE,
- El sistema de referencia y contrarreferencia funciona limitadamente, tiene poca respuesta de los servicios de mayor complejidad y el transporte de las emergencias neonatales no está asegurado en los consejos municipales,
- Ausencia de programación y planificación de la educación permanente del talento humano,

• En la estrategia AIEPI, el componente neonatal clínico está consolidado, parcialmente, y el componente comunitario está en implementación inicial para su posterior expansión,

• Ausencia de un proceso sistemático de monitoreo y evaluación

• Hay una limitada organización y participación social en el proceso de gestión de rendición de cuentas del sistema de salud,

• El mejoramiento continuo de la calidad es inicial en este componente (8).