



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON  
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA GINECO-OBSTÉTRICA

“FACTORES SOCIO-TRANSCULTURALES, ECONÓMICOS, DE  
MORBILIDAD EXTREMA Y TÉCNICOS - ADMINISTRATIVOS QUE  
INFLUYERON EN LA MORTALIDAD MATERNA-PERINATAL. HOSPITAL  
REGIONAL DE CHANGUINOLA. PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO.  
2010-2012”

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR POR  
EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA GINECO-OBSTÉTRICA

VEYRA BECKFORD BROWN  
3-116-629

ASESORA  
PROFESORA MAYANIN RODRÍGUEZ

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ  
2015



UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE ENFERMERIA

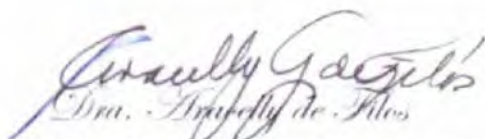


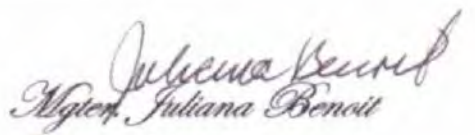
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado  
Maestría de Ciencias de Enfermería con  
Especialización en Enfermería Gineco Obstétrica

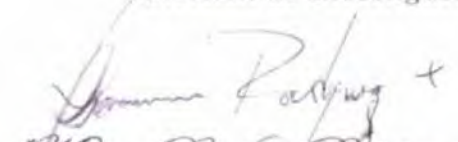
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

- El día 7 de marzo de 2017 a las 10:00 am en el Auditorio "Dra. Luzmila de Illueca", se realizó la sustentación de la tesis de la estudiante Veyra Beckford, con cédula de identidad No. 3-116-629.
- El trabajo de investigación presentado se titula: "Factores Socio Transculturales, Económico, de Morbilidad Extrema y Técnico- Administrativos que influyeron en la Mortalidad Materna-Perinatal. Hospital Regional de Chanquinola. Provincia de Bocas del Toro. 2010-2012"
- La estudiante sustentó en forma oral y en audiencia Pública su trabajo de investigación y respondió a preguntas de los jurados calificadores, en un periodo de 1 hora.
- El jurado calificador estuvo integrado por:

Magister Mayanín Rodríguez	Facultad de Enfermería	Presidenta
Magister Norma Díaz de Andrade	Facultad de Enfermería	Miembro
Magister Gregoria de Meza	Facultad de Enfermería	Miembro
- En representación de la VIP estuvo la Magister Damián Rodríguez.
- Después de la revisión del trabajo escrito y la sustentación respectiva, la tesis fue aprobada con calificación de 98.2 (A)
- Se adjunta informe final de evaluación y copias del Formato de Calificación originales del Trabajo de Graduación entregada por los jurados y asesora.

  
Dra. Luzmila de Illueca  
Coordinadora del Programa  
Facultad de Enfermería

  
Magister Juliana Benoit  
Directora  
División de Investigación y Post Grado

  
Magister Damián Rodríguez  
Representante de la  
Vicerrectoría de Investigación y Post Grado

## Dedicatoria

A Dios, mi padre celestial.

A mí querida madre, Jacinta.

A mi amado esposo, Antonio.

A mi razón de ser, Alexander.

A mi asesora: Mgtra. Mayanin.

## **Agradecimiento**

### **A Dios:**

Padre celestial que me has permitido hasta hoy el don de vida, me das fuerzas para continuar todos los días, por la sabiduría que a diario regalas a mí existir... Gracias.

### **Madre mía, Jacinta:**

Gracias por darme la vida, por ser como eres, por el amor infinito que solo tú sabes dar y que a pesar de darle amor a todas las personas que te rodean, ese sentimiento jamás disminuye su dosificación, por el contrario aumenta. Te amo.

### **Esposo Antonio:**

Por ser mi mano derecha y apoyarme en cada proyecto nuevo que aparece en mi vida. Por sacrificarte y siempre estar allí delante para quitar los obstáculos que vislumbras a la distancia, por estar al lado para sujetar mi mano o detrás de mí para sostenerme y no dejarme caer. Gracias. Te amo.

**Alexander Antonio:**

Vida de mi vida, mi razón de ser. Por ser el motor que me inspira a seguir a diario.

**Mgtra. María Mayas:**

Enfermera virtuosa a quien agradezco la sugerencia del tema que consideré para que hoy día se convirtiera en mi tesis.

**Mgtra. Magaly Beitia:**

Coordinadora del Programa Materno-Infantil Regional, quien en toda esta travesía fue una fuente inagotable de estímulo, para que no desmayara en este largo bregar.

**Mgtra. Ligia de Hernández:**

Docente abnegada a quien debo el estímulo inicial de este maravilloso proyecto.

**Mgtra. Mayanin Rodríguez:**

Por apoyarme, por sus enseñanzas y guía; pese a la distancia que nos separaba, supo alentarme siempre hacia adelante.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Págs.</b>
Hoja de aprobación .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Abreviaturas Utilizadas .....	xvii
Resumen .....	xx
Summary .....	xxi
Introducción .....	xxii
 <b>CAPÍTULO I: MARCO INTRODUCTORIO</b>	
1.1 Antecedentes .....	1
1.2 Formulación del problema .....	28
1.3 Justificación .....	31
1.4 Objetivos: .....	33
1.4.1 General .....	33
1.4.2 Específicos: .....	33
1.5 Hipótesis de trabajo .....	34
1.6 Esquema de variables y subvariables .....	0
1.7. Definición de variables .....	1
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Madeline Leininger .....	15

	<b>Págs.</b>
2.2. Modelo del Sol Naciente y Elementos Filosóficos de la Teoría Aplicados a los Factores Socio-Transculturales.....	22
<b>CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL</b>	
3.1. Generalidades de la mortalidad materna .....	27
3.1.1. Mortalidad materna-perinatal.....	28
3.2. Normas técnico-administrativas de atención integral a la mujer .....	34
3.2.1. Control de embarazo.....	36
3.2.2. Historia clínica perinatal base.....	44
3.2.3. Carné perinatal.....	45
3.2.3. Procesamiento de los datos de la historia clínica perinatal .....	46
3.3. Normas de alto riesgo obstétrico .....	47
3.4. Factores socio-transculturales que influyen en la mortalidad materna- perinatal .....	50
3.4.1. Procedencia .....	50
3.4.2. Género .....	51
3.4.3 El pudor.....	51
3.4.4. La religión.....	51
3.4.5. El idioma.....	52
3.4.6. La alfabetización .....	52
3.5. Factores económicos que influyen en la mortalidad materna- perinatal .....	53
3.6. Factores de morbilidad extrema que influyen en la mortalidad materna-perinatal .....	56

	<b>Págs.</b>
3.6.1. Trastornos hipertensivos del embarazo.....	56
3.6.2. Partos obstruidos .....	60
3.6.3. Hemorragias post parto .....	63
3.6.4. Infecciones .....	68
3.6.5. Abortos peligrosos.....	74
3.7. Factores de morbilidad extrema que influyen en la mortalidad perinatal... 77	
3.7.1. Asfixia perinatal .....	77
3.7.2. Distrés respiratorio .....	78
3.7.3. Infección .....	79
3.8. Factores técnicos-administrativos .....	82
3.8.1. Proveedores de salud .....	83
3.8.2. Unidad ejecutora administrativa .....	83
3.9. Guías para la mortalidad materna-perinatal .....	85
3.9.1. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal.....	87
3.9.2. Procesos básicos de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal.....	92
3.9.3. Investigación epidemiológica de la mortalidad materna - perinatal.....	92
<b>CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO</b>	
4.1 Tipo de estudio.....	97
4.2 Población y muestra .....	97
4.3 Área de estudio y unidad de análisis.....	101
4.4 Recolección de datos .....	101

	<b>Págs.</b>
4.4.1 Método y técnica.....	101
4.4.2 Instrumento.....	102
4.4.3 Procedimiento de recolección de la información.....	106
4.5 Procesamientos de datos.....	107
 <b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
5.1. Análisis Descriptivo y Estadístico.....	109
5.2. Prueba de Hipótesis.....	235
5.3. FODA Estratégico.....	206
5.4. Propuesta. Analítica.....	243
Conclusiones.....	214
Recomendaciones.....	216
Referencias Bibliográficas.....	218
<b>ANEXOS.....</b>	<b>232</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según rango de edad de las maternas muertas y madres de los perinatos fallecidos. Historias clínicas perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	137
Cuadro 2 Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según estado civil de las mujeres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	140
Cuadro 3 Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según grupo étnico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	144
Cuadro 4 Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según nivel académico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	148
Cuadro 5 Distribución de muertes perinatales por año, según riesgos sociotransculturales existentes en los perinatos fallecidos registrado en las historias clínicas perinatales bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	151
Cuadro 6 Distribución de muertes maternas por año, según categorización de asistencia o no al control prenatal de las mujeres fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	154
Cuadro 7 Distribución de muertes maternas por año, según categorización de tipo de paciente de las mujeres fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013...	158
Cuadro 8 Distribución de muertes maternas por año, según llenado de la historia clínica perinatal base de las mujeres fallecidas. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	161
Cuadro 9 Distribución de muertes perinatales por año, según llenado de la historia clínica perinatal base de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	162

Cuadro 10 Distribución de muertes perinatales por año, según referencia de planificación de embarazo actual de las madres de los perinatos fallecidos indicado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	164
Cuadro 11 Distribución de muertes maternas por año, según la realización de exámenes paraclínicos en las mujeres fallecidas registrado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	167
Cuadro 12 Distribución de muertes perinatales por año, según orientación a las madres de los perinatos fallecidos sobre la preparación para el parto registrado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	171
Cuadro 13 Distribución de muertes maternas por año, según lugar de atención del parto de las mujeres fallecidas registrado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	174
Cuadro 14 Distribución de muertes perinatales por año, según lugar de atención del parto de las madres de los perinatos fallecidos registrados en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	175
Cuadro 15 Distribución de muertes perinatales por año, según consejería a las madres de los perinatos fallecidos sobre planificación familiar a su egreso hospitalario, establecido en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	177
Cuadro 16 Distribución de muertes maternas por año, según grupo étnico de las mujeres fallecidas determinado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	180
Cuadro 17 Distribución de muertes maternas por año, según antecedentes patológicos de las mujeres fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	183
Cuadro 18 Distribución de muertes perinatales por año, según antecedentes patológicos de las madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	184

Cuadro 19 Distribución de muertes maternas por año, según riesgo por patologías con repercusión en madre y feto de las gestantes fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	186
Cuadro 20 Distribución de muertes maternas por año, según riesgo de antecedentes obstétricos de las gestantes fallecidas establecido en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	189
Cuadro 21 Distribución de muertes maternas por, según existencia de factores de riesgos vinculados al parto de las gestantes fallecidas registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	193
Cuadro 22 Distribución de muertes perinatales por año, según existencia de factores de riesgos vinculados al parto de las madres de los perinatos fallecidos registrados en las historias clínicas perinatales. Bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	194
Cuadro 23 Distribución de muertes maternas por año, según patologías directas confirmadas de las gestantes fallecidas registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	195

**Índice de Tablas**

Tabla 1 Muertes maternas y perinatales ocurridas en la provincia de Bocas del Toro, 2010-2012 .....	31
Tabla 2 Características de la Atención Según Grado de Riesgo.....	38
Tabla 3 Subsistemas y procesos en la vigilancia epidemiológica de la muerte materna y perinatal.....	91
Tabla 4 Matriz de Análisis Reflexivo.....	109
Tabla 5 Resultado de la encuesta a enfermeras rotadoras, especialistas y jefas de sala de maternidad cuyo fin es de determinar el conocimiento de los factores socio-transculturales y económicos en las gestantes y la aplicación en la atención de las Enfermeras de la teoría transcultural de Madeleine Leininger. ....	204

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Características Generales Relacionadas a Mortalidad Perinatal en el Hospital General de Comitán, Chiapas. 1999 .....	4
Figura 2	Muertes Maternas Según Paridad. Disa Cusco. Año 2003.....	6
Figura 3	Muertes maternas según causa. Disa Cusco. Año 2003 .....	8
Figura 4	Las cuatro demoras.....	8
Figura 5	Causas específicas de los factores relacionados a la mortalidad materna (2008 – 2009) .....	22
Figura 6	Distribución Porcentual de Mortalidad Materna por Modo de Terminación del Embarazo.....	23
Figura 7	Distribución Porcentual de la Mortalidad Materna según Momento de la Defunción.....	24
Figura 8	Muertes Perinatales por áreas Geográficas en América Latina.....	30
Figura 9	Causas de Muertes Perinatales en el Mundo .....	33
Figura 10	Etiologías más Frecuentes de la Hemorragia.....	64
<b>Figura 11</b>	<b>Tipos de Trastornos del Alumbramiento Causantes de Hemorragia Post Parto .....</b>	<b>65</b>
Figura 12	Manejo Del Alumbramiento .....	66
Figura 13	Distribución por muertes maternas-perinatales según rango de edad de las maternas muertas y madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	138
Figura 14	Distribución por muertes maternas-perinatales según mujeres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	141

Figura 15	Distribución por muertes maternas-perinatales según grupo étnico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos . Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	145
Figura 16	Distribución por muertes maternas-perinatales según nivel académico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	149
Figura 17	Distribución por muertes perinatales según riesgos socio-transculturales existentes en los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	152
Figura 18	Distribución por muertes maternas según caracterización por asistencia o no al control prenatal de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	155
Figura 19	Distribución por muertes perinatales según categorización de tipo de paciente de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	159
Figura 20	Distribución por muertes perinatales según referencia de planificación de embarazo actual de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	165
Figura 21	Distribución por muertes perinatales según realización de exámenes paraclínicos por las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	168
Figura 22	Distribución por muertes perinatales según orientación a las madres de los perinatos fallecidos sobre la preparación para el parto. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	172
Figura 23	Distribución por muertes perinatales según consejería a las madres de los perinatos fallecidos sobre la planificación familiar a su egreso hospitalario. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.....	178
Figura 24	Distribución por muertes perinatales según grupo étnico de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	181

Figura 25	Distribución por muertes perinatales según riesgo por patologías con repercusión en madre y feto de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	187
Figura 26	Distribución por muertes perinatales según riesgo de antecedentes obstétricos de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.....	190
Figura 27	Distribución por muertes perinatales según patologías directas confirmadas de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013 .....	196

## Abreviaturas Utilizadas

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
PNUD	Programa De las Naciones Unidas para el Desarrollo
BM	Banco Mundial
OR	Odds Ratio
MINSA	Ministerio de Salud
CSS	Caja de Seguro Social
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
TGF	Tasa General de Fecundidad
CPN	Control Prenatal
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
THE	Trastornos Hipertensivos de Embarazo
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
OCOD	Otras Causas Obstétricas Directas
COI	Causas Obstétricas Indirectas
PV	Parto Vaginal
RMM	Razón de Muerte Materna
MEF	Mujeres en Edad Fértil

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
SMR	Salud de la Mujer y Reproductiva
APS	Atención Primaria en Salud
ULAP	Unidades Locales de Atención Primaria en Salud
AR	Alto Riesgo Obstétrico
MAR	Muy Alto Riesgo Obstétrico
HCP	Historia Clínica Perinatal
CP	Carné Perinatal
SIP	Sistema Informático Perinatal
PIB	Producto Interno Bruto
DGP	Desproporción Céfalo Pélvica
DFP	Desproporción Feto Pélvica
ODP	Occípito Derecha-Posterior
OIP	Occípito Izquierda-Posterior
HPP	Hemorragia Post Parto
RPM	Ruptura Prematura de Membranas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
L/S	Lecitina/Esfingomielina
RN	Recién Nacido
Apgar	Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración
DR	Distrés Respiratorio

EMH	Enfermedad de las Membranas Hialinas
TTRN	Taquipnea Transitoria del Recién Nacido
VHB- VHC	Virus de la Hepatitis B y C
VHS	Virus Herpes
VVZ	Virus de la varicela
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
CoAm	Corioamnionitis
Ad Hoc	Para esto
AMM	Auditoría de la Muerte Materna Institucional
AMP	Auditoría de la Muerte Perinatal
AVMM	Autopsia Verbal de Muerte Materna
SEC	Sistema de Escucha Comunitario
PMI	Programa Materno Infantil
POA	Plan Operativo Anual
MIDA	Ministerio de Desarrollo Agropecuario
USG	Ultrasonografía
DND	Datos No Disponibles
FODA	Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenaza
FO	Fortalezas Oportunidades
DA	Debilidades Amenaza
FA	Fortaleza Amenaza
DO	Debilidades Oportunidades

## Resumen

La tesis titulada "*Factores Socio-Transculturales, Económicos, de Morbilidad Extrema y Técnicos - Administrativos que Influyeron en la Mortalidad Materna-Perinatal. Hospital Regional De Changuinola. Provincia De Bocas Del Toro. 2010-2012*" es un estudio no experimental de tipo correlacional-retrospectivo-longitudinal, con enfoque mixto. La población de información registrada en la Historia Clínica Perinatal Base correspondió a 16 muertes maternas y 150 perinatales; no obstante en campo ascendió a 19 mujeres fallecidas y 176 muertes perinatales respectivamente; también participaron 7 directivos funcionarios de la Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud, un total de 11 enfermeras encuestadas; la muestra fue de 19 mujeres fallecidas y 176 muertes perinatales seleccionada por conveniencia correspondiente al total de la población en campo. El objetivo general fue el de analizar los factores socio-transculturales, económicos, de morbilidad materna extrema y técnicos-administrativos que influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro. Con base en los resultados de las pruebas de las hipótesis se obtuvo que en la mortalidad materno-perinatal influyeron factores transculturales como: la edad de las gestantes, el estado civil, la escolaridad y grupo poblacional, resultando la F con valor de 12.10 siendo mayor que la F crítica de 11.3 y la  $p=$  a 0.0054. El análisis entre los factores económicos específicamente con respecto al estado de tipo de paciente donde el factor de no asegurada, obtiene el resultado de la F de 0.17 siendo mayor que la F crítica de 0.05 y  $p=$  0.0046, estadísticamente significativa. Entre los factores relacionados con la morbilidad extrema con base en las patologías directas confirmadas como factor relacionado con la morbilidad extrema, la F arrojó el valor de 0.6614 siendo mayor que la F crítica de 0.05 y se obtuvo significancia estadística de  $p=$  0.0002. Los factores técnicos-administrativos valorados en esta investigación y que se relacionaban con la influencia de la mortalidad perinatal corresponde a la consejería sobre la planificación familiar asociado directamente a las muertes perinatales donde la F arrojó el valor de 1.30 siendo mayor que la F crítica de 0.43 y la significancia estadística de la  $p=$  0.0000. Como propuesta de intervención se construye un FODA Estratégico acorde a los objetivos y políticas formuladas para el abordaje directo según factor identificado de la mortalidad materna-perinatal.

## Summary

The thesis entitled "Socio-Transcultural Factors, Economic, Extreme Morbidity and Technical-Administrative Factors that Influenced Maternal-Perinatal Mortality. Regional Hospital Of Changuinola. Province Of Bocas Del Toro. 2010-2012 "is a non-experimental correlational-retrospective-longitudinal study, with a mixed approach. The population of information recorded in the Perinatal Clinical History Base corresponded to 16 maternal deaths and 150 perinatal deaths; Nevertheless in field it ascended 19 dead women and 176 perinatal deaths respectively; 7 officials from the Social Security Fund and the Ministry of Health also participated, a total of 11 nurses surveyed; The sample was 19 women died and 176 perinatal deaths selected for convenience corresponding to the total population in the field. The general objective was to analyze socio-transcultural, economic, extreme maternal morbidity and technical-administrative factors that influence maternal-perinatal mortality in the province of Bocas del Toro. Based on the results of the hypothesis tests, maternal-perinatal mortality was influenced by transcultural factors such as: pregnant women, marital status, educational level and population group, with F being 12.10 being higher than the critical F of 11.3 and the  $p = 0.0054$ . The analysis between the economic factors specifically with respect to the patient type status where the uninsured factor obtains the result of the F of 0.17 being greater than the critical F of 0.05 and  $p = 0.0046$ , statistically significant. Among the factors related to extreme morbidity based on confirmed direct pathologies as a factor related to extreme morbidity, F showed the value of 0.6614 being greater than the critical F of 0.05 and a statistical significance of  $p = 0.0002$  was obtained. The technical-administrative factors assessed in this investigation and related to the influence of perinatal mortality correspond to counseling on family planning directly associated with perinatal deaths where the F threw the value of 1.30 being greater than the critical F of 0.43 And the statistical significance of  $p = 0.0000$ . As a proposal for intervention, a Strategic SWOT is built according to the objectives and policies formulated for the direct approach according to the identified factor of maternal-perinatal mortality.

## Introducción

Se infiere que el embarazo, para aproximadamente el 90% de las mujeres, representa una etapa de la vida, de la familia y comunidad, llena de felicidad; donde el producto de la concepción es anhelado sin complicaciones durante el período de embarazo y el momento del parto. Para lograr de este evento un resultado óptimo es necesaria la participación entrelazada de la mujer gestante con los proveedores de los servicios de salud, ambos actores con responsabilidad diferente, pero con un objetivo común “la garantía de salud del binomio madre-hijo”.

La mortalidad materna y perinatal han sido consideradas, a lo largo de la historia, temas prioritarios para indicadores y medición de la Salud Materno-Infantil. No obstante, a pesar de logros obtenidos en la disminución de ambos indicadores, los esfuerzos realizados en la creación de políticas de salud, estrategias de intervención, objetivos como los del desarrollo del milenio #4 reducir la mortalidad infantil y el #5 mejorar la salud materna, entre otras intervenciones respectivamente; no han constituido elementos para el alcance de una disminución sostenible y sobresaliente en ambos indicadores. Este escenario evidencia la continuidad de factores de tipo social, cultural, económico y de condiciones de salud en la gestante, que influyen en los resultados desafortunados de los indicadores Materno-Perinatal.

Por tanto, se debe ser imperante al enfrentar las desigualdades de género, la pobreza y la discriminación que sufre la mujer.

Con base en lo antes descrito, es necesario hacer referencia a la importancia del abordaje de las 4 demoras que intervienen de forma directa según diversos autores en la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la gestante y la consecuente protección del binomio madre-hijo. Demora #1: Gestante (En reconocer que tiene un problema). Demora #2: Gestante (En decidir sobre la búsqueda de atención). Demora #3: Gestante (En llegar al servicio de salud). Demora #4: Proveedor de Salud (En ofrecer un adecuado tratamiento en el servicio de salud).

A partir de lo expuesto, se sustenta en el presente estudio investigativo en cinco capítulos: el primero se denominó marco introductorio, en él se presentan los antecedentes, la formulación del problema, justificación respectiva, seguido de los objetivos generales y específicos; hipótesis y definición de variable. El segundo capítulo es el marco teórico que sustenta dicho estudio con base en la teoría de Madeline Leininger. El tercer capítulo presenta el marco referencial, en él se plantea la fundamentación teórica del estudio. El cuarto capítulo describe el marco metodológico, contemplando el tipo de estudio, población, muestra, método, técnica de recolección de datos, instrumento, procedimiento y procesamiento de datos. En el quinto capítulo se plantea la interpretación y análisis de los resultados, se desarrolla el análisis descriptivo, los estadísticos y las respectivas pruebas de hipótesis. Se cierra el proceso investigativo con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. En este

último apartado se incluyen todas las notas de permiso para la elaboración de la investigación y los instrumentos utilizados para la recolección de los datos.

Para el equipo de salud, la responsabilidad se sustenta en consolidar la investigación en salud como generadora de conocimiento, para la toma de decisiones oportunas, que permitan el control de riesgos que más afectan la salud de panameñas y panameños; a fin de garantizar el principal objetivo de la política del gobierno nacional en materia de salud que es el de universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas.

## CAPÍTULO I: MARCO INTRODUCTORIO

## 1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud por sus siglas (OMS), en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial elaboraron el informe de Mortalidad Materna (2005). En el mismo indican que diariamente mueren 1,500 mujeres por complicaciones del embarazo y del parto. Calculando que para el año de la presentación del informe (2005) hubo 536,000 muertes maternas en todo el mundo. Siendo la mayoría de esas muertes ocurridas en países en vías de desarrollo (99%), las cuales, en una amplia medida, pudieron haber sido evitadas.

Las guías para la vigilancia de la Mortalidad Materna-Perinatal (2007) en su contenido definen muerte materna con base en las siguientes especificaciones:

**Muerte Materna Confirmada:** Toda muerte de una mujer en edad fértil, en la que la investigación determine que fue causada directa o indirectamente por embarazo, parto, sus complicaciones o su manejo, cuya muerte ocurrió hasta un año después del evento obstétrico.

Respecto a la muerte perinatal señalan:

**Muerte Perinatal I:** Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de 7 días.

**Antecedentes a Nivel Internacional:**

Los Doctores Faneite y Starnieri (2005), realizaron un estudio denominado: **“Mortalidad Materna Directa”**. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. 1992-2000, estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, epidemiológico y analítico; con el objetivo de conocer la incidencia de la mortalidad materna según factores relacionados durante el período de 1992-2000. Las conclusiones predominantes fueron las siguientes: la asistencia de pacientes procedentes de barrios vecinos (57,89%) y áreas rurales (42,1%), por ser el único Hospital Regional de referencia. Estos resultados destacan la asociación con el presente estudio al Hospital Dr. Raúl Dávila Mena, por ser el único Hospital Regional de referencia de la provincia de Bocas del Toro, al cual se envían todos los casos para atención materna y perinatal de usuarios asegurados y no asegurados procedentes de la Comarca y todos los distritos de la provincia. Este escenario previamente descrito evidencia la necesidad de crear estrategias de carácter administrativo para la mejora de la cobertura de atención en este grupo de usuarios.

Concluyen, además, que existe una condición de inestabilidad familiar, asociado a la mortalidad materna entre los que resultaron: la soltería con 84,21% y el factor educacional deficiente, el cual se manifiesta de nuevo al predominar la instrucción primaria con un 68,42%. Estos resultados aportan una significativa relación entre algunos factores socio-transculturales y su relación con la incidencia de la mortalidad materna; donde los factores relevantes como la procedencia, el estado civil y el grado de alfabetización pueden utilizarse

como referencia para la elaboración de intervenciones desde la perspectiva socio-transcultural.

Por otra parte, Donoso & Villarroel (2003) realizaron un estudio con el título: "*Edad Materna Avanzada y Riesgo Reproductivo*". Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, de base poblacional, para estudiar el riesgo de muerte: materna, fetal tardía, neonatal e infantil y de bajo peso al nacer en mujeres de edad materna avanzada, comparadas con mujeres de 20 a 34 años. Los resultados obtenidos indican que las mujeres de edad materna avanzada presentaron tasas mayores de mortalidad materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer que las mujeres de 20 a 34 años. La edad materna avanzada se asoció a un mayor riesgo (OR; IC 95%) de muerte materna (7,13; 3,31-14,97), muerte fetal tardía (2,19; 1,69-2,85), neonatal (1,8; 1,40-2,32) e infantil (1,80; 1,49-2,18) y mayor riesgo de bajo peso al nacer (1,72; 1,58-1,88) comparadas con mujeres de 20 a 34 años.

La significancia estadística de estos resultados presenta un predominio directo con respecto a la mortalidad materna-perinatal, donde se establece que existe un riesgo obstétrico en gestantes con edad mayor a 35 años. (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social; 2015). De acuerdo a lo planteado se evidencia la necesidad que el profesional de salud cumpla con las acciones normadas para la atención de la mujer gestante, además de la implementación de estrategias en salud que garanticen la planificación familiar, la atención del control prenatal y la atención por especialistas en gestantes con alto riesgo

obstétrico, de acuerdo a los factores de riesgo identificados como la edad, la cual se relaciona de forma directa con los eventos de morbilidad extrema.

Rivera, Fuentes, Esquinca, Abarca, & Hernández (2003) realizaron un estudio de casos y controles pareado con el título: “*Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, México*”. El objetivo del estudio consistió en identificar factores socioeconómicos, gineco-obstétricos y del producto asociados a mortalidad perinatal. Obteniendo diferencias de medias, estadísticamente significativas, entre casos y controles en las siguientes variables: edad de la madre ( $p=0,002$ ), número de embarazos ( $p=0,036$ ), período intergenésico ( $p<0,001$ ), control prenatal ( $p=0,013$ ); edad del producto ( $p<0,001$ ) y peso del producto ( $p<0,001$ ), como se ilustra a continuación

Figura 1 *Características Generales Relacionadas a Mortalidad Perinatal en el Hospital General de Comitán, Chiapas. 1999*

Características	Total de la muestra			Casos		Controles		P
	N	Media	d.e.*	Media	d.e.*	Media	d.e.*	
De la madre								
Edad (años)	286	24,82	±6,34	26,38	7,08	24,03	5,80	0,002
No. embarazos	278	2,74	±2,09	3,10	2,23	2,56	2,00	0,036
No. partos	295	1,52	±1,80	1,77	1,85	1,39	1,78	0,084
Período intergenésico (años)	296	2,70	±3,32	3,63	4,01	2,23	2,80	0,001
Control prenatal (N visitas)	295	1,72	±1,96	2,12	2,14	1,52	1,84	0,013
Del producto								
Edad (semanas)	296	37,78	±3,30	35,48	4,31	38,93	1,75	0,001
Peso (gramos)	296	2.760	±800	2.160	911	3.060	540	0,001

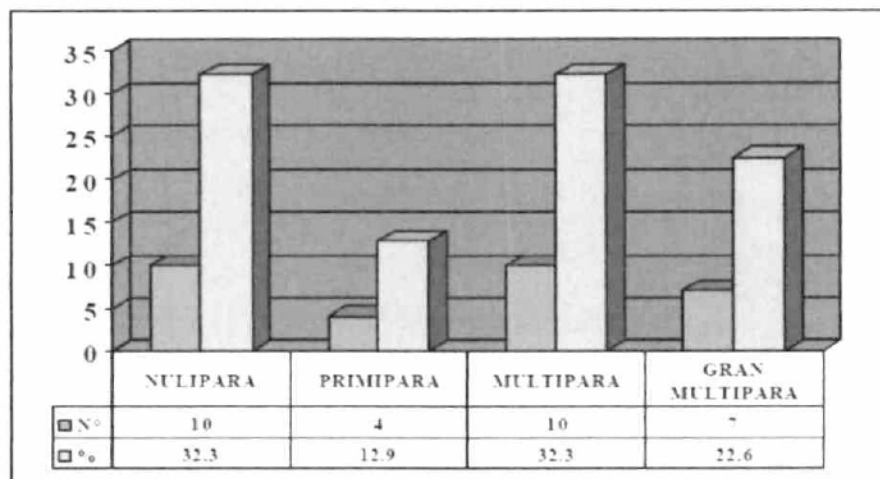
\*d.e. desviación estándar.

Fuente: Rivera et al. (2003)

Este estudio evidencia algunos factores de tipo social y económico para muerte perinatal como son: a) el nivel socioeconómico medio el que aumenta en 5 veces más el riesgo de muerte perinatal con relación al nivel alto, b) ocupación del padre, ser agricultor aumenta 3.31 veces más el riesgo de muerte comparado con los padres que son empleados en alguna institución. Hallazgos, que al ser relacionados con el tema de estudio indican, de forma clara, que cuando en la familia el jefe del hogar tiene un trabajo remunerado, la economía familiar es mejor, facilitando la asistencia oportuna de la gestante a los servicios de salud.

Por otro lado, Vantroy, Grajeda & Escudero (2003), realizaron una investigación titulada: "*Características Epidemiológicas de la Mortalidad Materna en el Departamento de Cusco*" cuyo objetivo era determinar la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Cusco. El estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal comprobó, que de acuerdo a la paridad, se observa que la definida como nulípara y multíparas (1 a 5 partos) respectivamente, presentan los porcentajes más altos, con 10 casos cada uno, 32,3%, por cada paridad completada. Las consideradas gran multíparas (6 a más partos) representaron en dicho estudio el 22.6%, con 7 fallecidas; tal como se refleja a continuación. (Figura 2).

**Figura 2** Muertes Maternas Según Paridad. Disa Cusco. Año 2003



Fuente: Vantroy et al. (2003).

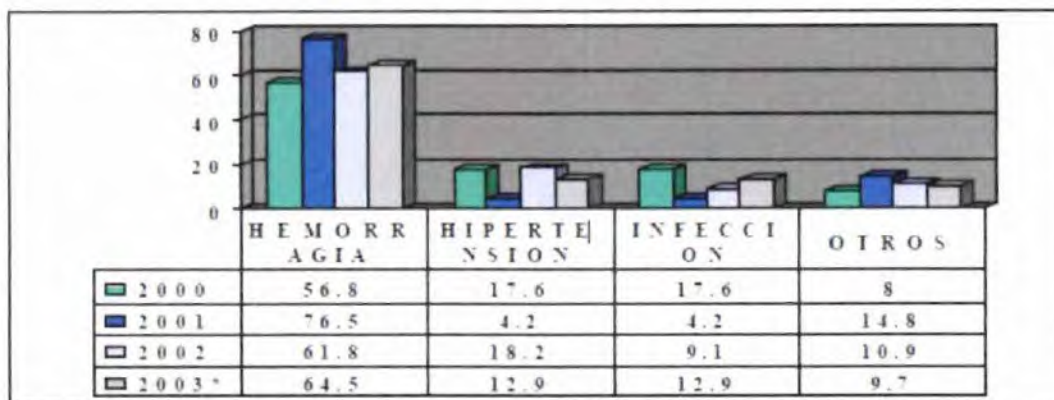
Estos resultados sustentan 2 variables importantes del presente estudio que corresponden al aspecto transcultural y el de morbilidad extrema. El primero, al destacar, que de acuerdo al boletín de Estadística y Censo (2012), la tasa de fecundidad en la provincia de Bocas del Toro, basado en la clasificación propuesta por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en 2008, para los países de América Latina, la cual es aplicable a nivel nacional (país) y a escala subnacional (provincia y comarca), se establecen en el rango de Alto:  $TGF \Rightarrow 4.5$  y Moderadamente Alto:  $4.5 > TGF \Rightarrow 3.5$ . Considerando que la tasa de la provincia corresponde a 4.9 y 4.3 respectivamente. Estas cifras estadísticas establecen una relación directa con respecto a la multiparidad y gran multiparidad que presentan las mujeres en edad fértil en la provincia, ambos factores constituyen un riesgo específico para la aparición de las

patologías (Preeclampsia, Hemorragias entre otras) asociados a la segunda variable de morbilidad extrema.

Vantroy et al (2003), en relación a los resultados de la atención prenatal de las gestantes fallecidas, se registró un promedio de  $4.5 \pm 3.2$  Controles Prenatales (CPN) durante su embarazo, con una mediana de 5 CPN y un rango de 10 (mínimo 0 y máximo 10 CPN). Estos resultados dirigen la discusión hacia la calidad de la intervención obstétrica con respecto al recurso técnico responsable de la atención de este grupo de mujeres, tanto por la no captación oportuna de la gestante, que está representada por la fallecida que no asistió al CPN, como por la asistencia de la gestante en los servicios de salud, pero cuya atención no contribuyó a identificar de forma oportuna los signos de alarma y riesgos asociados a la gestación.

Vantroy et al; (2003) También delimitó que el 90.3% de los casos estudiados (28 muertes) corresponden a causas maternas directas y sólo 9.7% (3 casos) a causas indirectas, no relacionados con la gestación. El 90% de las muertes maternas se relacionan directamente con patologías relevantes como se evidencian en la figura 3: hemorragias, hipertensión, infección y otras condiciones cuyo carácter resolutivo depende de las intervenciones del recurso técnico.

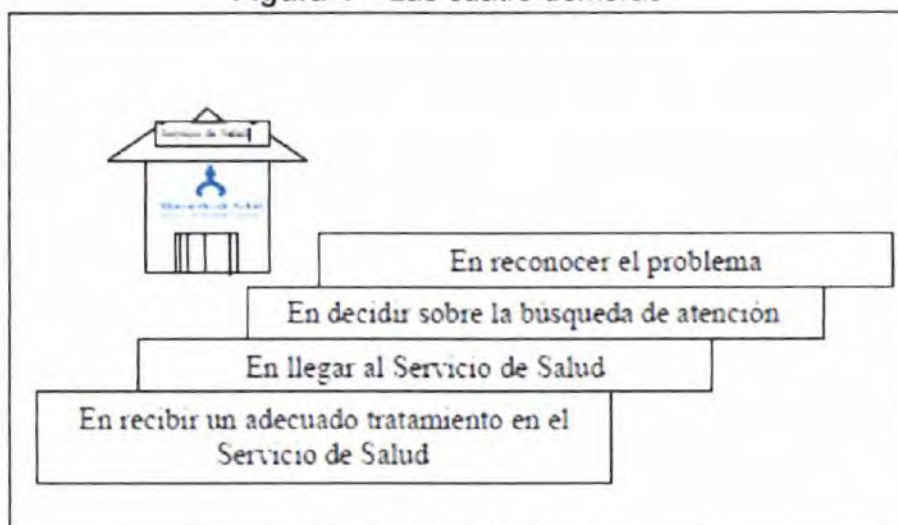
**Figura 3** Muertes maternas según causa. Disa Cusco. Año 2003.



Fuente: Vantroy et al. (2003).

En esta misma dirección Vantroy et al (2003), puntualiza las 4 demoras como factor técnico-administrativo de importancia fundamental en las muertes maternas ocurridas, tal como se destaca en la siguiente figura y se describe en el siguiente párrafo.

**Figura 4** Las cuatro demoras



Fuente: Vantroy et al (2003)

La primera demora corresponde a reconocer el problema por parte de la gestante y su entorno familiar en un 90.3%; seguida de la demora en decidir buscar ayuda en el 96.8%. Hubo demora reconocida en 42% al no llegar a trasladar a la paciente al establecimiento de salud. Y en el 64.5% de los casos demora en recibir un adecuado tratamiento en el servicio de salud. Las razones para atribuir demora en recibir tratamiento está referido a: Demora en el manejo o tratamiento (4 casos), establecimiento sin capacidad resolutive (7), manejo inadecuado de la emergencia obstétrica (6) y falta de seguimiento puerperal (2).

Con base en este estudio que suministra valor estadísticamente significativo, se evidencia, de forma específica, los factores que influyen en la mortalidad materna y perinatal. La paridad (multiparidad y gran multiparidad) determina la perspectiva cultural. Sin embargo, los factores que a continuación se detallan se circunscriben a factores técnico-administrativos: asistencia a los controles prenatales que se establece un mínimo de 7 controles como óptimo en las *Normas de Atención Integral de la Mujer* (Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social 2007). Las causas de mortalidad directa como lo son las morbilidades obstétricas extremas (hemorragia, hipertensión, infección, entre otros) y se concluye con la demora en la atención, considerando 4 aspectos relevantes como lo son: reconocimiento del problema, decisión en la búsqueda de la asistencia, llegada al servicio de salud y el recibimiento del tratamiento adecuado.

Al vincular estos hallazgos con el tema de estudio se asevera el dominio que ejerce el grado de paridad según extremos, asistencia a los controles prenatales para el diagnóstico oportuno de alteraciones maternas-fetales, patologías obstétricas y decisiones oportunas ante situaciones obstétricas; constituyen factores que, evaluados científicamente, sirven de garantía para la prevención de complicaciones y de la mortalidad materna-perinatal, conforme al cuidado oportuno de la salud del binomio madre-hijo.

Farnot & Ríos, (2014) realizaron un estudio titulado “*Evolución de la Mortalidad Materna en Cuba desde 1959 al 2004*”, en él se señalan las principales acciones que se desarrollaron en las diferentes décadas que comprende el estudio. Se destaca el hecho que en la mortalidad materna intervienen diferentes factores socioeconómicos y políticos que influyen directamente sobre el desarrollo del sistema de salud, sin los cuales este último no podría alcanzar los resultados que se han logrado. Se muestra cómo de una razón de muerte materna de  $137,8 \times 100,000$  nacidos vivos en la década 1950-1959 se llega a una razón de muerte materna de 21,2 en el año 2004, lo cual significa una reducción de un 78,3 % en el período estudiado.

Se considera hacer referencia a las estrategias establecidas en el último periodo del estudio correspondiente a los años 2000-2004, proporcionalmente.

Durante esta última etapa los esfuerzos fundamentales se dirigieron hacia:

- Capacitación continuada del personal vinculado a la atención materno-infantil.

- Descentralización de los servicios, dando mayor participación a la atención primaria en el cuidado de la salud de la población en general.
- Desarrollo y extensión a todo el país del sistema integrado de urgencias médicas.
- Reparación y ampliación de los policlínicos en todo el país.
- Reparación de un número significativo de unidades hospitalarias.
- Proyectos para dotar a los servicios de perinatología, de partos y salones de operaciones del equipamiento necesario para perfeccionar sus actividades y alcanzar la excelencia en la atención médica a la mujer y al niño.

Todas estas estrategias de descentralización y de extensión de cobertura responden a los principios del *control prenatal* que al ser aplicados buscan disminuir la necesidad de traslado de la gestante a centros hospitalarios distantes para la búsqueda de la atención; lo que implica gastos económicos mayores para ellas y al no disponer de recurso económico no cumplen con los cuidados prenatales normados. El escenario descrito nos permite utilizarlo como plan estratégico para la elaboración de intervenciones de impacto en la mejora de la atención materna-perinatal.

Sánchez, Gustavo, Pérez, & Vázquez (2005). Realizaron el estudio cuyo título es: "*Impacto del Control Prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal*". Ellos observaron que el 47.6% de las madres tenían menos de 5 consultas prenatales en el inicio del tercer trimestre de embarazo; y el 49.6 tenían más de 5 controles de inicio en el primer trimestre de gestación; los neonatos

presentaron síndrome de insuficiencia respiratoria (OR=3.559; IC= 1.865 a 6.794)), Bajo nacimiento (OR=3.504; IC= 1.861 a 6.597) y prematuros (OR= 5.044; IC= 2.624 a 9.698).

Estos datos son estadísticamente significativos, al indicar que más de 5 controles prenatales impactan en la prevención del síndrome de insuficiencia respiratoria en el neonato, en el bajo peso al nacer y de la prematuridad; ya que evitarla es uno de los propósitos del control prenatal.

La asociación significativa de estos resultados (Síndrome de Insuficiencia respiratoria, bajo nacimiento y prematuridad) con esta investigación se manifiesta al determinar los factores transculturales y técnicos-administrativos como lo es el control prenatal; que lleva inmerso indicadores que van, desde la asistencia y el cumplimiento de las responsabilidades de la mujer en el control prenatal hasta la realización del mismo de forma efectiva y eficiente por el proveedor de salud. Consecuentemente, con el control prenatal se mejora la calidad de la atención al conocer el estado de salud de la madre con anticipación y la calidad de vida para el binomio madre-hijo; al identificar patologías de origen infeccioso en la madre gestante durante su control prenatal se puede actuar de forma inmediata en su resolución, garantizando la salud materno-fetal-neonatal.

Carrillo, (2007). En su artículo de reflexión titulado: "*Mortalidad Materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década*". Destaca que "los altos índices de Mortalidad Materna en Colombia están asociados con la no garantía por parte del Estado del derecho a la salud de las mujeres colombianas". Entre los factores relacionados con este

artículo de reflexión, se describen indicadores de mortalidad materna teniendo en consideración los problemas de información de las instituciones encargadas de reportar las mortalidades maternas, las características de los accesos de las mujeres a los servicios de salud, las diferencias en las prevalencias de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de las mujeres, el nivel educativo, la edad y la pertinencia a grupos étnicos. Adicionalmente, el autor realiza un diagnóstico crítico de las causas directas e indirectas de la mortalidad materna y por último un análisis del marco jurídico y de la política pública implementadas en la última década.

Resume además Carrillo (2007) los siguientes resultados: el estrato socioeconómico de las mujeres fallecidas está vinculado con las condiciones de pobreza, (donde el 48% de la población étnica indígena que pertenecen a las minorías de la población Colombiana, no tienen acceso en un 38% a los servicios de salud), la dificultad en la accesibilidad a los servicios, la diversidad de infraestructura básica y la calidad de la información emitida a la paciente por el proveedor de salud. Establece además que las tasas de mortalidad materna son mayores de 100 por 100 mil habitantes.

Este escenario descrito con anterioridad se asocia con la realidad de la provincia de Bocas del Toro, respecto a la existencia física de un solo Hospital de Referencia provincial perteneciente a la Caja de Seguro Social, que asume la demanda en la atención de toda la población de la provincia que según la Contraloría General, (2010), asciende a 125,846 mil habitantes, de los cuales de acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas, (2010) un 53.9% son no

cotizantes. De dicha cifra la Contraloría et al (2010) establece que las mujeres en edad fértil correspondiente a los 3 distritos en general suman 58,448 habitantes, Esta cantidad representa una población en etapa reproductiva que demanda servicios de atención Materno-Infantil, de la cual para el período investigado se estimaban un total de 11,600 gestantes respectivamente. De todo este contexto se desprenden elementos que alertan hacia el establecimiento de estrategias significativas garantes del logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) #4 Reducción de la Mortalidad Infantil y # 5 Mejora de la Salud Materna; los que actualmente han trascendido a Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde el # 3 engloba el Bienestar y la Salud Materno-Infantil.

Faneite & Rivas, (2010) realizaron el estudio investigativo retrospectivo epidemiológico analítico titulado; *Mortalidad Materna: tragedia prevenible. ¿Hemos avanzado?*. Buscando conocer la incidencia de la mortalidad materna, factores relacionados, causas y sugerencias de acciones pertinentes. Siendo la razón promedio de mortalidad materna directa el 100.18 por 100.00 habitantes. De las 16 historias clínicas revisadas; 12 correspondían a muertes maternas directas y 4 a indirectas. Resaltando las principales causales de muertes maternas directas: hemorragia (atonía uterina 48.34% y embarazo ectópico roto 28.57%), toxemia y sepsis con 58.34%, 25% y 66.66% respectivamente. Las cuatro muertes maternas indirectas resultaron de hemorragia digestiva superior, falla multiorgánica, insuficiencia respiratoria aguda y neumonía.

Faneite & Rivas, (2010). Indicaron que predominan para ambos grupos aspectos importantes como: Antecedente familiar determinante la hipertensión (25%), antecedente personal hipertensión (16.67%), sin control prenatal (50%), primigestas (50%), edad del embarazo de 37-41 semanas (41.67%), muerte en estado puerperal (66.67%), ingreso al hospital en un lapso menor de 12 horas (41.67%) y la realización de autopsia a (62.5%).

La razón promedio de mortalidad materna muestra cifras altas con incremento destacado, resultados que sustentan la elaboración de un plan integral que permita la mejora de las condiciones asistenciales en las mujeres gestantes como garantía de la salud en el binomio madre-hijo. Dichas estrategias de abordaje deben encaminarse hacia la educación, medicina preventiva, la lucha contra la pobreza, motivación para asistir a la consulta prenatal y la planificación familiar.

Chávez, Sánchez, Romero, Torres, & González, (2010). Realizan un artículo de revisión titulado. "*Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social*", en el mismo establecen reflexiones dirigidas hacia aspectos de investigación relacionados con la mortalidad materna desde la perspectiva sociocultural, por lo cual los autores desarrollan y proponen una metodología cualitativa en donde se consideren como ejes de estudios, por un lado, las percepciones de las mujeres en términos del cuidado prenatal, y por otro, las percepciones de las personas cercanas a una muerte materna, con el fin de reconstruir la vida de aquellas mujeres que fallecieron. Las conclusiones relevantes del estudio fueron:

- El tema de la muerte materna está estrechamente relacionado con la atención prenatal, la cual ha sido abordada desde diversas perspectivas.
- Una de ellas tiene que ver con la satisfacción de las propias usuarias sobre los servicios de salud.
- Encontraron que la satisfacción de las usuarias, respecto a los servicios de salud, está relacionada con el trato recibido en la consulta y el tiempo de espera; lo interesante es que la satisfacción no estuvo relacionada con la resolución clínica del profesional, ni la edad o género; asimismo, el nivel socioeconómico fue un factor en el trato durante la consulta; en este sentido, las mujeres con más bajo nivel socioeconómico tuvieron peor trato.

En general, Chávez et al. (2010). encontraron que el conocimiento que tienen las parteras sobre los riesgos es muy bajo. Las parteras que han tenido adiestramiento (63%) coinciden con la percepción de riesgo con la medicina académica, mientras que en el otro grupo sin adiestramiento sólo el 28% lo percibía. Al explorar los síndromes de filiación cultural en ambos grupos, los aspectos socioculturales siguen permeando la percepción de las parteras sobre los riesgos reproductivos; lo anterior refuerza la importancia de considerar los aspectos socioculturales como factores de riesgo de la presencia de Muerte Materna. Otros factores de riesgo para la Mortalidad Materna lo constituyen el aspecto económico y el género. Es de relevancia mencionar que la vida reproductiva de las mujeres (en este caso indígenas) depende de los usos y costumbres, que incluyen rituales para la conformación de la familia, así como

las decisiones sobre la reproducción de las mujeres. En esta comunidad, la última que decide sobre su reproducción y cuidado es la mujer, siendo por tanto la inequidad de género un factor para explicar la presencia de la Muerte Materna.

Al finalizar este artículo de reflexión los autores se pregunta, ¿por qué es importante estudiar el tema de la muerte materna desde la perspectiva antropológica y social?. La perspectiva antropológica nos invita a explorar otros factores que no son comunes de reconocer y que están relacionados con la base social: las costumbres, creencias respecto a la alimentación, percepción de riesgos, significados del embarazo, del hijo, de la maternidad, presencia de rituales, religión, política y, finalmente, usos y costumbres del matrimonio.

Chávez et al, (2010), Por tal motivo, el conjunto de factores socioculturales son, en gran medida, determinantes de la presencia de la muerte materna, ya que influyen en la conducta de la mujer embarazada, siendo entonces el contexto cultural clave para entender temas como las creencias respecto al cuidado prenatal, entre otros. Este planteamiento da respuesta a la importancia del conocimiento y reconocimiento respectivo de los factores socio transculturales que influyen de forma directa en la toma de decisiones de la mujer embarazada, su entorno, familiares y personas cercanas, lo que determina su conducta respecto al cuidado prenatal y, por ende, el desenlace del embarazo.

Amato, Faneite, Rivera, & Faneite (2011) realizaron el estudio investigativo "*Morbilidad Materna Extrema*". Cuyo objetivo era el de determinar la prevalencia de casos y tipos patologías agudas obstétricas (morbilidad materna extrema). Este estudio descriptivo con corte transversal de 168 pacientes ingresadas en sala de partos; arrojó los siguientes datos estadísticos de relevancia: predominio de primigestas (39.88%), embarazos no controlados (32.62%). Las patologías más frecuentes fueron THE (60.71%), representada por pre eclampsia severa en un 58.93%, seguidas de hemorragias 32.74% y sepsis 6.55%. El 12.77% representó los nacimientos muertos.

A partir de este contexto se destacan las patologías de morbilidad extrema, directamente relacionadas con la inasistencia al control prenatal, las que en igual orden se asocian a las principales causas de mortalidad materna, generando, a su vez, consecuencias severas para el binomio madre-hijo.

Rodríguez, Fredy, Jiménez, Jiménez, Coral, Ramírez & Ramos (2014). Realizaron la investigación "*Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales*". El objetivo fue determinar qué condiciones pueden explicar la inasistencia a citas programadas de control prenatal (CPN) y evaluar si la eliminación de las barreras de acceso mejora las condiciones de salud de las gestantes. Realizaron un estudio de diseño mixto, multi-etápico, de corte prospectivo, cuyos resultados fueron los siguientes: la dificultad para el pago de transporte fue la principal barrera de acceso causante de inasistencia. Mediante la entrega de subsidios de transporte, las inasistencias disminuyeron 87 %. Los determinantes de la salud

asociados con mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales fueron: estrato socioeconómico bajo, distancia de la vivienda respecto al sitio de atención y alta puntuación en escala de riesgo biopsicosocial. Adicionalmente, factores como educación superior y sustento económico a cargo del hombre cabeza de familia, se asociaron a reducción del riesgo de complicaciones materno-fetales.

Este estudio aportó conclusiones relevantes, pues señalaron que la barrera económica, sociocultural y geográfica son factores que afectan la accesibilidad y oportuna asistencia de la gestante a sus controles prenatales. Este contexto propio de la Atención Primaria aún carece de estrategias que conduzcan a resultados óptimos en la atención materno-perinatal.

- **Antecedentes a nivel nacional:**

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud por sus siglas (ICGES) (2011) realizó una *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* por sus siglas (ENASSER). Su gran objetivo consistió en evaluar la situación materna actual. Los resultados obtenidos que aportan significancia a esta investigación se citan a continuación. La partera presta atención prenatal en 1.0% de los casos, sobre todo en el área indígena (4.7%). Solo 3.3% de las mujeres no recibe atención de salud durante la gestación.

Como bien se observa en estos resultados la parteras continúan considerándose un factor sociocultural de importancia en la atención del parto, toda vez que las mismas sean empíricas y no estén capacitadas para identificar

oportunamente riesgos durante el embarazo, los períodos del parto y puerperio consecutivamente; que les permitan generar acciones de referencia oportuna.

ICGES (2011). Al analizar los datos de la atención prenatal, de acuerdo al área de residencia y según el profesional de salud calificado que la brinda, se observa que la consulta proporcionada por un ginecólogo/obstetra ocurre con mayor frecuencia en la zona urbana, (62.6%) que en la rural (26.2%) y desciende drásticamente en el área indígena a 3.6%. La asistencia que brinda el médico general ocurre en mayor porcentaje en la zona rural (58.1%), en la indígena (49%) y en menor escala en el área urbana (34.7%). Un 11.7% de las mujeres indígenas son atendidas por la enfermera y otro 2.0% por la partera. El 18.4% de esta misma población no recibe atención prenatal. Estos resultados sustentan la necesidad técnica-administrativa que impera en el nombramiento de capital humano especialista para las áreas rurales y la comarca. Además del fortalecimiento de estrategias para la cobertura extensa del control prenatal.

Señalan también que la educación como factor socio-transcultural juega un papel determinante en acudir a este tipo de atención, ya que las mujeres con algún nivel superior de educación asisten a consultas con un especialista (ginecólogo/obstetra) en 73.4% de los casos. No obstante, las analfabetas son las que en mayor porcentaje no reciben atención prenatal.

Las gestantes que reciben menos de B/ 100.00 asisten, en más de la mitad de los casos, al médico general (58.0%); en tanto que el 93.0% de las que perciben B/ 1201.00 en adelante acuden al ginecólogo obstetra. Claramente se observa que a mayor nivel educativo e ingreso económico, la asistencia a los

controles de embarazo aumentan y la búsqueda de un especialista para la atención del mismo, también.

Según el ICGES (2011), la explicación de síntomas o complicaciones del embarazo, en forma general, se le provee en 81.3% de los casos a las encuestadas: en mayor escala, a las madres menores de 20 años (84.1%). El proporcionar información sobre los signos de alarma que pueden presentarse durante la gestación a la madre, esta actividad es responsabilidad del equipo técnico-administrativo, quienes deben generar estrategias de información, según nivel educativo de la población que atienden, a fin de favorecer en la gestante el conocimiento apropiado para la identificación de dichos signos y la consecuente toma de decisiones oportuna para su asistencia a la instalación de salud, y así evitar riesgo materno-perinatal.

Establecen además que el 98.0% de las que cuentan con estudios secundarios, paren en el sector público; las que tienen algún nivel de estudio superior dan a luz en clínicas privadas (13.2%); sin embargo, las mujeres sin educación, son las que paren a sus hijos en sus viviendas (60.2%). Estos elementos descritos sustentan la importancia con respecto a la necesidad de la existencia de las instalaciones de Salud Pública para la población asegurada y no asegurada, respectivamente, que pueda dar cobertura extensa a las gestantes, según cada caso específico, y así evitar la atención de ellas por parteras empíricas en las casas.

Zevallos (2011). Destaca en su ponencia aspectos de importancia fundamental propios del contexto epidemiológico y social de la República de Panamá, que

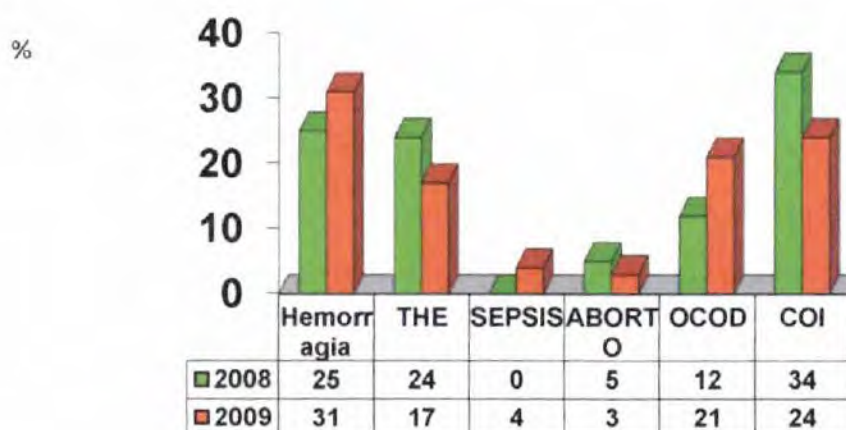
sustenta con base en cifras estadísticas este tema de estudio. Indicó que según la Contraloría General de la República (2010), la razón de mortalidad materna a nivel nacional es de:

- 60/100,000 nacidos vivos (2008), 42/100,000 (2009) y para el área rural: 90/100,000, respectivamente.

Cifras que se asociación a factores de: inaccesibilidad geográfica, recursos insuficientes, barreras socio culturales y económicas. Todos relacionados directamente con esta investigación.

Dicha razón de mortalidad materna corresponde a causas específicas directas como se ilustra a continuación en la figura 5. Ocurriendo en 24% intraparto y en 21% durante el puerperio.

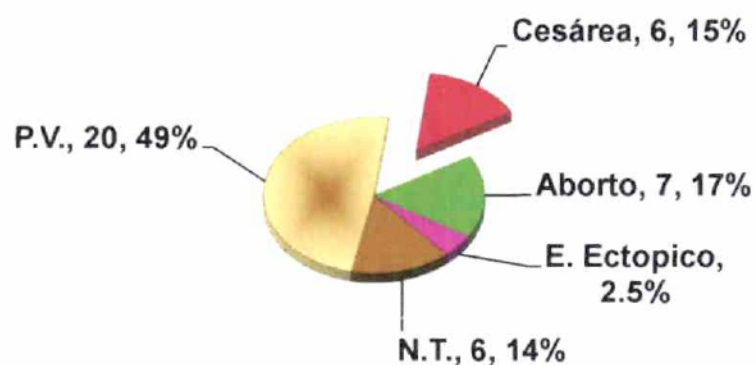
**Figura 5** Causas específicas de los factores relacionados a la mortalidad materna (2008 – 2009)



Fuente: Zevallos et al (2011) Ponencia. ¿Qué tan seguro es el embarazo en Panamá?

Zevallos (2011), consecuentemente se presenta en la siguiente figura, la distribución porcentual de mortalidad materna por modo de terminación del embarazo según estadística del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna Nacional (2003). Donde el parto vaginal es el modo de terminación de embarazo con mayor porcentaje (20.4%) de las mujeres fallecidas. Por tanto, se infiere que probablemente este grupo de mujeres necesitaron de una cesárea, la cual no fue practicada.

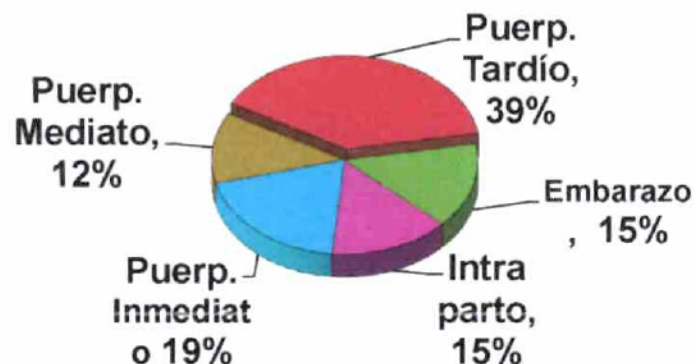
**Figura 6** Distribución Porcentual de Mortalidad Materna por Modo de Terminación del Embarazo



Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna Nacional (2003).

En la siguiente figura se observa la distribución porcentual de la mortalidad materna según momento de la defunción, donde el mayor porcentaje ocurrió en el puerperio tardío (39%), momento en que ya la paciente estaba de regreso a su hogar, por lo que debió regresar a la instalación de salud en busca de atención puerperal, generando gastos adicionales.

**Figura 7** Distribución Porcentual de la Mortalidad Materna según Momento de la Defunción.



Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna Nacional (2003).

Las implicaciones frente a este escenario corresponden de forma directa al recurso técnico-administrativo con respecto a la atención ofrecida a este grupo de mujeres o en su defecto por la asistencia de un parto en casa asistido por parteras empíricas en condiciones no apropiadas.

Otros datos significativos, según Zevallos (2011), lo constituye la tasa defunción fetal 148.6/1000 nacidos vivos (10,158), se estima 130 - 160 abortos inducidos por cada muerte materna:

- Corresponde a 5330 - 6560 casos (52 - 64%)
- 4.9% de muertes maternas asociadas a abortos (2008) 6.9% (2009).
- Sin obviar los siguientes resultados Perinatales:
- Bajo Peso al Nacer 9.1% (2008 y 2009)
- Mortalidad Neonatal 6.3 /1000
- Mortalidad Perinatal 11,7 (2008) 10,2 (2009)

Con base en toda la descripción estadística anterior, destaca la autora, un listado de recomendaciones, que desde la perspectiva técnico-administrativa influyen en la generación de aportes significativos que puedan ser utilizados en esta investigación:

- I. Enfatizar el plan de aceleramiento en:
  - Los espacios-población que más contribuyen a la mortalidad (magnitud)
  - Las causas de muerte más persistentes (trascendencia)
  - Las estrategias con mejores posibilidades de aplicación operativa, técnica y de costo (factibilidad).
- II. Brindar servicios de salud reproductiva: garantizar cuidados obstétricos esenciales y atención del parto por personal calificado
  - Revisión, actualización, elaboración de normas.
- III. Intervenciones basadas en la evidencia científica
  - Atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- IV. Área Educativa y de Consejería:
  - Programa de detección, capacitación y seguimiento de parteras tradicionales.

En conclusión, la intervención singular más importante para prevenir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal es asegurar el acceso a los servicios de salud materna, la buena calidad de la atención durante el periodo crítico del trabajo de parto y post parto. Asegurar que las mujeres de bajos recursos obtengan atención obstétrica esencial durante el embarazo, atención calificada

del parto, atención puerperal, planificación familiar post parto (y post aborto), atención adecuada del recién nacido. Afirmar acceso a la atención obstétrica integral para el manejo de complicaciones para todas las mujeres, priorizando las áreas postergadas. Zevallos. (2011).

**- Antecedentes a nivel regional:**

ICGES (2011), señala que la zona indígena es la que recibe menor información sobre los riesgos obstétricos: (38.9%), principalmente en la Comarca Ngäbe Bugle (33.7%). Estas cifras resaltan la necesidad urgente de establecer estrategias educativas entre el equipo técnico-administrativo y las autoridades de la comunidad, con el objetivo de fortalecer la información con respecto a los riesgos obstétricos, para los cuales la participación directa de cada uno de ellos es fundamental, en su identificación y conducta consecutiva.

Otro de los resultados aportados por el ICGES (2011) se relacionó con la asistencia a la consulta prenatal, según Capital Humano que les brindaba la atención; Bocas del Toro obtuvo el tercer lugar con 64.1% de casos, donde las gestantes prefirieron asistir con el médico general. La enfermera ofrece este tipo de atención en mayor porcentaje en la Comarca Ngäbe Bugle (25.7%), seguida de Bocas del Toro (15.8%) y Comarca Emberá con 15.6%. El Capital Humano de medicina general y enfermería realizan un trabajo significativo en la atención directa de la mujer gestante; no obstante, al identificar casos de alto y/o muy alto riesgo obstétrico, existe un déficit regional de especialistas para la referencia oportuna de este grupo de pacientes.

Zevallos (2011) indica que la tasa de fecundidad específica para la población indígena corresponde a:

➤ -	15 - 19	92.6
➤ -	20 - 24	136.2
➤ -	25 - 29	120.2
➤ -	30 - 34	84.9
➤ -	35 - 39	46.0
➤ -	40 - 44	12.1
➤ -	45 - 49	1.1

Observando que las mayores tasas se ubican en edades de 15 a 29 años, edad altamente productiva, donde la adolescencia tardía forma parte de la misma, constituyendo un riesgo ya establecido para el desarrollo de patologías obstétricas.

La tasa bruta de natalidad en la provincia de Bocas del Toro está en 33.9/1000 habitantes. Señala además que la razón de mortalidad materna en las áreas indígenas (2008 y 2009).

➤ NgâbeBuglé	230/100,000 nacidos .vivos.	180/100,000 nacidos .vivos.
--------------	-----------------------------	-----------------------------

Zevallos (2011), indica que todas estas cifras reflejan la seguridad de la existencia de factores que influyen de forma directa con los resultados obtenidos, donde elementos como la multiparidad, gran multiparidad, embarazos

a edades tempranas y/o avanzadas, entre otros, constituyen la plantilla de embarazos de alto riesgo, que llevan a un compromiso materno-perinatal.

Se destaca que para la escala de nacimientos en orden de 4 y más indica que para el área rural como lo es la provincia de Bocas del Toro se establece un 29.6%. Este contexto sustenta claramente el factor de riesgo de multiparidad y gran multiparidad como elemento socio-transcultural con repercusiones en la morbilidad extrema que favorece el riesgo materno-perinatal. En relación a la cobertura de control prenatal para esta misma área corresponde al 87% y 60.6% para el área indígena. Este escenario ilustra que existe un porcentaje importante que asiste al control de embarazo; sin embargo, se debe investigar si realizan un control completo, el que por norma debe cumplir con 7 controles como mínimo. No obstante, el porcentaje restante que no asiste al control de embarazo tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones materno-perinatales.

## **1.2 Formulación del problema**

La Organización Mundial de la Salud (2010), en el Informe sobre "*Tendencias de la Mortalidad Materna*" señala que el número de mujeres fallecidas por complicaciones del embarazo y el parto ha disminuido en un 34% (de 546 000 en 1990 a 358 000 en 2008). A pesar de este notable avance, la tasa de descenso anual es menos de la mitad de la necesaria para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la tasa de mortalidad materna (el número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos) en un 75%

entre 1990 y 2015. Eso requeriría un descenso anual mundial del 5,5%, mientras que el descenso medio anual actual es de solo el 2,3%.”

La Organización Mundial de la Salud (2015), señala que cada día mueren, en todo el mundo, unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Las Naciones Unidas estima que en 2015 se producirían unas 303,000 mil muertes maternas aproximadamente una defunción materna cada dos minutos, de las cuales, menos del 1% se producirán en países desarrollados y prácticamente el resto se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

La mejora de la salud materna era uno de los ocho *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto a este objetivo, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, el número de muertes maternas ha disminuido en un 43%.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2016) por su siglas (PNUD), señala que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud establecieron nuevas metas que ayuden a cumplir los actuales llamados Objetivo de Desarrollo Sostenible #3 (Salud y Bienestar), cuya base fundamental es la de lograr una cobertura social de salud que ampare la disminución de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna. Estableciendo para este último reducir la razón de muerte materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que

ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

No obstante, Panamá no escapa de las reformas al sector salud, y para muestra se establecen las reformas donde se contempla el mantenimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal a través de los comités de muerte materna y perinatal nacional, regionales/locales e institucionales, para el reporte obligatorio, la investigación y análisis de la estadística en cumplimiento del Resuelto N° 49 de 7 de Mayo de 1998, la Resolución Ministerial 093 de abril de 2001 y el Decreto Ejecutivo 268 de agosto de 2001. (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social 2015).

El distrito de Changuinola, lugar en que se ubica el Hospital Regional de Changuinola Dr. Raúl Dávila Mena y donde se desarrolla el presente estudio, constituye el único centro de referencia de la provincia de Bocas del Toro, donde llegan todos los casos referidos a nivel provincial. La Población total de la provincia de Bocas del Toro según el Censo de Población del (2010) es de 125,461 habitantes; distribuidos en sus distritos de la siguiente forma: distrito de Changuinola 98,310 habitantes, Bocas del Toro 16,135 habitantes y Chiriquí Grande 5,655 habitantes. De esta población de habitantes se desprenden las mujeres en edad fértil (MEF) que suman un total de 58,448 mujeres; que con base en el departamento de registros y estadísticas del Ministerio de Salud (2012) estiman un total de embarazadas para el 2012 de 3,735.

En la provincia de Bocas del Toro, existen cifras importantes de muertes maternas y perinatales, que se presentan a continuación en la tabla 1.

**Tabla 1 Muertes maternas y perinatales ocurridas en la provincia de Bocas del Toro, 2010-2012**

<b>MORTALIDAD</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>TOTAL</b>
Materna	6	8	2	<b>16</b>
Perinatal	60	66	24	<b>150</b>

*Fuente: Departamento de Estadística Regional de Caja de Seguro Social. Bocas del Toro.*

Fundamentado en este contexto, se estima realizar un estudio de tipo transaccional-correlacional-causal para dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores socio-transculturales, económico, de morbilidad materna extrema y técnicos-administrativos que influyeron en la mortalidad materna-perinatal, en la provincia de Bocas del Toro 2010-2012?

### **1.3 Justificación**

Las muertes maternas-perinatales han constituido a nivel de los países en vías de desarrollo como Panamá, un importante indicador de evaluación de la calidad de atención ofertada por el capital humano de salud, además de las condiciones de vida de las mujeres gestantes. Por consiguiente se identifican factores maternos y de los proveedores de salud que se relacionan de forma directa con el suceso; no obstante, es relevante resaltar que la problemática no es sencilla de resolver, se requiere de estrategias mancomunadas que

garanticen la mejora continua del proceso de atención con calidad, efectividad y eficiencia; a fin de proteger en su total dimensión el binomio madre-hijo.

Ante el planteamiento anterior, surge la iniciativa de realizar este estudio cuya importancia radica en conocer las causas verídicas según factores intervinientes en los casos de muertes maternas y perinatales ocurridas en la provincia de Bocas del Toro, a fin de contribuir con intervenciones reales para el logro del objetivo de desarrollo sostenible 3; de reducir la razón de muerte materna (RMM).

El propósito de este estudio reside en dar a conocer, con base en las pruebas estadísticas, qué Factores socio-transculturales, económicos, de morbilidad materna extrema y técnicos - administrativos Influyeron en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.

El interés del estudio se sustenta en la determinación puntual de la realidad que existe en el sector salud de la provincia de Bocas del Toro, lo que permitirá evaluar las políticas, lineamientos y estrategias de salud establecidas para los años 2010-2015, en relación a sus metas y objetivos con la realidad de la provincia de Bocas del Toro como área de difícil acceso.

Será de gran utilidad, ya que los aportes que resulten de este estudio permitirán estrategias correctivas para el cumplimiento de las normas técnicas- administrativas y protocolo de atención del programa de salud integral de la mujer (2015); además, de justificar los procesos administrativos requeridos para lograr la mejora continua en la atención ofertada al binomio madre-hijo, familia y comunidad. Los resultados obtenidos se podrán utilizar para elaborar

programas educativos dirigidos al personal de salud, a la comunidad y familias, con énfasis en las mujeres en edad fértil.

Es novedoso porque, aunque se han realizado estudios a nivel internacional, se han encontrado vacíos en relación a investigaciones a nivel nacional que indaguen con respecto a las muertes maternas-perinatales.

#### **1.4 Objetivos:**

##### **1.4.1 General**

- Analizar los factores socio-transculturales, económicos, de morbilidad materna extrema y técnicos-administrativos que influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.

##### **1.4.2 Específicos:**

- Determinar los factores socio-transculturales y económicos basados en la teoría transcultural de la teórica Madeleine Leininger y que influyeron en la Mortalidad Materna-Perinatal.
- Clasificar las morbilidades extremas maternas directas y los factores técnicos administrativos que intervinieron en la Mortalidad Materna-Perinatal.
- Corroborar el cumplimiento de las normas técnicas- administrativas y protocolo de atención del programa de salud integral de la mujer, con base en la atención materna-perinatal.

- Resumir los factores de riesgos a los cuales se exponen el binomio madre-hijo, familia y comunidad al incumplir las normas de atención del control prenatal.
- Proponer estrategias para el mejor cumplimiento de las normas de salud de atención de la gestante, con base en los hallazgos del estudio.

### **1.5 Hipótesis de trabajo**

**H1:** Los factores socio-transculturales familiares influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**Ho1:** Los factores socio-transculturales familiares no influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**H2:** Los factores económicos familiares influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**Ho2:** Los factores económicos familiares no influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**H3:** Las morbilidades maternas extremas directas influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**Ho3:** Las morbilidades maternas extremas directas no influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**H4:** Los factores técnicos – administrativos gineco-obstétricos influyen en la mortalidad materna-perinatal.

**Ho4:** Los factores técnicos – administrativos gineco-obstétricos no influyen en la mortalidad materna-perinatal

## 1.6 Esquema de variables y subvariables.

### Variables Independientes

#### 1. Factores Socio-Transculturales: familiares de la gestante

- Nivel de educación
- Estado civil
- Inaccesibilidad geográfica
- Edad materna
- Paridad
- Partos sin control prenatal

#### 2. Factores Económicos familiares de la gestante

- Economía familiar

#### 3. Factores de Morbilidad Extrema

- Trastornos Hipertensivos del embarazo
- Hemorragias
- Infecciones
- Complicaciones en el parto
- Complicaciones en el Puerperio

#### 4. Factores Técnico-Administrativos Gineco-obstétricos

- Talento humano de Enfermería y Médico Gineco-Obstetra
- Disponibilidad de insumos obstétricos
- Normas y protocolos de atención obstétrica

Variable  
Dependiente

Muertes  
Maternas  
Y  
Perinatales

### 1.7. Definición de variables

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
Factores Socio-Transculturales familiares	(González, López, Zapata, Cala & Dolouh, 2001) Agentes, características o circunstancias propias de la familia y de la mujer embarazada relacionados entre sí de acuerdo a determinadas reglas que reciben, comparten, y adoptan un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas, para formar el panorama total en que se desarrolla el fenómeno epidemiológico de las enfermedades.	Elementos identificados en el instrumento de captura de la información relacionados a la gestante y su familia como el estado civil, religión, origen étnico asistencia de partos en casa, educación, procedencia, prácticas en salud, que caracterizan las variable socio-transcultural de la gestante y su familia que influyen en la aparición de morbilidades extremas como son los trastornos hipertensivos del embarazo, embarazo complicado, Hemorragias, infecciones y abortos complicados.	<p>Nivel de educación: % de gestantes alfabetizadas:</p> <p>Estado Civil: % de gestantes unida-casada y/o soltera.</p> <p>Vías de acceso a los servicios de salud: % de situaciones de inaccesibilidad geográfica.</p> <p>Procedencia.</p> <p>Edad Materna: % de gestante con edad extrema.</p> <p>Gestaciones: % de paridad de las gestantes.</p>	<p>Observación directa: Revisión de expedientes clínicos.</p> <p>Hoja de agrupación de datos.</p>

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
			<p>Historia clínica perinatal Base: % de gestante con control prenatal óptimo.</p> <p>Condiciones físicas de las viviendas: materiales de construcción.</p>	

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
Factores Económicos familiares	Estebanez, (2005) Actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía en una persona o familia de la gestante, para satisfacer las necesidades humanas, como la alimentación, vestido, salud entre otras.	Nivel de ingresos familiar y de las mujeres gestantes fallecidas y de las madres de los perinatos fallecidos, con características de vulnerabilidad, pobreza, analfabetismo y precariedad.	Economía familiar, actividad económica familiar, formas de ingreso y aportes económicos familiares: N° de gestante con nivel económico bajo-medio-alto	Observación directa: Revisión de expediente. clínico: .Hoja de agrupación de datos.

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
Morbilidad Extrema	Barbosa, Morales, Amezcua, & Martínez (2016) Complicación	Patologías obstétricas directas como los Trastornos	Morbilidades maternas extremas Directas:	Observación directa. Revisión de expediente.
	obstétrica severa ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna.	Hipertensivos del embarazo, hemorragias, partos obstruidos, infecciones y abortos complicados, que constituyen complicaciones obstétricas del estado del embarazo, parto, puerperio o de intervenciones no realizadas, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de	% de causas específicas directas:  % Trastornos hipertensivos del embarazo.  % Abortos  % Sepsis % Complicaciones en el parto.  % Complicaciones en	clínico: Diagnóstico de ingreso.  Diagnóstico de egreso en certificado de defunción.  Hoja de Agrupación de datos.

		dichos acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas.	el Puerperio.  % Hemorragias.	
--	--	--	-------------------------------------	--

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones e indicadores</b>	<b>Técnicas e instrumentos de control</b>
Técnicos- Administrativos Gineco- obstétricos	Caja de Seguro Social, (2016). Persona que posee conocimientos de determinadas herramientas físicas o intelectuales del área Obstétrica y que colabora en la atención de la gestión de la organización para hacer factible las actividades que se realizan según Normas Obstétricas que son las que le permiten ejecutar y aplicar el	Capital Humano de salud con conocimientos específicos del área obstétrica.  Capital humano asignado a cargos de atención obstétrica.	<b>Capital Humano de Enfermería:</b>  % de Capital Humano de Enfermería especialista en ginecoobstetricia.  % de Capital Humano de Enfermería especializándose en	<b>Encuesta Unitaria:</b>  Entrevista a profundidad para los siguientes grupos:  Enfermeras Técnicos en Enfermería Jefa de Enfermería Institucional y del Hospital regional de Changuinola.  Directora Médica Institucional de la Caja de

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
	conocimiento en la atención Materna-Perinatal.		<p>ginecoobstetricia.</p> <p>Dotación de Capital Humano de enfermería ideal versus el real.</p> <p>% de Capital Humano de Enfermería supervisoras clínica de sala de Maternidad.</p> <p><b>Capital Humano de Médico GinecoObstetra:</b></p>	<p>Seguro Social y Ministerio de Salud.</p> <p>Administrador (a) Regional Administrador del Hospital Regional de Changuinola</p> <p>Epidemiólogos Regionales de la CSS y MINSA</p> <p>Médicos Ginecólogos del Hospital Regional de Changuinola.</p>

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
			<p>% de Capital Humano Médico especialista en ginecoobstetricia.</p> <p>% de Capital Humano de Médicos internos.</p> <p>% de Capital Humano de Médico especialista en ginecoobstetricia encargado en los turnos 7am – 3pm, 3pm -11pm y 11pm – 7am en</p>	

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
			<p>sala de maternidad.</p> <p>Disponibilidad de insumos según área de atención.</p> <p>N° de camas según área de diagnóstico.</p> <p>N° de ambulancias disponibles por turnos diarios de 7am – 3pm, 3pm - 11pm y 11pm – 7am</p>	

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
			<p>N° de doppler existentes en sala de maternidad.</p> <p>N° de monitores materno-fetales existentes en sala de maternidad.</p> <p>N° de bombas de infusión existentes en sala de maternidad.</p> <p>N° de incubadoras abiertas</p>	

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
			<p>existentes en sala de neonatología.</p> <p>N° de incubadoras cerradas existentes en sala de neonatología.</p> <p>N° de incubadoras cerradas de transporte existentes en sala de neonatología.</p> <p>N° de normas técnico</p>	

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
			administrativa de Atención Integral de la Mujer existentes en sala de maternidad. N° de normas Atención de complicaciones obstétricas existentes en sala de maternidad.	

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones e indicadores	Técnicas e instrumentos de control
Mortalidad Materna-Perinatal	Organización Mundial de la Salud et al (2009) define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".	Toda muerte materna ocurrida durante el embarazo, parto o 42 días después del parto por causas directas relacionadas al embarazo.	<b>Muertes maternas:</b>  % de muertes maternas por causas directas.  % de muertes maternas por causas indirectas.  % muertes maternas según modo de terminación del embarazo.  % de muertes	Observación directa:  Revisión de expedientes clínicos:  Certificado de Defunción de muertes maternas y muertes perinatales.  Certificados de Autopsia verbal.  Hoja de agrupación de datos.

	<p>Señalan que la mortalidad perinatal es toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de 7 días.</p>	<p>Muertes fetales intraútero desde las 28 y más semanas de gestación hasta los 7 días de nacidos.</p>	<p>maternas según momento de la defunción.</p> <p><b>Muertes perinatales:</b></p> <p>% de óbitos fetales</p> <p>% muertes neonatal menor de 7 días.</p>	
--	--	--	---	--

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

## **2.1. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Madeline Leininger**

Marriner & Raile (2006). Señalan en el libro de Modelos y Teorías de Enfermería que Madeleine Leininger autora de la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales nació en Sutton, Nebraska, el 13 julio de 1925, diplomándose como Enfermera en 1948 en el St. Anthony's School of Nursing, en Denver.

Describen que Leininger se basó en la teoría Antropológica y la Ciencia, para el desarrollo de su teoría desde la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás. Por tanto, desde la perspectiva de esta teoría se analiza el factor socio-transcultural del presente estudio, considerando los conceptos básicos desarrollados por la autora.

En consecuencia Leininger plantea que el objetivo principal es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosos, se adapten a ellas, y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, familia o el grupo cultural; que en el campo de los fenómenos obstétricos cobran relevancia particular aquellos relacionado con el grupo étnico, educación, idioma, religión, prácticas de salud, entre otras.

Marriner & Raile (2006) describe 17 conceptos relevantes que a continuación se desarrollan con base en el análisis de los factores socio-transculturales desarrollados en esta investigación.

➤ **Cuidar (Sustantivo) Ciclo Vital de la Mujer:** La Enfermera (o)

debe contribuir con la coherencia y cohesión del conocimiento del **Ciclo Vital de la Mujer de la etnia Ngäbe y Bugle**, que por su condición de transculturalidad correspondiente a prácticas propias en su salud, idioma, economía familiar baja, analfabetismo, entre otras; que no favorecen el desarrollo los cuidados oportunos de su ciclo vital como mujer. De ello resulta admitir la necesidad de generar la docencia, asistencia y la investigación como elementos que ayuden a redefinir la práctica clínica y la identidad asistencial de la profesión, hacia este grupo étnico.

- **Cuidar (Verbo) Rol de la Mujer Ngäbe y Bugle al espacio hogareño:** Aislamiento físico de las mujeres Ngäbe y Bugle. El liderazgo ejercido por la Enfermera, promueven los valores éticos y garantiza la aplicación de un cuidado humanizado, integral, continuo y de calidad centrado en las necesidades de la gestante, su familia o colectivo; representado en este caso particular por la asistencia de la gestante a los controles prenatales y a las instituciones de salud para la atención del parto.
- **Cuidados culturales:** El valor que emita la Enfermera (o) en relación a la importancia que para ellos revisten los valores, creencias y modos de vida de este grupo étnico, favorecerá la oportunidad de acercamientos de este grupo de mujeres a la asistencia de salud.
- **Universalidad de los cuidados culturales** Solo el Sukia quien según Beckford & Mayas, (2005 ) es el médico de la cultura Ngäbe y Bugle responsable de retornar el alma del enfermo al cuerpo. El reconocimiento

de las expresiones, el contexto, los valores culturales, éticos, entre otros y la adaptación pertinaz y oportuna que ejecutemos como Enfermeras (os) es donde se encuentra el cuidado integral, holístico y trascendental de la cultura Ngâbe Buglé.

- Dimensiones culturales y estructuras sociales (Analfabetismo, Movimiento Social Religioso Mamá Chi que consideran el sistema médico como un sistema cultural): Aplicado al analfabetismo característico de este grupo étnico, con expresiones como “no sabe, no entiende”, y hemos impuesto nuestro saber violentando al que en apariencia deseamos cuidar, Leininger invita a la Enfermera (o) a establecer y recrearnos en la ética dialógica para construir un verdadero cuidado de la salud y la vida.
- CULTURA es considerado jefe de hogar (quien manda) el hombre: Los Planes de estudio de la Facultad de Enfermería carecen de una asignatura que fundamente el desarrollo cultural de grupos étnicos del país, que faciliten el conocimiento de sus valores, creencias, normas y estilos de vida; contexto que da sentido y coherencia a la ejecución de la teoría, la práctica y la investigación en Enfermería.
- Diversidad de los cuidados culturales: Es muy interesante y vale la pena trascender en enfermería, al transformar tanto la enseñanza – aprendizaje de la profesión, y al transformar las condiciones en que se brinda la salud y el bienestar, al influir en las actuales condiciones y calidad de vida de la población por acción no por omisión, al promover el desarrollo de la

profesión al aportar mediante la misma aplicación, seguimiento e investigación que este proceso genere.

- Etnoenfermería La Bicho, según Beckford et al (2005) representa la cuidadora responsable de la atención de las mujeres de la etnia Ngäbe y Bugle: El cuidado crea espacios en donde todo se junta: la gente y los eventos se conectan, se tocan unos con otros en formas duraderas para gratificación y crecimiento mutuo. Las interacciones de cuidado tienen como resultado una posición sinérgica y una forma trascendente de estar por eso cada encuentro con nuestro clientes puede ser un manantial inagotable de posibilidades transformadoras, haciendo evidente en las más simples y pequeñas cosas, nuestros actos de cuidado si entendemos, amamos y valoramos lo que sabemos, somos y representamos como enfermeras.

Marriner & Raile (2006) señalan que la teórica Leininger describe otros conceptos cuyo fin es el de complementar los 8 conceptos anteriores que se han analizado y que en su totalidad suman 17. Los conceptos que a continuación se listan fortalecen la dirección del proceso de la Atención de la Enfermera (o), con trayectoria transcultural, para guiar la práctica clínica hacia este grupo étnico en particular.

- Visión del mundo: La enfermera (o) debe aprender a identificar las diferencias que pueden ser apreciables en los valores y modelos de cuidados culturales de los grupos étnicos, estos se traducen en las mejores expectativas para la atención de la práctica de enfermería.

- **Etnohistoria:** Los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de las mujeres de la etnia Ngäbe Bugle se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.

Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.

Marriner & Raile (2006). Afirma que toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas. Ellas requieren de un conocimiento por la Enfermera (o) para garantizar los Procesos Asistenciales de la práctica clínica.

- **Sistema (s) asistencial (es) profesional (es):** Las mujeres de la etnia Ngäbe Bugle que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción tensión y preocupaciones éticas o morales, las que limitaran su asistencia subsecuente a los servicios de salud.
- **Conservación o mantenimiento de los cuidados Culturales:** La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo, con base en sus valores y creencias.

- Adecuación o negociación de los cuidados culturales: Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina.

Marriner & Raile (2006), finaliza con los 2 últimos conceptos descritos por Leninger; “*El rediseño o reestructuración de los cuidados culturales*”: Se resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales para después contrastarlo con los factores éticos (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería. Respetando los valores culturales y las creencias de dichos grupos étnicos y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechosa que el anterior.

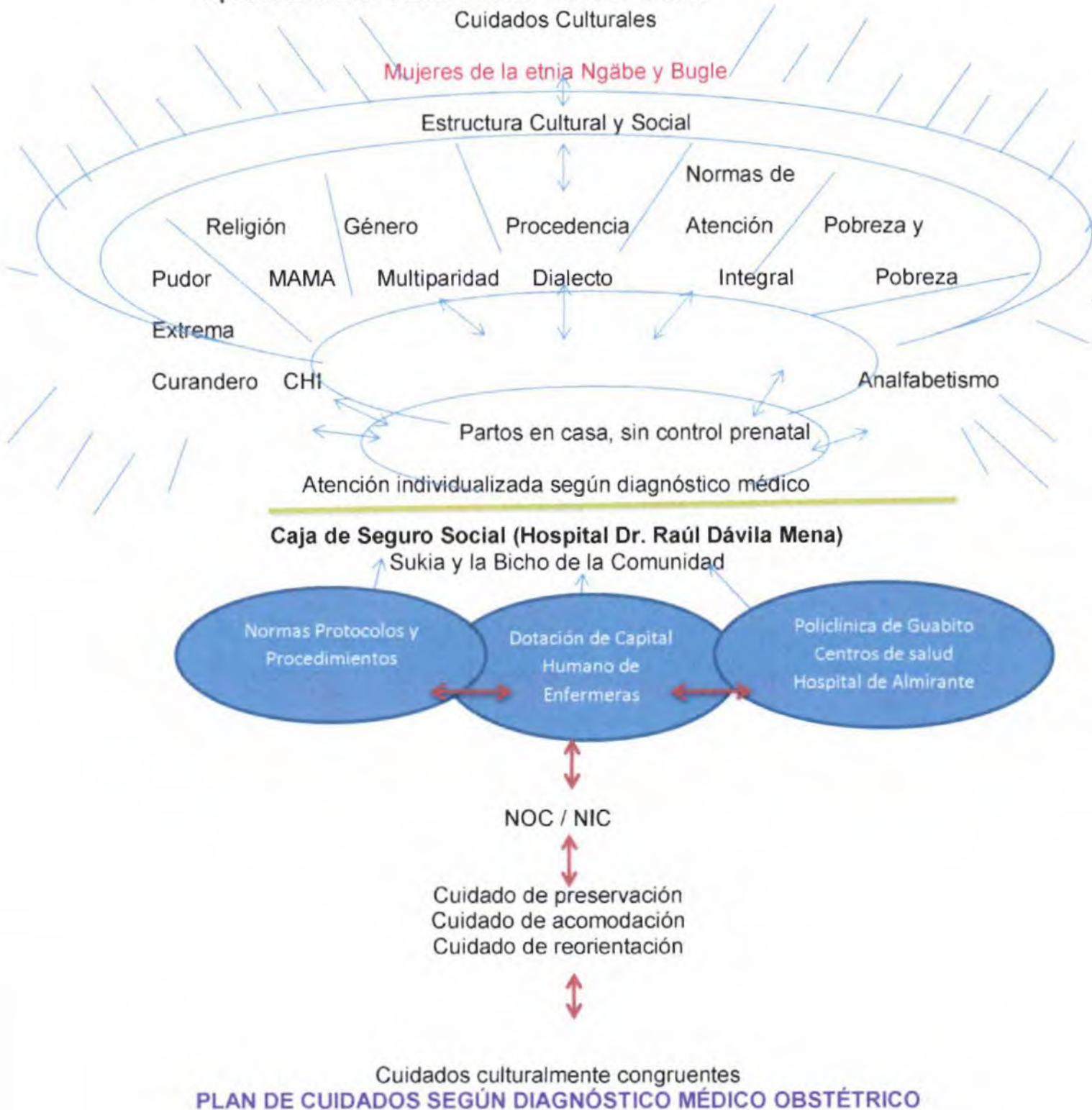
- Cuidados (de enfermería) coherentes Culturalmente: La enfermera debe actuar como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales, para apoyarse en tres clases de asistencia que le permitan predecir las acciones y decisiones de enfermería dentro de la teoría; la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y / o negociación de estos cuidados y el rediseño y / o reestructuración de los mismos. Este último ilustrado por el modelo del sol naciente, que describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias

culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental.

Marriner & Raile (2006). Adicionalmente Leininger señala que según las fuentes teóricas utilizadas, la Enfermería debe tener presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basadas en estilos de vidas según su cultura, para así conseguir una atención enfermera efectiva, satisfactoria y coherente con la cultura. En caso de que las practicas enfermería no reconocieran los aspectos de los cuidados culturales, reflejados en las necesidades humanos, estaríamos ante unas prácticas enfermeras menos beneficiosas y eficaces e incluso seríamos testigo del descontento, por los servicios de enfermería lo que limita la recuperación de la salud y el bienestar.

Marriner & Raile (2006). A continuación se ilustra con base en los Factores Socio-Transculturales el Modelo del Sol Naciente creado por Leininger desde la perspectiva de los elementos filosóficos de la teoría. Como instrumento valioso permite agrupar los diversos elementos y componentes de la teoría a fin de realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura estudiada.

**2.2. Modelo del Sol Naciente y Elementos Filosóficos de la Teoría Aplicados a los Factores Socio-Transculturales**



La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores como el analfabetismo, religión, género, procedencia, curandero, Mama Chi, multiparidad, dialecto, pobreza, pobreza extrema, normas de atención intergarl. influyen en la toma de decisiones de la gestante para su cuidado logrando la inasistencia a sus controles prenatales y los partos en casa. Los sistemas enfermeros se encuentran en la parte central del modelo, y su intervención dependen del diagnóstico médico.

Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo, que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud de este grupo cultural.

Según Marriner & Raile (2006) en esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros:

- Preservación-mantenimiento de los cuidados culturales.
- Adaptación-negociación de los cuidados culturales.
- Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

Lo cual significa que la Enfermera (o) demandará establecer alianzas con los cuidadores (el Sukia y la Biicho) que por historia son responsables de la salud de estos grupos originarios; a fin de que una vez apoyado en las Normas de Atención y de Protocolos de la Salud Integral de la Mujer pueda el Capital Humano según la dotación de recurso humano existente dirigir sus intervenciones hacia las Unidades Ejecutoras de Atención Primaria en Salud y

lograr de forma mancomunada una Atención oportuna, eficiente y eficaz al trinomio madre-hijo-familia.

A su vez Marriner & Raile (2006) indica en la teoría de Leininger que los seres humanos como personas no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, por tanto como un principio fundamental de la teoría de Leininger, los cuidados Enfermero (a) deben ser programados de forma congruente con la cultura, considerando cada uno de los 17 conceptos analizados anteriormente.

Para finalizar Marriner & Raile (2006) enfatiza varios supuestos que utilizados como referencia guían la práctica de Enfermería con base en los objetivos e intervenciones hacia un cuidado ético; así cita Leininger en su teoría los siguientes supuestos:

- La enfermería transcultural es una disciplina y una profesión de los cuidados humanísticos y científicos, cuyo principal objetivo es servir a los individuos, grupos, comunidades, sociedades e instituciones.
- Cada cultura humana tiene conocimiento y practica de los cuidados genéricos (profanos, tradiciones o indígenas) y, normalmente, conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales, que varían de forma transcultural e individual.
- Los cuidados enfermeros basados en la cultura que son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyen al bienestar de las personas, familias, grupos y comunidades dentro del entorno y de sus contextos.

- Los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles mostrarán signos de conflictos culturales, prácticas de imposiciones culturales, estrés y dolor sensible.

### **CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL**

### 3.1. Generalidades de la mortalidad materna

González et al. (2013). La mortalidad materna – perinatal es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo y de un feto intraútero hasta la primera semana de nacido.

Según Faneite (2008), la mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables. A partir de este contexto se sustenta la elaboración de estrategias establecidas en las Normas de Atención de la mujer gestante, que conduzcan con base en principios científicos los mecanismos de acción directa al binomio madre-hijo que garanticen la calidad de la atención, con el mínimo posible de riesgos.

Las Naciones Unidas en su informe del (2008) señalan que desde los años de 1950, se han realizado avances científicos a nivel mundial que garantizan la prevención oportuna de la mortalidad materna-perinatal; a la vez indican que se identifican descensos significativos en muerte materna y perinatal a nivel global; de 526,300 en 1980 hasta 342,900 en el 2008. No obstante, es importante destacar que menos del 1% de estas muertes suceden en países desarrollados, constituyendo los países en vías de desarrollo los que mayor desventaja presentan en relación al diagnóstico y atención oportuna para este grupo poblacional.

### 3.1.1. Mortalidad materna-perinatal

Las Guías para la Vigilancia de la Mortalidad Materna-Perinatal (MINSAL. 2007) en su contenido definen muerte materna con base en las siguientes especificaciones:

- Probable Muerte Materna: Toda muerte de una mujer en edad fértil con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento.
- Muerte Materna Confirmada: Toda muerte de una mujer en edad fértil, en la que la investigación determine que fue causada directa o indirectamente por embarazo, parto, sus complicaciones o su manejo, cuya muerte ocurrió hasta un año después del evento obstétrico.

Toda muerte de una mujer en edad fértil, con historia de haber estado embarazada en los 42 días antes de su fallecimiento y cuya muerte no puede ser investigada.

Respecto a la muerte perinatal señalan:

- Muerte Perinatal I: Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de 7 días.

Para los efectos de este estudio investigativo, se utilizará la definición de Muerte Materna Confirmada y Muerte Perinatal I.

En torno a esta definición, es relevante indicar que se excluyen las muertes maternas por envenenamiento, homicidios y/o accidentes; ya que para ser consideradas directas deben estar estrechamente relacionadas con el

proceso del embarazo, parto, puerperio o de la atención recibida durante este período. En tanto, el período perinatal contempla además la vigilancia de muertes ocurridas en el período neonatal tardío (7 a 28 días), pero que las causas del deceso sean atribuidas a eventos ocurridos en el período perinatal propiamente establecido.

La Organización de las Naciones Unidas (2008) señala que a nivel mundial aproximadamente el 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas, siendo las cuatro principales causas de mortalidad materna hemorragias (generalmente en el puerperio) 25%, infecciones (septicemia) 15%, trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente eclampsia) 12%, parto obstruido 8%, entre otras como abortos peligrosos (13%) y otras causas directas (8%) respectivamente. El 20% de causas indirectas corresponden a enfermedades que agravan o complican el embarazo como paludismo, anemia, VIH-SIDA, enfermedades cardíacas, entre otras.

De igual forma se establece que las muertes en el período perinatal resultan principalmente por asfixia, distrés respiratorio, infección o malformaciones congénitas. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) en el informe de análisis poblacional de la mortalidad perinatal, describen que a nivel mundial las malformaciones congénitas, las complicaciones relacionadas con el embarazo como la placenta previa o el *abruptio*, las complicaciones relacionadas con el parto como la asfixia y el trauma y las enfermedades infecciosas son las causantes de la mayoría de las

muerres perinatales en los países en vías de desarrollo, pero en muchos de ellos una alta proporción de muertes perinatales quedan sin diagnóstico debido a la no realización o realización inadecuada de las autopsias.

A continuación la Figura 8 nos presenta las muertes perinatales por áreas geográficas en América Latina:

**Figura 8** Muertes Perinatales por áreas Geográficas en América Latina

Área geográfica	Número anual de muertes perinatales	Razón de mortalidad perinatal x 1.000 nacidos vivos
Suramérica y México	207.753	21,4
Centro América	39.107	35,1
Caribe Latino	33.782	52,8
Caribe no Latino	3.967	33,9
<b>Total</b>	<b>284.409</b>	<b>24,6</b>

*Fuente: Centro Latinoamericano Perinatal (CLAP) - OPS/OMS octubre 2003.*

**El CLAP - OPS/OMS (2003)** indican que cada año se presentan 8 millones de muertes perinatales en el mundo, la mitad antes del nacimiento, 2.9 millones antes de los siete días de vida y 1.1 millones entre los días 7 y 28 día de vida. El 98% de ellas ocurren en los países en vías de desarrollo. En América Latina y el Caribe existen grandes diferencias en las cifras de mortalidad perinatal. Según las últimas cifras oficiales de la OPS, del año 2003, que se ilustra en la figura anterior, refleja las diferencias de recursos y condiciones de vida de las diferentes regiones de América y Caribe Latino, escenario que pone de manifiesto el déficit de la atención en los países en vías de desarrollo.

La OMS en conjunto con la UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial elaboraron el informe de mortalidad materna (2005). En el mismo indican que diariamente mueren 1,500 mujeres por complicaciones del embarazo y del parto. Calculando que para el año de la presentación del informe (2005) hubo 536,000 muertes maternas en todo el mundo. Siendo la mayoría de esas muertes ocurridas en países en vías de desarrollo (99%), las cuales, en una amplia medida, pudo haber sido evitadas.

Destacan además, que la mejora de la salud materna es uno de los ocho *Objetivos del Desarrollo del Milenio* por sus siglas (ODM) adoptados por la Comunidad Internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la *Razón de Mortalidad Materna* (RMM) en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5%. No obstante, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2016) establece un proyecto necesario para impulsar la transición de los ODM hacia la sostenibilidad. Por tanto, el 11 de septiembre de 2012, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobaba la Resolución 66/288. "El futuro que queremos". El Programa de las Naciones Unidas et al (2016) indica que los objetivos de desarrollo sostenible también conocidos como objetivos mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Estos 17 objetivos se basan en los logros de los objetivos de desarrollo del milenio y están interrelacionados, con frecuencia la clave del éxito de uno involucrará las cuestiones más

frecuentemente vinculadas con otro. Así es, que el ODM #4 y #5 actualmente está inmerso en el objetivo de desarrollo sostenible #3 de bienestar y salud.

La mayoría de las muertes maternas son evitables en un amplio margen, Vantroy et al (2003) identifica la relación directa entre la gestante y los proveedores del servicio de salud, como determinantes principales para el impedimento de las muertes maternas-perinatales, llamadas las cuatro demoras:

- Demora #1: Gestante (En reconocer que tiene un problema)
- Demora #2: Gestante (En decidir sobre la búsqueda de atención)
- Demora #3: Gestante (En llegar al servicio de salud)
- Demora #4: Proveedor de Salud (En ofrecer un adecuado tratamiento en el servicio de salud)

Siendo esta última demora a la que se le atribuye el mayor grado de responsabilidad, aplicables a las condiciones siguientes; demora en el manejo o tratamiento, establecimiento sin capacidad resolutive, manejo inadecuado de la emergencia obstétrica y falta de seguimiento puerperal. Elementos que se circunscriben a las principales causas de muerte materna-perinatal.

A continuación en la figura 9 se agrupan con base en la clasificación de muertes intraútero, perinatal temprana y tardía, las estadísticas mundiales registradas por la CLAP-OPS/OMS (2003) a nivel mundial.

**Figura 9** Causas de Muertes Perinatales en el Mundo

<b>Mortalidad perinatal</b>		
<b>Muertes intrauterinas</b> (28 semanas hasta parto)	<b>Muerte neonatal temprana</b> (0 a 7 días)	<b>Muerte neonatal tardía</b> (8 a 28 días)
<b>Mortinatos "frescos"</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asfixia intraparto</li> <li>• Parto pretérmino</li> <li>• Malformaciones</li> </ul>	<b>Asfixia y trauma al nacimiento</b>	<b>Infecciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepsis</li> <li>• Meningitis</li> <li>• Tétanos</li> <li>• Infección respiratoria</li> <li>• Diarrea</li> </ul>
<b>Mortinatos macerados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección</li> <li>• SHAE</li> <li>• Abrupeo de placenta</li> <li>• Malformaciones</li> <li>• Diabetes materna</li> <li>• Postérmino</li> </ul>	<b>Infección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis</li> <li>• Meningitis</li> <li>• Tétanos</li> <li>• Infección respiratoria</li> <li>• Diarrea</li> </ul>	<b>Malnutrición</b>
	<b>Complicaciones de la prematurez</b>	<b>Infanticidio</b>
	<b>Malformaciones</b>	<b>Negligencia</b>
	<b>Estimado anual:</b>	
4 millones	2.9 millones	1.1 millón

Fuente: CLAP - OPS/OMS octubre 2003.

Esta figura permite la oportunidad de un marco lógico de análisis que complemente y proporcione información al equipo de gestión de salud para diseñar estrategias más cónsonas con el perfil epidemiológico de acuerdo a la región de salud según niveles de atención, con miras a la disminución y erradicación de la mortalidad materna-perinatal.

### **3.2. Normas técnico-administrativas de atención integral a la mujer**

Las Normas de Salud Integral de la mujer (2007) comprenden una serie de procedimientos e indicaciones dirigidas a todos los niveles que tiene que ver en la oferta de servicios a nivel nacional. Está diseñada para que sirva como instrumento útil, no sólo en la consulta diaria de nuestras usuarias sino también para las intervenciones de urgencia en áreas más apartadas, en donde no se cuenta con unidades de segundo o tercer nivel de atención. Empero hoy día se cuenta con las Normas Técnicas-Administrativas y Protocolo de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer MINSA-CSS (2015), que en su propósito establece el mejoramiento y la protección de la salud sexual y reproductiva, mediante acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, basadas en la evidencia científica, con enfoque de género e interculturalidad, que conlleva al desarrollo integral de la mujer, su pareja e hijos, la gestante y el recién nacido y se proyecte hacia el bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto.

Entre uno de sus objetivos generales destaca el de ofrecer las acciones dirigidas a lograr la cobertura universal y la atención calificada de las mujeres, antes y durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; en uno de los específicos está el de ofrecer atención integral, temprana, periódica y oportuna en base a la evidencia científica y recomendaciones actuales, con amplia cobertura de mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. Ambos dirigidos hacia el binomio madre-hijo.

Se hace necesario indicar que el trabajo en equipo para la atención de la mujer gestante constituye, en gran medida, la clave para el éxito en la atención, el mismo está integrado por médicos internos, generales y especialistas, enfermeras generales y especializadas, técnicos de enfermería, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores para la salud, ayudantes de salud, técnicos de laboratorio, técnicos y auxiliares de registros médicos, inspectores de saneamiento ambiental, secretarias, personal de aseo y otros funcionarios administrativos y técnicos de acuerdo a los recursos existentes en cada instalación de salud.

Los diversos integrantes del equipo tienen funciones y actividades definidas que les permiten participar de forma coordinada para el logro de los objetivos del Programa citados con anterioridad. Con este equipo y el cumplimiento de los roles previamente establecidos, se promueve una política de integración funcional de los servicios y disciplinas para obtener un rendimiento óptimo técnico-administrativo.

Las Normas Técnicas-Administrativas y Protocolo de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer MINSA-CSS (2015), cita de forma precisa que la atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido, tomando en cuenta las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Esta atención considerará los factores de riesgo, el concepto de género e interculturalidad, el concepto de humanización

de la atención y sus efectos en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

### **3.2.1. Control de embarazo**

De acuerdo a lo descrito en las Normas Técnicas-Administrativas y Protocolo de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer del MINSA-CSS (2015), con el control prenatal se persigue la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza; la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de las complicaciones del embarazo; vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal; detección de enfermedades maternas subclínicas; eliminación del tétano neonatal y del síndrome de rubeola congénita; prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis; disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo; preparación psicofísica para el nacimiento y la promoción de la lactancia materna exclusiva.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con requisitos básicos que garanticen la salud del binomio madre-hijo, constituyéndose en un indicador importante de asociación directa con la calidad de la intervención obstétrica, de acuerdo al recurso técnico responsable de la atención de la mujer gestante, tanto por la captación no oportuna de la gestante, como por la asistencia de la gestante en los servicios de salud; pero cuya atención no contribuyó a identificar de forma pertinente los signos de alarma y riesgos asociados a la gestación; así como se ha descrito en este estudio.

Fescina, De Mucio, Díaz, Martínez, & Durán (2011) en la "*Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido*", focalizada en Atención Primaria en Salud (APS), indican que el control prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- **Precoz:** la primera visita debe realizarse tempranamente; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control.
- **Periódico:** la frecuencia de los controles prenatales varían según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Las mujeres con embarazo de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (entre 4y6) que las de alto riesgo.
- **Completo:** los contenidos mínimos del control prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Amplia cobertura:** en la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

Es importante destacar que la Captación de embarazo según MINSA-Caja de Seguro Social (2015) al igual que el control prenatal requiere de

las características según existencia de riesgo identificado en cada gestante, como se describe en el siguiente cuadro:

**Tabla 2 Características de la Atención Según Grado de Riesgo**

<b>Nivel de Riesgo</b>	<b>Nivel de Atención</b>	<b>Tipo de institución</b>	<b>Tipo de Personal</b>	<b>Tecnología</b>
Bajo Riesgo	Primario	Puesto de Salud Sub-Centro de Salud Centro de Salud Policentro ULAP Policlínica	Ayudante de Salud Auxiliar de enfermería Enfermera General Enfermera Obstetra Médico General Gineco- Obstetra Odontólogo Nutricionista Trabajador Social	Método clínico y de laboratorio
Alto Riesgo (A.R.) Muy Alto Riesgo si se cuenta con los recursos	Secundario	Centros de Salud Policentro, Policlínica, Clínicas de Alto Riesgo, Hospitales Regionales con Especialista	Enfermera Obstetra Gineco- Obstetra Pediatra Otros Especialistas	Métodos clínicos y de Laboratorio Mayor complejidad tecnológica Ultrasonido, Monitor fetal Colposcopio Mamógrafo
Muy Alto Riesgo (M.A.R.) (Aquellos casos no manejables en el nivel anterior)	Terciario	Hospitales Nacionales con especialistas y condiciones adecuadas para la atención. Otros Centros	Enfermera Obstetra Enfermera Pediátrica Gineco-Obstetra Pediatras, Neonatólogos Oncólogos Otros especialistas	Métodos clínicos, Electro-bioquímicos y otros de mayor complejidad Equipo de alta tecnología

Nivel de Riesgo	Nivel de Atención	Tipo de institución	Tipo de Personal	Tecnología
		Especializados ej. Instituto Oncológico Nacional		

*Fuente: Normas de Salud de Atención Integral de la Mujer (2007)*

En la tabla anterior, se categoriza la atención integral de la mujer en cada uno de sus procesos reproductivos, específicos para la mujer gestante que buscan alcanzar una atención eficiente, efectiva, eficaz y con calidad que garantice la salud del binomio madre-hijo; apoyada por estrategias específica de reducción de la mortalidad materna-perinatal; como se establecen a continuación:

- Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas y reforzar la capacitación del equipo de salud en aspectos de salud materno-perinatal.
- Extender las coberturas y la captación temprana de la embarazada, así como la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Asegurar la identificación del alto riesgo obstétrico y perinatal y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.
- Establecer consultas o clínicas de embarazo de alto riesgo obstétrico y perinatal en los hospitales regionales y nacionales, policlínicas y centros de salud seleccionados, que cuenten con el necesario recurso especializado y tecnológico.

- Reforzar la calidad de la monitorización materna y fetal con métodos clínicos y tecnológicos.
- Promover y gestionar la disponibilidad de unidades de cuidados intensivos especializadas para el cuidado de las complicaciones del embarazo y del parto.
- Reforzar la educación y orientación a la embarazada, enfatizando los cuidados del embarazo, alimentación adecuada, la lactancia materna exclusiva, la conveniencia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar, además, procurar la incorporación de la pareja en la educación.
- Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal a través de los comités de muerte materna y perinatal nacional, regionales/locales e institucionales, para el reporte obligatorio, la investigación y análisis de la casuística en cumplimiento del Resuelto N° 49 de 7 de Mayo de 1998, la Resolución Ministerial 093 de abril de 2001 y el Decreto Ejecutivo 268 de agosto de 2001.
- Aplicar medidas que disminuyan la morbi-mortalidad asociada a la prematuridad.
- Diagnóstico precoz y manejo oportuno y adecuado de la amenaza de parto prematuro, embarazo gemelar, antecedentes de cesárea, y otras, según las normas de atención del embarazo de alto riesgo.
- El personal más calificado disponible ejecutará las instrumentaciones y las maniobras obstétricas.

- Referir oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad todo caso de riesgo perinatal que lo requiera.
- Realizar investigaciones epidemiológicas de la mortalidad perinatal.

Cada una de estas estrategias persiguen de forma coordinada un objetivo en común que es el de salvaguardar la vida de la mujer gestante y la de su producto de la concepción. Lo que dirige la base que persigue la Organización Panamericana de Salud (OPS), Banco Mundial (BM), Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Latinoamericano de Desarrollo (CELADE); de alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio #4 Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años y #5 mejorar la salud materna respectivamente.

Panamá, como parte de los países mesoamericanos, cuenta con metas e indicadores específicos para lograr ambos objetivos, no obstante, a pesar de los mismos las cifras estadísticas reflejan un retroceso en el logro para el 2015 del cumplimiento de los objetivos.

El MINSA (2010) en las Políticas Nacionales de Salud (2010-2015) cita entre las metas e indicadores respectivos a cada objetivo del milenio, que para este estudio investigativo se sustenta en los siguientes:

- Objetivo #4 Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

**Meta:** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

**Indicadores.** Un puesto de salud en cada corregimiento y un centro de salud en cada distrito como mínimo, dependiendo de la población beneficiaria.

Mejorar los accesos a los puestos y centros de salud de las comarcas y áreas de difícil acceso (vías, puentes).

Fortalecer y ampliar los programas de capacitación a la familia, la comunidad y la población en general para prevenir la mortalidad materna, mortalidad infantil (comprensible, accesible y con consideración a la multiculturalidad, género y el analfabetismo)

Objetivo #5 Mejorar la Salud Materna respectivamente.

**Meta:** Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

**Indicadores:** Garantizar el acceso al control prenatal, atención calificada al parto y puerperio.

Ambos objetivos llevan inmersos metas e indicadores similares de protección al binomio madre-hijo, resaltando estrategias específicas que, frente a su fiel cumplimiento, generarían soluciones concretas para el logro de los mismos. No obstante, los resultados obtenidos no son alentadores con respecto al logro de las metas para el 2015, toda vez que muestran un camino hacia el no cumplimiento para Panamá como país Mesoamericano de este proceso y compromiso mundial en salud, al observar un estancamiento en las cifras estadísticas de mortalidad materna-perinatal, más acentuada en los grupos vulnerables.

En cambio, a partir de la evaluación del cumplimiento de las metas de los ODM, inician las estrategias para las nuevas metas establecidas en los 17 nuevos objetivos de desarrollo sostenible, por lo que se agrupó en el objetivo 3 los objetivos 4 y 5 de los ODM.

El objetivo 3 de los objetivos de desarrollo sostenible consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, según se describe en el *Documento Objetivos del Desarrollo Sostenible* redactado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2016), se han realizado importantes avances en los últimos años en la mejora de la salud y el bienestar de las personas, todavía persisten desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria. Cada año siguen muriendo más de 6 millones de niños menores de 5 años, y solo la mitad de todas las mujeres de las regiones en desarrollo tienen acceso a la asistencia sanitaria que necesitan. Lo cual apunta hacia el establecimiento de las nuevas políticas de salud nacionales 2016-2025 MINSA (2016), que a su vez se relacionan de forma directa con dicho objetivo de desarrollo sostenible. Así bien, se hace referencia a la Política 3 que cita lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad; seguida de la política 4 que plasma garantizar la promoción de la salud mediante la educación, el mercadeo social y la participación social, incorporando los derechos humanos, el enfoque de género e interculturalidad; de igual forma, la política 6 plantea fortalecer la formación, el desarrollo de capacidades y competencias del recurso humano en salud, de acuerdo a las necesidades cambiantes del sistema de salud y al modelo de atención. En tanto,

la Política 7 establece fortalecer el sistema nacional de investigación e innovación para la salud; y la política 9, modernizar la red de servicios de salud a nivel nacional. Cada una de estas políticas de salud, señaladas anteriormente, engloba factores de tipo socio-transculturales, económicos, de prevención de morbilidad extrema y técnicos-administrativos, cuyo abordaje sistemático garantizará la continuidad de la mejora de binomio madre-hijo.

### 3.2.2. Historia clínica perinatal base

Según se describe en las Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo, MINSA-Caja de Seguro Social (2015), la *Historia Clínica Perinatal* (HCP), intenta uniformar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el período neonatal inmediato.

Su diagramación general y su instructivo de llenado facilitarán que los datos considerados de importancia sean sistemática y uniformemente recabados y registrados en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos permitirá su recolección en un tiempo breve, a la vez que agilizará el análisis posterior, ya sea por quien recogió los datos o por aquel, que no habiendo hecho el registro, necesita la información incluida en la historia. Esta situación se presenta por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño.

La HCP reúne en una página los datos mínimos indispensables para la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Su listado de preguntas constituye un recordatorio que orienta al prestador en la atención a manera de una hoja de ruta, esto ayuda al cumplimiento de las normas de atención, al tiempo que facilita los procesos de auditoría. Cuenta además con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado. Este sistema se caracteriza por destacar algunos casilleros con color amarillo. Este color se usa como código internacional de alerta.

El reverso de la HCP contiene listas abreviadas, para la codificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. También se ha incluido una lista para la codificación de las principales indicaciones de parto operatorio o de inducción del parto, además de una lista de medicación utilizada durante el trabajo de parto.

### 3.2.3. **Carné perinatal**

El carné perinatal (CP) del Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva por sus siglas (CLAP/SMR) descrito en las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo del MINSA-Caja de Seguro Social* (2015), señala que es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Corresponde a la contraportada del carné que queda en manos de la

mujer embarazada. El mismo debe estar siempre en poder de ella, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido o puerperal.

Con el carné perinatal se asegura el registro de los datos de mayor importancia, en 3 esferas de la atención:

- Relativos al control prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en el lugar de la internación.
- Vinculados a una internación durante el embarazo, parto y postparto, sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.
- Para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

### **3.2.3. Procesamiento de los datos de la historia clínica perinatal**

Fescina y otros (2007) señalan en el documento "*Sistema Informatico Perinatal*" que el CLAP/SMR ha desarrollado un programa para computadores personales que permite descentralizar el procesamiento realizándolo en el mismo lugar donde se presta la atención. De esta manera, el personal de salud cuenta con información en tiempo real en el momento en que se requiere, para facilitar la evaluación de la asistencia y la toma de decisiones.

De igual forma el autor señala las características sobresalientes del sistema desarrollado pueden resumirse en los siguientes puntos:

- El procesamiento local de los datos con el Sistema Informático Perinatal por sus siglas (SIP) fortalece la capacidad de auto evaluación asistencial perinatal mediante el análisis de datos en la propia institución de salud.
- Hace tomar conciencia al personal de salud de la importancia de mantener un registro completo de todas las acciones realizadas.
- Proporciona a los entes asistenciales perinatales una herramienta ágil y de fácil manejo para las investigaciones operacionales.

### **3.3. Normas de alto riesgo obstétrico**

En las Guías de *Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), se señala que si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones, siempre existen riesgos potenciales. Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica acertada para la sobrevivencia de la madre y del niño.

El embarazo de alto riesgo se puede definir como aquel que presenta determinados factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. Los factores de riesgo tienen una incidencia de 20 a 30% los que deben ser identificados oportunamente y manejados eficazmente, ya que estos embarazos contribuyen con el 70 al 80% de la morbilidad y mortalidad materna.

Desde el punto de vista de la probabilidad que tiene una mujer embarazada de tener un mal resultado obstétrico perinatal, los embarazos se pueden dividir en alto y bajo riesgo.

Los embarazos de bajo riesgo tienden a evolucionar en forma normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiado intervencionismo ni utilización de tecnología de última generación. Aun así, al momento del parto se debe tener presente que un porcentaje que varía entre el 5 y el 10% de los embarazos de bajo riesgo, pueden presentar una complicación que ponga en riesgo la vida de la madre o del niño. Los embarazos de alto riesgo en evolución espontánea y sin intervención médica presentan un riesgo considerable de presentar malos resultados obstétricos perinatales, por lo tanto necesitan personal calificado para atender estas circunstancias y, muchas veces, tecnología compleja para su vigilancia y atención.

Lamentablemente, la división entre estas dos categorías es dilemática y depende de tantos factores (de la mujer – terreno biológico, social, educación, económico, geográfico, del feto, de la institución – disponibilidad de tecnología, capacitación del personal, entre otras.) que es imposible hacer una tabla que contemple en forma determinante todas las posibilidades.

Cunningham et al. (2014) señala que de todas maneras, existen algunas situaciones clínicas de indudable riesgo, que se detallan a continuación:

- **Feto-ovulares:** Prematurez, restricciones del crecimiento intrauterino, cromosomopatías, malformaciones, oligoamnios, polihidramnios, líquido amniótico meconial espeso, placenta previa, embarazo múltiple, sospecha

de pérdida de bienestar fetal intraparto, presentación podálica, trabajo de parto prolongado, infecciones intrauterinas, etc.

- **De la mujer durante el embarazo:** Enfermedades crónicas vinculadas a malos resultados obstétricos-perinatales (anemia severa, trombofilias, diabetes, hipertensión arterial crónica, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, virus de la inmunodeficiencia humana, etc.), estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, fiebre, útero cicatrizal, utilización de oxitocina o misoprostol, obesidad mórbida o adelgazamiento extremo, comorbilidades infecciosas (neumonías, pielonefritis, apendicitis, etc.), hemorragia o infección puerperal, adolescente menor de 16 años, consumo problemático de drogas sociales o ilícitas, talla menor de 1.50 mts. etc. No se pretende agotar las posibilidades, estos ejemplos tienen la intención de brindar un esquema conceptual de las situaciones que pueden corresponder a un embarazo de alto riesgo.

Para este estudio se hará referencia a las cuatro causas principales de mortalidad materna identificadas a nivel mundial, según la OMS. La medicina materno-fetal constituye uno de los campos más jóvenes de especialización dentro de la ginecoobstetricia moderna. Ella aborda perspectivas preventivas en el estudio y manejo de la salud materno-fetal, con un conjunto de facetas multidisciplinarias. Es importante señalar que, dentro del llamado período perinatal, la ginecoobstetricia como especialidad ha incorporado la salud materna y el componente prenatal, profundizando el vínculo con el feto como paciente.

De esta manera, el período de especialización del ginecoobstetra se limita a la medicina materno-fetal, lo que justifica su denominación como tal.

Dentro de este contexto se han establecido procedimientos invasivos y no invasivos con la finalidad de detectar compromiso de la salud fetal, e intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del feto.

### **3.4. Factores socio-transculturales que influyen en la mortalidad materna-perinatal**

Estableciendo como referencia el estudio de Vantroy et al. (2003), se instauran los siguientes factores de acuerdo a la clasificación, descrita por él, la cual servirá de sustento para la presente investigación:

#### **3.4.1. Procedencia**

La procedencia definida como el lugar de donde procede, vive o reside la mujer gestante, es preponderante en la decisión que tome la cliente ante la asistencia o no a sus controles prenatales, toda vez que la distancia entre su vivienda y la instalación de salud en ocasiones no es menor de 10Km, lo que dificulta su asistencia y por ende redonda en el cumplimiento de sus responsabilidades específicas del control prenatal, o de atención expedita por morbilidades de aparición inmediata. Es importante indicar que la procedencia de las pacientes guarda estrecha relación con los poblados caracterizados como

área de pobreza y pobreza extrema, condicionantes para la búsqueda de atención oportuna.

#### **3.4.2. Género**

La mujer puede ser aún más vulnerable en relación a la salud afectivo-sexual y reproductiva en consecuencia a las relaciones del poder dominante que se puede establecer desde el hombre y que también pueden influir en una mayor expresión de la violencia de género.

#### **3.4.3. El pudor**

Los exámenes ginecológicos pueden plantear problemas a causa de las inhibiciones femeninas o de desconfianza del marido, que puede no admitir que la mujer sea examinada por un varón. Además de limitar el momento de determinar o no la asistencia que caracteriza una de las demoras en la atención al momento de identificar alguna alteración durante el proceso del embarazo, parto y puerperio.

#### **3.4.4. La religión**

Juega un rol determinante en el cumplimiento de los criterios en salud para muchos grupos de poblaciones, como lo es el caso de la etnia Ngäbe Bugle, que practican la Religión MAMA CHI, y la cual le prohíbe el control y asistencia por proveedores de la salud, pues consideran el proceso de salud y enfermedad como producto de una integración de la naturaleza con fuerzas ancestrales.

#### **3.4.5. El idioma**

El desconocimiento del idioma español, en muchas ocasiones suplantado por los dialectos propios de los diferentes grupos étnicos, representa una barrera muy importante para acceder a los servicios de salud, Esto implica que muchas mujeres gestantes no comprendan la orientación referida por el equipo de salud, lo que se traduce en el no cumplimiento de las indicaciones o que probablemente más allá de esta la situación, no regresen a los próximos controles prenatales, exponiendo un riesgo de morbi-mortalidad materna neonatal.

#### **3.4.6. La alfabetización**

La alfabetización es un factor decisivo en el cumplimiento de indicaciones puntuales en salud. Entre menor sea el nivel de alfabetización hasta caracterizarse en un grado de analfabetismo, el comportamiento de la cliente será deficiente con respecto a su participación comprometida con enfoque dirigido hacia el grado de conocimiento de la importancia en el cumplimiento integral del control de embarazo o, en su defecto, la asistencia a la búsqueda de atención frente a la presencia de morbilidades específicas que pongan en riesgo de mortalidad materna-perinatal, evitable.

#### **3.4.7. La economía**

Las Normas Del Programa De Atención Integral De Salud (2007) señala: El costo de los exámenes solicitados a la embarazada y la atención a la no

asegurada no deberá constituirse en una barrera para la atención. La accesibilidad a los mismos deberá asegurarse a través de paquetes a costos mínimos o deberá ser gratuita. (Decreto Ejecutivo nº 5 de marzo de 2006). No obstante, muy a expensas de esta normativa, la economía familiar no se circunscribe solo a la realización de los exámenes de laboratorios, sino también a la asistencia de la mujer a la instalación de salud para la atención oportuna, ante presencia o no de morbilidades maternas o al referir que no cuenta con el dinero para el pago de la atención o para el pago al momento del egreso hospitalario, si fuese el caso según el diagnóstico.

En resumen, los siete factores circunscritos como socioculturales, establecen una relación directa con el déficit en la participación según responsabilidad de la mujer gestante en la toma de decisión oportuna para la atención necesaria requerida por los proveedores de salud, que pone en riesgo la salud del binomio madre-hijo.

### **3.5. Factores económicos que influyen en la mortalidad materna-perinatal**

Otro factor relevante que se abordará en esta investigación se relaciona con la economía. Beckford & Mayas (2005) señala que en las comunidades indígenas y marginadas, las condiciones económicas no cubren las necesidades básicas, mucho menos aquéllas enfocadas en la atención de las mujeres embarazadas; éstas pasan a segundo término o en ocasiones no se contemplan

ni se les da importancia; por ello, “tienen un alto costo en la salud y en la vida de las mujeres”.

Beckford & Mayas (2005) señala que además, las mujeres en algunas comunidades no pueden poseer bienes por ser relegadas a un plano inferior al hombre, quien es el jefe del hogar y por factores socio-transculturales es considerado “quien manda”, escenario que expone a las mujeres en una posición de desventaja al intentar atender su salud. Incluso, a pesar de que se dedican a las actividades domésticas, no se les reconocen sus aportaciones a la economía familiar y cuando ingresan al mercado laboral, sus alternativas se ven reducidas por la falta de instrucción educativa. Con dichas carencias económicas viene otro aspecto asociado: el acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos.

La Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, (2012) señala que en la encuesta de niveles de vida de 2008 realizada en Panamá se reveló que el 32,7% de las personas son pobres. En el período 2003–2008 se redujo tanto la pobreza general (4,1 puntos porcentuales) como la pobreza extrema (2,2 puntos porcentuales). La pobreza afectaba a 17,7% de la población urbana, 50,7% de la rural y 96,3% de la indígena.

Beckford & Mayas (2005) señalaron que la población indígena representa aproximadamente el 12% de la población total nacional. No obstante, la población mayoritaria en la provincia de Bocas del Toro es de 70% y corresponde a la etnia indígena, cuyo patrón de migración interna predominante

se produce del área rural hacia otras áreas rurales, aumentando los riesgos a los cuales se enfrentan el binomio madre-hijo en estos grupos.

Panamá tiene un enorme impacto en la economía nacional, ya que aportan 8% del producto interno bruto (PIB). Todo esto asegura al país un desarrollo económico en ascenso. Si se desestima la distribución de la riqueza, sin embargo, la desigualdad económica se traduce hacia las regiones más marginadas, donde en la actualidad permanece sumergida en factores desfavorables como analfabetismo, inaccesibilidad a servicios de salud, permanencia en áreas de difícil acceso, entre otros.

Beckford & Mayas (2005) indicaron además que los indicadores económicos derivados de los censos nacionales, algunos de los cuales (nivel de ingreso) son utilizados para la construcción del Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas, son de difícil manejo cuando se refiere a las poblaciones indígenas y depende de la valoración que se da, al coexistir las actividades de subsistencia y de mercado. Según los datos del Censo, los distritos con mayor población indígena no sólo presentan el más bajo nivel de ingreso familiar mensual del país (con excepción de Changuinola) sino que sufrieron un fuerte deterioro durante la década de 1980 a 1990, con un porcentaje de cambio que, a veces, supera el 100%, como es el caso de Bocas del Toro y Chiriquí Grande en la provincia de Bocas del Toro, y cercano al -50% en San Blas y -74.7% en Santa Fe.

Los determinantes de la pobreza entre los indígenas, de acuerdo al estudio, son explicados a través de indicadores como, trabajo y fuentes de

ingreso; educación; condiciones y tenencia de la vivienda; servicios básicos; acceso al crédito; fertilidad, tamaño y composición de la familia y la localización geográfica. Proteger a la población con los programas y Políticas nacionales de salud es un desafío y una necesidad.

### **3.6. Factores de morbilidad extrema que influyen en la mortalidad materna-perinatal**

Entre los factores de morbilidad que influyen en la mortalidad materna perinatal, se pueden mencionar los siguientes:

#### **3.6.1. Trastornos hipertensivos del embarazo**

Según se describe en las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones médicas más frecuente del embarazo. Aproximadamente un 7 a 10% de los embarazos se complican con hipertensión. Se asocian con un aumento de los índices de mortalidad maternal y perinatal y se presentan como un amplio espectro de manifestaciones que abarcan desde una elevación mínima de la presión arterial, como signo solitario, hasta una hipertensión severa con disfunción de diversos órganos y sistemas. En Panamá es la tercera causa de muerte materna, por lo que, al igual que Latinoamérica, se constituye en una patología relevante.

Los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifican en:

- Hipertensión Arterial Crónica
- Preeclampsia-Eclampsia

- Hipertensión Crónica +
- Preeclampsia Agregada
- Hipertensión Gestacional

Con base en las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo del MINSA-Caja de Seguro Social* (2015), se desarrolla el siguiente contexto.

- **Eclampsia:** Convulsión tónico – clónica en una mujer con criterios de preeclampsia, sin antecedentes de patología neurológica, que puede presentarse durante el embarazo, parto o puerperio. Se ha descrito ausencia de proteinuria en mujeres eclámpticas en un 15-38%. El criterio de elevación de la presión arterial por encima de los niveles basales no es aceptado en la actualidad como un criterio de preeclampsia, pero ante esta eventualidad se recomienda una vigilancia estrecha.

Una vez hecho el diagnóstico se debe estabilizar la madre, es decir usar anti-hipertensivos y administrar sulfato de magnesio, solicitar todos los laboratorios necesarios, realizar pruebas de bienestar fetal y luego de todo esto, interrumpir el embarazo. Se considera que esta estabilización puede tomar entre 4 y 6 horas y una justificación para una cesárea antes, es la evidencia de sospecha de pérdida de bienestar fetal o desprendimiento de placenta.

- **Tratamiento de la preeclampsia – eclampsia:** El tratamiento subsiguiente dependerá de los resultados de la evaluación inicial materna y fetal, sin embargo el tratamiento definitivo es el parto (nacimiento); el cual es lo más apropiado para la madre, pero para un feto prematuro

puede ser la peor conducta. El manejo de la mujer con preeclampsia-eclampsia lo podemos dividir en dos objetivos básicos; el manejo de las crisis hipertensivas y evitar o tratar las convulsiones.

Se destaca además en las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), el tratamiento de las **crisis hipertensivas**: esencialmente, toda mujer con preeclampsia leve o severa debe estar hospitalizada, pues la única forma de saber si una mujer tiene preeclampsia leve o severa es a través de la toma seriada de la presión arterial, de los laboratorios, de la evaluación fetal y esto se logra con la mujer hospitalizada. En la hipertensión severa (tensión arterial sistólica >160 mm Hg y diastólica >110 mm Hg) no hay duda sobre la utilidad de los antihipertensivos. El objetivo es realizar una pequeña reducción en la presión sanguínea a niveles seguros para la madre y el feto, evitando caídas bruscas.

Actualmente, no hay evidencia en cuanto al mejor antihipertensivo. Se decide iniciar los antihipertensivos cuando la presión sistólica es  $\geq$  a 160 mm Hg o cuando la diastólica es  $\geq$  a 110 mm Hg. El objetivo es mantener una presión diastólica entre 90 y 100 mm Hg pues presiones más bajas representan riesgo fetal, por la posible disminución del flujo útero placentario y riesgos cerebrales maternos.

Los antihipertensivos más usados en Panamá son:

- La hidralazina: a razón de 5 mg en bolo intravenoso cada 15 minutos y se repite si es necesario por tres a cinco veces.

- Labetalol: de no tener hidralazina o no haber respuesta con ésta a razón de 20 mg intravenoso y si no hay disminución adecuada de la presión arterial se dobla la dosis a los 10-20 minutos y, de ser necesario, esta última dosis se puede repetir tres veces.
- Nifedipina: en caso de no tener hidralazina ni labetalol por vía oral a dosis de 10 mg cada 15 minutos hasta cinco dosis.

➤ **Tratamiento de las convulsiones**

Para la prevención y tratamiento de las convulsiones en la preeclampsia severa y eclampsia el sulfato de magnesio es definitivamente el mejor medicamento existente y probado para evitar las convulsiones de una paciente con trastorno hipertensivo del embarazo. El sulfato de magnesio es el medicamento de elección para las convulsiones a dosis de 2 - 4 gramos IV.

Dosis de impregnación: de 4 a 6 gramos diluidos en solución salina, lactato ringer o dextrosa en agua pasar por lo menos en 20 minutos.

Dosis de mantenimiento: debe oscilar entre 1 y 3 gramos intravenosos a dosis continua por 24 horas post parto o post última convulsión.

20 gramos de sulfato de magnesio (en presentación de ampollas de 1 gramo por 10cc) para llevar a 500 cc de dextrosa en agua: pasar de 1 a 2 gramos por hora (25 a 50 cc por hora en bomba de infusión).

Con el sulfato de magnesio se debe vigilar cada hora la diuresis, los signos vitales sobre todo la frecuencia respiratoria, por lo que la vigilancia debe ser horaria y haciendo énfasis en lo ya mencionado.

### ➤ **Intoxicación por sulfato de magnesio**

Se está frente a una intoxicación cuando se presentan disminuidos o abolidos los reflejos tendinosos, oliguria (menos de 25 cc por hora), disminución de frecuencia respiratoria y bradicardia que puede llegar a paro cardio respiratorio. El antídoto por excelencia para la intoxicación por sulfato de magnesio es el gluconato de calcio al 10 por ciento.

Cunningham et al. (2014), señala que a pesar de investigaciones intensivas, aun no se ha descubierto como el embarazo causa o agrava la hipertensión. Patología que ha llegado a formar parte del grupo de enfermedades de morbilidad extrema, manteniendose entre los problemas más importantes e intrigantes de la obstetricia.

Como variable de este estudio los trastornos hipertensivos del embarazo cobran significancia estadística al indicar Cunningham et al (2014) que complican entre el 5 al 10% de todos los embarazos y que constituyen uno de los miembros de la tríada letal junto a las hemorragias y la infección.

### **3.6.2. Partos obstruidos**

Lowdermilk, Perry & Bobak (2000), señala que el parto obstruido o desproporción céfalo pélvica (DCP) o también denominada (DFP) desproporción feto pélvica, se relaciona con un aumento excesivo del tamaño del feto (más de 4,000g) y aparece cerca del 5% de los partos a términos. Cuando hay DCP el feto no puede pasar por la pelvis materna para nacer por vía vaginal.

Como parte de la clasificación de los partos obstruidos también se destacan los vicios de posición entre los que se destacan la posición Occípito-posterior persistente (occípito derecha-posterior (ODP), u occípito izquierda posterior (OIP). Seguida de los vicios de presentación de "nalgas" (de pelvis o podálica) que aparece entre el 3% y 4% de los partos a términos y hasta el 25% de los pretérminos. Existen según Lowdermilk et al (2000) cuatro tipos de presentación de nalgas: la franca (muslos flexionados, rodillas extendidas), podálica completa (muslos y rodillas flexionados) y los tipos de presentación podálica incompleta, en uno de los cuales las rodillas se extienden por debajo de las nalgas y en el otro el pie se extiende por debajo de las nalgas.

El diagnóstico se hace con base en los exámenes de palpación abdominal, examen vaginal y confirmación por ecografía.

El parto obstruido representa 8 % de las defunciones en el orbe y un problema de salud que puede ser diagnosticado precozmente y tratado de forma adecuada.

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad materno-perinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana.

Desde 1954, según cita Lowdermilk et al. (2000); Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales.

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna.

Este contexto antes descrito da sustento al actuar inmediato y oportuno de los proveedores de salud, quienes con herramientas actuales como lo es el partograma, la maniobra de Leopoldo, el tacto vaginal y la ecografía pueden identificar los partos obstruidos de forma oportuna, a fin de actuar de forma pertinente en beneficio de la garantía de salud del binomio madre-hijo, puesto que al forzar el nacimiento bajo estas condiciones suponen el riesgo anticipado de complicaciones feto-maternas que pueden desencadenar mortalidad materna – perinatal propiamente evitable.

El parto obstruido implica, entonces, un verdadero factor contenido en las patologías de la morbilidad extrema que exponen a un riesgo inminente al binomio madre-hijo. Resaltando que muchos de los partos obstruidos ocurren en áreas de difícil acceso a los servicios de salud, donde las parteras, en muchas ocasiones, no determinan a tiempo los factores que obstaculicen el proceso fisiológico para el nacimiento por vía vaginal, generando resultados desfavorables, tanto para el producto como para su madre. De allí, la

importancia en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las nuevas Políticas de Salud 2016-2025, a fin de lograr el bienestar de salud materno-infantil que propone el objetivo 3 de desarrollo sostenible.

### **3.6.3. Hemorragias post parto**

La muerte de una madre constituye siempre una catástrofe social que, en la mayoría de los casos, puede ser evitable. La Organización Mundial de la Salud estima que mueren en el mundo 515,000 (2008) mujeres a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de las cuales el 99% proceden de países no desarrollados o en vías de desarrollo. En Panamá, constituye la primera causa de muerte materna, sobre todo en áreas comarcales. Dentro de las hemorragias, la que mayor magnitud adquiere es la que se presenta en el período del alumbramiento y puerperio inmediato.

En las Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), se establece que a nivel mundial la hemorragia postparto constituye la primera causa de muerte materna, especialmente en los países no industrializados. En Panamá, de igual manera, constituye la primera causa de muerte materna, sobre todo en las áreas comarcales. Señalan además que el diagnóstico se realiza por la observación de la pérdida sanguínea post parto o post cesárea que genera una inestabilidad hemodinámica en la paciente, teniendo presente que esto puede ocurrir según el nivel de hemoglobina de la paciente, previo al parto. La estimación de la pérdida

sanguínea genera mucha subjetividad, ya que no existe un método cuantitativo para estimar la pérdida sanguínea, estimándose solo que la pérdida usual normal es de 300 a 500 ml de sangre en un parto y en una cesárea de 800 a 1000 ml. Por tanto, en la figura 10 que a continuación se presenta se plasman las causas más frecuentes que puedan generar una hemorragia post parto.

### Figura 10 Etiologías más Frecuentes de la Hemorragia

Postparto inmediato	Postparto tardío
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atonia uterina.</li> <li>- Retención de restos placentarios.</li> <li>- Desgarros del canal blando del parto.</li> <li>- Rotura uterina.</li> <li>- Placentas adherentes.</li> <li>- Coagulopatías maternas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retención de fragmentos placentarios.</li> <li>- Pólipo placentario.</li> <li>- Sub involución lecho placentario.</li> <li>- Endometritis.</li> <li>- Enfermedad del trofoblasto.</li> <li>- Hematomas.</li> </ul>

Fuente: Guías de Embarazo Complicado (2009)

Igualmente, en la figura 11, se describen los diferentes tipos de trastornos del alumbramiento causantes de hemorragias post parto, los que de forma directa constituyen el origen de dicha morbilidad extrema.

**Figura 11 Tipos de trastornos del alumbramiento causantes de hemorragia post parto**

Trastornos del alumbramiento	Traumáticas	Sistémicas
<p><b>Hipotonía y atonía uterina:</b> Se trata de un cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto.</p> <p><b>Placenta retenida:</b> Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores a la expulsión del feto. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa.</p> <p><b>Cotiledón retenido:</b> Se retiene una parte de la placenta. El mecanismo de la hemorragia es el mismo que el anterior.</p>	<p>Traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos: Luego de un parto espontáneo o más frecuentemente instrumental (fórceps, espátulas) se pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero (desgarros, inversión), cuello uterino o vagina, constituyéndose en causa de hemorragia postparto.</p>	<p>Defectos de la coagulación. Las causas más frecuentes de hemorragia postparto son la atonía uterina y la retención placentaria. Los defectos de la coagulación y la inversión uterina, a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco comunes.</p>

Fuente: Guías de Embarazo Complicado (2009)

Aquellos casos donde la pérdida de sangre estimada fuera de 1000 ml o más, es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tiende a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43 a un 50 por ciento.

Por último, en la figura 12 se evidencia el manejo del período de alumbramiento, explicitando eventos de acretismo placentario causantes de hemorragias post parto.

**Figura 12 Manejo Del Alumbramiento**

**Antes del alumbramiento**

1. **Alumbramiento manual:** Puede ocurrir que encontremos o no el plano de clivaje. En el primer caso realizaremos el alumbramiento, a continuación revisión de la placenta y la cavidad uterina pasando una legra de Pinard.
2. **Oxitócicos:** vía endovenosa: generalmente habremos solucionado el problema.

**Después del alumbramiento**

Post-alumbramiento puede ocurrir que no hallemos plano de clivaje, encontrándonos con un grado de adherencia placentaria (acretismo). Este puede ser parcial, en cuyo caso con un legrado uterino y administración de oxitócicos se solucionará, o ser total, cuyo tratamiento es la histerectomía. La histerectomía en definitiva va a ser la última fase del tratamiento de las hemorragias postparto.

Fuente: Guías de Embarazo Complicado (2009)

➤ **Manejo y tratamiento**

En la *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), se indica que toda mujer debe ser controlada de cerca luego del parto, con el fin de observar cualquier signo de Hemorragia Post Parto (HPP). Además debe evitarse cualquier procedimiento innecesario que aumente su incidencia, como el uso de episiotomía o de parto vaginal operatorio sin que exista una indicación clara para ello. La hemorragia, cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente, puede llevar rápidamente al shock y a la muerte. La mayoría de las hemorragias maternas masivas ocurren dentro de las primeras 4 horas postparto (88%) y muchos factores influyen en que la HPP sea fatal o no.

- **Tratamiento médico:** El manejo activo del alumbramiento (pinzamiento y tracción del cordón y uso de drogas útero tónicas) de acuerdo a las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), disminuye la hemorragia postparto > de 500 ml en un 62%. . El manejo activo disminuye el riesgo de hemorragia grave en un 67%.

En este medio se cuenta con:

- a. Oxitocina

Al momento del presente estudio no se cuenta con:

- b. Maleato de Metil Ergonovina.
- c. Prostaglandinas.

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con drogas y maniobras para prevenir la hemorragia postparto en todas las mujeres institucionalizadas, de alto y bajo riesgo de hemorragia, que tengan un parto por vía vaginal.

El manejo activo de la tercera etapa del parto incluye:

- a. Oxitocina: 10 unidades intramuscular en el deltoides cuando sale el hombro anterior del feto.
- b. Tracción controlada del cordón umbilical. Consiste en la tracción del cordón en forma continua y apoyo de la otra mano sobre el pubis de la mujer.

### 3.6.4. Infecciones

En este apartado se desarrollan las infecciones o septicemias originadas por la ruptura prematura de membranas y el puerperio patológico; las que complican el embarazo y exponen a un riesgo de mortalidad a la madre, pero que pueden repercutir en un evento desafortunado en el producto.

#### ➤ Definición

En la *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se define como la ruptura de las membranas antes del inicio de la labor de parto. Complica aproximadamente al 8% de los embarazos, 3% ,de los cuales son partos pretérminos, siendo la causa de un tercio de los nacimientos pretérminos. La RPM ocurre por diferentes mecanismos entre los que figuran la apoptosis, disolución de la matriz amniocoriónica exacerbada por las fuerzas de las contracciones, colonización e Infección del tracto genital que es capaz de iniciar la cascada de las citoquinas, entre otras.

Igualmente en las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015), se describen los siguientes procesos para la atención.

#### ➤ Factores de riesgo

- a. Antecedente obstétrico de RPM.
- b. Bajo nivel socioeconómico.
- c. Bajo índice de masa corporal.

- d. Tabaquismo.
- e. Infección del tracto urinario.
- f. ITS.
- g. Conización cervical o cerclaje.
- h. Sobre distensión uterina.
- i. Amniocentesis.
- j. Parto pre término previo
- k. Labor de parto pre término.

➤ **Clasificación**

- a. Ruptura espontánea de membranas: ocurre después del inicio de la labor de partos.
- b. Ruptura prematura de membranas: ocurre antes del inicio de la labor de partos.
- c. Ruptura prolongada de membranas: cuando el período de latencia (tiempo que transcurre desde la ruptura hasta el inicio de la labor de parto) es mayor de 24 horas.
- d. Periodo de latencia: es el tiempo que transcurre entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto.

➤ **Diagnóstico**

- a. El diagnóstico inicial por lo general se realiza con base clínica, de acuerdo a la historia referida por la gestante, quien manifiesta haber sentido la salida de líquido transvaginal o haber observado su ropa

interior mojada. Esta declaración, precisa del proveedor de salud el examen clínico correspondiente.

- b. Historia clínica: pérdida de líquido vaginal, abundante y mantenida en el tiempo.
- c. Examen: se recomienda realizar con espéculo vaginal estéril. El examen digital aumenta el riesgo de infección y la evidencia ha demostrado que la diferencia entre un examen digital y uno visual no es mayor a los 1-2 centímetros.
- d. Presencia de líquido en fondo de saco vaginal. Se puede realizar pruebas de apoyo pero la evidencia de salida de líquido amniótico es suficiente para realizar el diagnóstico.
- e. El ultrasonido provee información importante determinado por el índice del líquido amniótico existente al momento, no obstante, es necesario realizar las otras pruebas que confirmen el diagnóstico.

➤ **Condiciones que obligan a interrumpir el embarazo.**

Existen condiciones que obligan a interrumpir el embarazo dentro de las cuales se citan:

a. **Infección Intra-amniótica:**

**Clínica:**

- Taquicardia Materna persistente > 100 latidos / minuto.
- Taquicardia Fetal sostenida.
- Temperatura Materna >37.5°C en dos ocasiones separadas por horas y no explicada por otra causa.

- Perdida Vaginal mal oliente.
- Labor de Parto.

➤ **Laboratorio:**

- Leucocitos: Mayor de 15,000 o desviación a la izquierda del diferencial leucocitario (neutrofilia)
- Proteína C Reactiva: 2 veces el valor normal (poco sensible)
- Tinción Gram y/o cultivo del Líquido Amniótico, positivos por microorganismos.

b. **Labor de Parto.**

- Madurez pulmonar comprobada: fosfatidilglicerol positivo o lecitina/esfingomielina de 2, por sus siglas (L/S) y trazas de fosfatidilglicerol.
- Signos de sufrimiento fetal.
- Feto mayor de 34 semanas.

➤ **Método de terminación del embarazo**

- a. Presentación cefálica: parto vía vaginal.
- b. Maduración Cervical con Prostaglandina E2 por sus siglas (PGE2) o Misoprostol de acuerdo a las condiciones cervicales, e inducción de la labor.
- c. Todo tipo de distocia de presentación o situación: operación cesárea.

➤ **Manejo conservador**

Para finalizar esta primera parte de este apartado correspondiente a la

ruptura prematura de membrana se plantea, a continuación, el manejo conservador que, una vez establecido, se deben tener presente las siguientes dos conductas:

a. Corticoides:

- Dexametasona 6mg IM c/12h.
- Betametasona 12mg c/24h dos dosis.

b. Antibióticos: Terapia intravenosa por 48h con ampicilina 2g IV c/6h y eritromicina 500mg.VO c/6h, seguida de terapia oral por 5 días con amoxicilina 250mg c/8h VO y eritromicina 500mg c/ 12h VO. Como alternativa se puede utilizar ampicilina, eritromicina y azitromicina.

A continuación se desarrolla la infección pero desde la base puerperal.

- **Definición:** Herrera (2014) señala que la OMS define sepsis puerperal como una infección del tracto genital, que ocurre desde el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto, y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos: dolor pélvico, flujo vaginal anormal, flujo transvaginal fétido y subinvolución uterina.
- **Etiología:** Herrera (2014) describe que la etiología de la sepsis puerperal es correspondiente a un gran número de gérmenes patógenos potenciales y saprófitos que existen normalmente en la flora vaginal, suelen actuar en forma aislada, aunque por lo general lo hacen

asociándose con otros gérmenes. Las infecciones generalmente son polimicrobianas.

➤ **Factores de Riesgo:** Concluye Herrera (2014) que los factores de riesgo para la aparición de la sepsis puerperal se dividen en tres:

- Factores de riesgo Factores que afectan el estado general de la mujer:
- Nivel socioeconómico bajo, higiene deficiente, falta de cuidados prenatales y relaciones sexuales durante el puerperio. Todas aquellas afecciones que disminuyen las defensas orgánicas: Anemia, diabetes, desnutrición, obesidad, otras enfermedades coincidentes con la gestación, vaginosis bacteriana durante el embarazo (el riesgo de endometritis puerperal se multiplica por tres).
- Factores de riesgo, factores en relación con el manejo y la enfermedad del parto: Falta de medidas de asepsia y antisepsia, tactos vaginales repetidos, ruptura prematura de membranas, hemorragias durante el parto, parto prolongado, desgarros del canal del parto, hemorragias del alumbramiento, retención de restos placentarios.
- Factores de riesgo en relación con intervenciones quirúrgicas: La cesárea, fórceps y mala técnica de episiotomía – episiorrafia

La segunda causa directa por orden de frecuencia a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (2015), es la sepsis, que en este caso particular es responsable de la mayoría de las defunciones en el puerperio tardío. No obstante, es sumamente relevante considerar las conclusiones de Vantroy et al 2003, con respecto a las cuatro demoras, que constituyen el ente

principal para salvaguardar la vida materna. Solo cuando la mujer logre reconocer el problema, decida buscar la atención, llegue oportunamente al servicio de salud y reciba, en consecuencia, un adecuado tratamiento, se logrará disminuir significativamente este indicador de muerte materna.

### **3.6.5. Abortos peligrosos**

Fescina , De Mucio, Ortiz, & Jarquín, (2012), definen el término aborto como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a 500 gramos o antes de las 22 semanas. El aborto se complica cuando el mismo se convierte en un aborto séptico, el que se definen, como la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido. La gran mayoría de los abortos sépticos se derivan de prácticas de "aborto no seguro", por lo cual la Organización Mundial de la Salud, según Fescina et al. (2012), lo define como *"un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado por personas con falta de destrezas necesarias o en un ambiente que carece de los estándares mínimos o ambos"*. El término "no seguro" o peligroso, no es sinónimo de "ilegal" o "clandestino".

#### **➤ Clínica del Aborto Séptico**

Fescina et al. (2012) describe la clínica para identificar si el aborto es séptico, entre las que indica:

Temperatura mayor a 37.5 °C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.

Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (expresión clínica de la endometritis), o útero doloroso a la palpación y reblandecido (expresión clínica de la miometritis), dolor a la movilización lateral del cuello (expresión clínica de parametritis), el cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares. Se debe evaluar así mismo lesiones de órganos vecinos (vejiga e intestino).

La conducta a seguir específicamente es determinar la gravedad del proceso infeccioso para establecer la intervención precisa con base en la erradicación del foco infeccioso, restos ovulares y/o eventuales cuerpos extraños. Por lo que el proveedor de salud debe, con base en la clínica descrita con anterioridad, realizar el diagnóstico oportuno. Es importante que determine si requiere trasladar a la paciente hacia una unidad de mayor complejidad, por lo que deberá comunicarse inmediatamente al hospital de referencia, de forma de coordinar el traslado y recepción de la paciente. El traslado debe realizarse en ambulancia especializada en traslados críticos con médico, obstétrica o enfermera con entrenamiento en el manejo de estas complicaciones.

En el aborto séptico la infección inicialmente está limitada al útero; sin embargo, rápidamente evoluciona a formas más graves por extensión a órganos vecinos o en forma hematógena. Con base en el Informe de la OMS (2015) los abortos peligrosos constituyen la cuarta causa de muerte materna, debido a la sepsis que origina y la probable hemorragia que puede ocurrir como

complicación secundaria a este evento, lo que indica que interviene en dos causas específicas de morbilidad extrema la hemorragia y la sepsis, respectivamente; por lo que la conducta establecida, una vez la paciente haya acudido de forma oportuna, garantizará la salud materna, evitando la mortalidad en ella.

La Organización Mundial de la Salud (2015) indica en su informe anual de salud que un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y que dichas muertes son mayores en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

Si bien es cierto, según la Organización Mundial de la Salud (2015) la mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. La razón de mortalidad materna 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, cifras que indican grandes disparidades entre los países, pero que también llevan a analizar la influencia de factores socio-transculturales y económicos que intervienen en estos países en vías de desarrollos, con mujeres cuyos ingresos son bajos y muchas viven en áreas rurales. Además, 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. Este escenario sustenta la necesidad del cumplimiento de los objetivos y lineamientos establecidos en las Políticas de Salud 2016-2025.

### **3.7. Factores de morbilidad extrema que influyen en la mortalidad perinatal**

A continuación se hará referencia a las principales patologías relacionadas con las muertes perinatales.

#### **3.7.1. Asfixia perinatal**

García, Martínez, Arnaez, Valverde & Quero (2008), describen extensamente la asfixia perinatal como la agresión producida al feto o al recién nacido (RN) por la falta de oxígeno y/o la falta de una perfusión tisular adecuada. Esta definición patogénica no es operativa en la clínica.

En este terreno, la existencia de un episodio asfíctico perinatal ha sido tradicionalmente señalada por la presencia de una serie de indicadores clínicos, tales como: líquido amniótico teñido de meconio, alteraciones en el registro cardiotocográfico fetal, acidosis fetal, bajas puntuaciones de Apgar y fracaso para iniciar respiraciones espontáneas tras el nacimiento.

Sin embargo, estos marcadores tradicionales no se correlacionan bien entre sí y tienen una pobre capacidad predictiva de morbilidad neurológica precoz o tardía. En el pasado, la presencia de estos indicadores establecía las categorías diagnósticas de "distrés fetal" y/o "sufrimiento fetal". Lo inapropiado de estas categorías ha dado lugar a la propuesta de que ambos términos sean remplazados por el epónimo "riesgo de pérdida de bienestar fetal" y que se añada a esta categoría la descripción del signo clínico o la prueba que han conducido a dicha conclusión.

Los antecedentes perinatales no establecen un diagnóstico, únicamente definen una situación de riesgo, aumentando la probabilidad cuando se presentan concomitantemente varios marcadores y en sus formas más graves; pH <7,0, déficit de bases  $\geq 10$  mEq/l y Apgar a los 5 min. < 3. Todos los neonatos que presentan un episodio asfíctico perinatal causante de daño cerebral y secuelas neurológicas posteriores, presentan, invariablemente, una encefalopatía aguda durante los primeros días de vida, y por el contrario, si el RN no la presenta, cualquier discapacidad ulterior no puede ser atribuida a asfixia perinatal. Por ello, el término de asfixia perinatal y su potencial implicación como responsable de discapacidad es restringido a aquellos neonatos con indicadores perinatales que presentan una encefalopatía aguda en las primeras horas de vida y afectación hipóxico-isquémica de al menos otro órgano o sistema. Por otra parte, estos conocimientos han conducido a la necesidad de que estén presentes una serie de criterios antes de establecer que un daño neurológico significativo fue causado por un evento perinatal.

### **3.7.2. Distrés respiratorio**

Según Coto, López, Fernández, Álvarez, & Ibañez (2008), el término distrés respiratorio (DR) es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria.

En conjunto, esta patología constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos. Para el diagnóstico suele ser de gran ayuda, con frecuencia definitiva, el estudio radiológico del tórax, en relación con los antecedentes y la exploración clínica.

Aunque el cuadro más significativo de dificultad respiratoria neonatal es la enfermedad de las membranas hialinas (EMH) o distrés respiratorio por déficit de surfactante, que de acuerdo a Towle (2009), se define como la sustancia que reduce la tensión superficial de los alveolos, estabilizando la función pulmonar, su producción madura hacia la semana 35 de gestación. También es denominado distrés transitorio, es la forma más frecuente de dificultad respiratoria en el RN (37%). Clínicamente se manifiesta por taquipnea y retracciones leves que están presentes desde el nacimiento. No se observan signos de infección y la clínica se normaliza al cabo de 6-8 horas sin necesidad de administrar oxígeno suplementario. La radiografía de tórax es normal. La etiología no está aclarada aunque se piensa que es una forma atenuada de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) o deficiente adaptación pulmonar.

### **3.7.3 Infección**

López, Coto, Fernández, Álvarez, & Ibañez (2008) señala que los procesos infecciosos que afectan al feto y al RN se pueden clasificar en infecciones congénitas, infecciones víricas de transmisión vertical, infecciones

bacterianas o por hongos de transmisión vertical e infecciones de transmisión horizontal.

En las infecciones congénitas, la agresión infecciosa tiene lugar en el periodo embrionario o fetal y puede ser causa de malformaciones de órganos y/o sistemas (periodo embrionario) o de lesiones (periodo fetal).

En las infecciones víricas de transmisión vertical, la infección tiene lugar en las últimas fases del embarazo o durante el parto y las más frecuentes son las debidas al virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), al VIH, al virus herpes (VHS) y al de la varicela (VVZ).

Las infecciones bacterianas o por hongos de transmisión vertical son muy diversas (sepsis, meningitis, neumonía, infecciones cutáneas, entre otros.) y la transmisión del agente infeccioso se realiza por vía ascendente (las bacterias u hongos localizados en el canal genital progresan hasta contaminar el líquido amniótico y, a través de él, contaminar e infectar al feto) o por contacto directo (el feto se contamina con secreciones infectadas al pasar por el canal del parto).

Las infecciones de transmisión horizontal, más frecuentes y más importantes para la morbilidad y mortalidad neonatal, son las infecciones nosocomiales, que son causadas por microorganismos localizados en los Servicios de Neonatología (sobre todo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCI)), que son transportados hasta el recién nacido (RN) por el personal sanitario o por el material de diagnóstico y/o tratamiento y pueden ser causa de infecciones muy diversas (sepsis, meningitis, neumonía, infecciones urinarias, óseas, cutáneas, entre otros.).

Las infecciones transversales de la comunidad son aquellas causadas por microorganismos que contaminan al RN al momento del parto en casa o durante el periodo neonatal a causa de onfalitis.

Salcedo (2002) refiere que existe un proceso infeccioso caracterizado por las roturas prematura de membrana, apoyado en diferentes signos maternos (fiebre, leucorrea maloliente, hiperexcitabilidad uterina a veces acompañada de dolor, leucocitosis y desviación izquierda en el recuento y fórmula leucocitarios) y/o fetales (taquicardia fetal mantenida, pérdida de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, signos de sufrimiento fetal) que sugieren la existencia de una corioamnionitis (CoAm). Es evidente que en estos casos estará indicada la inmediata finalización del embarazo y el inicio de la terapia antibiótica como tratamiento de la madre y profilaxis/tratamiento de la infección en el feto/RN.

Recientemente se ha referido la asociación entre fiebre intraparto y anestesia epidural, sobre todo cuando el parto se prolonga varias horas, y se sugiere en estos casos considerar patológica la temperatura materna intraparto que supere los 38 °C.

Los gérmenes responsables de la CoAm son los del canal genital, por lo que en estos casos, además del hemo/urocultivo materno, es imperativa la investigación bacteriológica de la flora vaginal y rectal (¡reservorio a partir del que se coloniza el canal genital!). Es obvio que en todos los casos de CoAm el obstetra iniciará tratamiento antibiótico pre e intraparto a la madre, y que el paso de antibióticos al feto complicará mucho la valoración de los cultivos obtenidos en el recién nacido. Desgraciadamente, el tratamiento antibiótico perinatal no

siempre es capaz de controlar el proceso infeccioso en el feto/RN. En estos casos, conocer el resultado de los cultivos practicados a la madre al inicio del proceso puede ser decisivo a la hora de decidir la mejor terapia antibiótica que recibirá el neonato.

Cuando no hay signos de afectación fetal puede adoptarse una conducta expectante hasta disponer de los resultados de todas las pruebas practicadas (aprovechando siempre el periodo de espera para madurar los parénquimas fetales), sobre todo si el único signo que sustenta la sospecha de CoAm es la fiebre materna. Si se confirma la corioamnionitis, estará indicada la terminación del embarazo.

### **3.8. Factores técnicos-administrativos**

Los factores administrativos que influyen en la mortalidad materna-perinatal se agrupan en dos contextos específicos: los proveedores de salud responsables de la atención directa de la gestante durante el control prenatal (Médico-Enfermera) y la unidad ejecutora administrativa donde se brinda la atención inmediata al momento de la consulta de la gestante por morbilidades extremas específicas.

Ante estos dos escenarios se hace referencia individualizada, según contexto administrativo, al establecer el compromiso que le compete a cada uno de los actores principales en este evento. Las Normas para la Atención Integral a las Mujeres Gestantes (2007) indican la importancia de la accesibilidad, haciendo referencia a la oferta del servicio por parte del Estado y asegura que

dicho servicio debe estar al alcance de toda la población por igual, puesto que existen numerosos factores que condicionan el acceso y que afectan en mayor parte o menor medida a diferentes grupos de población.

### **3.8.1. Proveedores de salud**

Según las Normas Técnicas-Administrativas y Protocolo de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer del MINSA-CSS (2015) los proveedores de salud (enfermeras básicas, enfermeras especialistas en Ginecoobstetricia, médicos generales, médicos ginecólogos, técnicos en enfermería), deben mantener capacitación y actualización científico-técnica continua del recurso humano responsable que garanticen la captación e ingreso al programa de la mujer gestante; además de la atención efectiva y eficaz de las morbilidades maternas extremas, con base en las *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo* del MINSA-Caja de Seguro Social (2015),

### **3.8.2. Unidad ejecutora administrativa**

Las *Normas Técnicas-Administrativas y Protocolo de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer* del MINSA-CSS (2015) señalan que el Director Regional de salud, con el apoyo de su Unidad de Gestión y del coordinador asignado al programa de salud integral de salud sexual y reproductiva es responsable de la programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del programa en los establecimientos de salud de la región. Estas actividades se realizan con la

asesoría técnica del Nivel Central. El Coordinador, en conjunto con las unidades docentes regionales, es responsable del desarrollo del programa de capacitación y actualización del personal que realiza las actividades del programa.

Igualmente se detallan en las *Normas Técnicas-Administrativas y Protocolo de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer* del MINSA-CSS (2015), las siguientes consideraciones cuando el estado de la mujer requiera el traslado a una unidad de mayor complejidad, se tomarán en cuenta las siguientes medidas:

- a. Todas las referencias se generarán mediante el sistema SURCO y se deberá garantizar una contra referencia.
- b. El riesgo/beneficio del traslado debe sobrepasar al no traslado: el traslado deberá ofrecerse cuando no se dispone de las condiciones estructurales o de recursos humanos para garantizar un adecuado tratamiento. Es importante contemplar la necesidad de que la mujer sea trasladada junto a una persona de su confianza (pareja, familiar, entre otras.) y facilitar la acomodación de esta persona en el nuevo lugar.
- c. Deberán establecerse canales de comunicación efectivos con el hospital receptor de la mujer a ser referida, previo al traslado deberá informarse a dicha unidad de las condiciones de la mujer y su embarazo para asegurar mayor rapidez y efectividad en la atención.
- d. Deberán tomarse todas las medidas disponibles para estabilizar hemodinámicamente a la mujer antes del traslado. Esto incluye:
  - Signos maternos estables.

- Tomar medidas para estabilizar al feto.
  - Consignar las condiciones obstétricas.
- e. En aquellos centros que dispongan de tecnología para valorar el estado de salud fetal, es preciso verificar las condiciones de bienestar fetal. El actuar de la unidad administrativa de toda instalación de salud, según la región, se circunscribe a la responsabilidad de facilitar los mecanismos, insumos, herramientas, evidencias actualizadas que garanticen la atención con calidad de la mujer gestante.

### **3.9. Guías para la mortalidad materna-perinatal**

*Las guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal del Ministerio de Salud (2007), se crean a partir de un seguimiento a la reunión de Nairobi, Kenia en 1987, en donde se lanzó la Iniciativa en pro de una maternidad segura, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó, en 1990, el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna. Los países latinoamericanos se comprometieron con este plan de acción, el cual tenía como objetivos:*

- El mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer por medio del incremento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva, con el propósito de lograr para el año 2000, la reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.
- El incremento de la capacidad y calidad del sistema institucional de entrega de atención de salud, mediante el fortalecimiento del primer nivel

- de referencia, el aumento del número de camas hospitalarias instaladas y la creación de centros de atención del parto para mujeres de bajo riesgo
- El incremento del conocimiento y de la participación social en las acciones para una maternidad segura y la movilización de los miembros de la comunidad para la identificación de la mujer embarazada, de manera que permita brindarle atención oportuna y adecuada en caso de una emergencia.
  - El establecimiento de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.
  - La expansión de la capacidad de los países para el diseño, funcionamiento y evaluación de programas nacionales, orientados hacia la reducción de la mortalidad materna. El mejoramiento de la atención del parto domiciliario por medio de programas de educación continua para las parteras tradicionales y otro personal involucrado en la atención del parto en casa.

Estas guías se sustentan sobre la base siguiente. En Panamá, en el marco de las acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, se inició en 1992 el proceso de organización de un sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, en primera instancia dando las directrices a través del *Departamento Materno Infantil* para la realización de auditorías de las muertes maternas en todas las regiones. A partir de entonces se realizaron, en los años 1993, 1995, 1997 y 2001, reuniones nacionales de análisis de la mortalidad materna. En el año 1994 se estableció una comisión Ad Hoc de mortalidad

materna, en la cual se dio inicio al trabajo interinstitucional e intersectorial con participación del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, la Contraloría General de la República y el Hospital Santo Tomás.

En el año 1997, Panamá asistió al *Taller Centroamericano de Vigilancia de la Mortalidad Materna*, organizado por la OPS en Guatemala. En el mismo año, se fortaleció el grupo de trabajo con la incorporación del departamento de epidemiología y la elaboración de la primera guía para la organización del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, además se mejoraron los instrumentos de registro y se incluyó la autopsia verbal como fuente de información. A través de la Resolución N° 48 de 7 de Mayo de 1998 de la Dirección General de Salud, se definió la obligatoriedad del registro e investigación de las muertes maternas en nuestro país.

En la reunión regional de la OPS sobre la *Vigilancia de la Mortalidad Materna realizada en Washington* en Octubre de 2000, a la cual asistió nuestro país, se llegó a la conclusión de que debe incorporarse a la vigilancia de la mortalidad materna, el estudio de la mortalidad perinatal con énfasis en la mortalidad fetal tardía y neonatal precoz, como evento precursor o pronóstico de la mortalidad materna porque implica problemas de calidad de la atención.

### **3.9.1. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal**

*Las guías de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal* (2007), describen, en su contexto global, los lineamientos a seguir para el desarrollo de un sistema de vigilancia activo que garantice la identificación

oportuna de factores de riesgo, de forma tal que se puedan establecer intervenciones inmediatas y acertadas que coadyuven a la toma de decisiones pertinentes para la mejora de la salud del binomio madre-hijo, generando resultados directos en la disminución de las muertes maternas-perinatales. Seguidamente se destacan los lineamientos precisos establecidos por dicha guía:

- **Propósito:** El sistema de vigilancia, con participación intersectorial y comunitaria, deberá proveer información relevante que sirva para el desarrollo de programas e intervenciones dirigidas a reducir la morbimortalidad materno-perinatal; mejorar la calidad de la atención a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y contribuir a un resultado feliz para la madre y el recién nacido.
- **Objetivo General:** Guiar las actividades de vigilancia e investigación ágil y oportuna de los eventos de mortalidad materna y perinatal que conlleven a la formulación de recomendaciones para la acción, basada en la información, para contribuir a la reducción de los mismos.
- **Objetivos Específicos**
  - a. Generar un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos sobre mortalidad materna y perinatal.
  - b. Identificar, notificar, medir y determinar las causas de muerte materna y perinatal.
  - c. Formular y ejecutar medidas de prevención e intervención adecuadas.

- **Elementos Esenciales del Sistema de Vigilancia. La recolección de datos precisos sobre toda muerte materna**
  - a. Número: identificación de toda muerte materna.
  - b. Causa: investigación y verificación de toda muerte materna.
- **El análisis de los datos recolectados por medio de la vigilancia e investigación de casos.**
  - a. Tendencias de la mortalidad materna y perinatal.
  - b. Causas médicas y no médicas asociadas.
  - c. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna y perinatal.
  - d. Agrupamiento por factores de riesgo e identificación de grupos de mayor riesgo.
- **La formulación de recomendaciones para la acción basadas en la información por medio de la evaluación de las necesidades y el mejoramiento de determinados factores.**
  - a. La educación a nivel comunitario.
  - b. La oportunidad de la referencia.
  - c. El acceso y la entrega de los servicios.
  - d. La calidad de la atención, las necesidades de adiestramiento del personal de salud y la disponibilidad y cumplimiento de normas.
  - e. La legislación pertinente.
  - f. La distribución de los recursos.
  - g. El incremento del conocimiento sobre la magnitud, los efectos sociales y la prevención de la mortalidad materna y perinatal, y la diseminación

de los hallazgos y de las recomendaciones entre los formuladores de políticas, el personal de salud y los miembros de la comunidad.

- h. La evaluación del impacto de las intervenciones.
  - i. La comparación de las estadísticas nacionales, regionales e internacionales.
  - j. La identificación de áreas prioritarias de investigación.
- **Sub-sistemas y procesos en la vigilancia epidemiológica de la muerte materna y perinatal:** La vigilancia de la muerte materna y perinatal debe ser integral. En esa perspectiva se concibe el sistema de vigilancia descrito en *“Las guías de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal (2007)”*, conformado por subsistemas de prevención primaria, primordial y del daño. La información asociada a los dos primeros fluye del sistema de información regular de los programas, por lo cual estas guías plantean la vigilancia específica del daño.

A continuación, en el cuadro dos, se ilustran los tres momentos de vigilancia con base en los subsistemas intervinientes de sus respectivos procesos. Desde esta perspectiva, se establece en el sistema de vigilancia la prevención como factor primordial, donde los subsistemas intervienen por medio de la participación del capital humano, quienes mediante estrategias dirigen sus cuidados hacia la salud preconcepcional, abordando los procesos de atención integral de la mujer, seguidamente surge el sistema de vigilancia en prevención primaria, en el que la atención de la gestante requiere de los procesos directos

relacionados con la atención de prenatal y del parto. En el contexto previo es necesario la identificación eficaz de los factores que puedan interferir en dicha sistematización; desde una perspectiva socio-transcultural, a fin de evitar a tiempo que el sistema de vigilancia llegue al daño, registrando en sus subsistemas casos de muertes maternas y perinatales, cuyo proceso final indique que hubo fallas en la vigilancia inicial de prevención primordial y primaria respectivamente.

**Tabla 3 Subsistemas y procesos en la vigilancia epidemiológica de la muerte materna y perinatal.**

<b>Vigilancia</b>	<b>Subsistemas</b>	<b>Procesos</b>
Prevención primordial (antes que se instalen los Factores de riesgo)	Planificación familiar salud preconcepcional	Educación en salud Reproductiva Programa de Planificación familiar Atención integral a mujer En edad fértil
Prevención Primaria (vigilancia a los factores de Riesgo)	Atención al embarazo, parto y puerperio	Atención prenatal Atención al parto Atención al recién nacido Atención al puerperio
Al daño (grupos de riesgo)	Registro de muerte materna y perinatal	Detección de muerte materna y perinatal Notificación Investigación Análisis Intervenciones

Fuente: Guías de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna-Perinatal (Ministerio de Salud. 2007).

### 3.9.2. Procesos básicos de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal

Según *Las guías de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna-perinatal del Ministerio de Salud*. (2007), el sistema de vigilancia se estructura con tres procesos básicos:

- **Auditoría de la Muerte Materna Institucional (AMM)**. Recolecta la información biológica y médica asociada a la muerte materna ocurrida en una institución de Salud. Para ello se ha revisado y adecuado el instrumento de *auditoría de muerte materna*.
- **Autopsia Verbal de Muerte Materna (AVMM)**. Recolecta la información de las muertes maternas que ocurren fuera de las instituciones de Salud. Dado que una buena parte de su contenido permite capturar información del entorno socioeconómico y cultural de la paciente, este mismo instrumento se aplicará como complemento a la información de la auditoría de muerte materna en los casos institucionales.
- **Auditoría de la Muerte Perinatal (AMP)**. Que recolecta la información bio-médica, asociada a la muerte perinatal registrada en una institución de salud. Para ello se utiliza el instrumento de auditoría de muerte perinatal.

### 3.9.3. Investigación epidemiológica de la mortalidad materna - perinatal

*Las Guías de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna-Perinatal* (Ministerio de Salud. 2007) establecen que los Departamentos de Estadística de las Instalaciones de Salud y la oficina de Registro de Defunciones

deberán notificar, telefónicamente, a los servicios de epidemiología y a la coordinación de salud sexual y reproductiva el número semanal de muertes ocurridas en la instalación de mujeres en edad fértil con historia de haber estado embarazadas hasta un año antes de su fallecimiento. Éstas corresponden a las probables muertes maternas ocurridas en instalaciones de salud.

Para efecto de las muertes maternas que ocurran fuera de instalaciones de Salud, se cuenta con un Sistema de Escucha Comunitario (SEC), integrado por los Registradores Auxiliares Distritales y los responsables regionales del registro de estadísticas vitales de la Contraloría General, los que recopilarán los datos al momento de registrar o de procesar los formularios.

Semanalmente, los coordinadores regionales de estadísticas obtendrán de los Registradores Auxiliares, por la vía más expedita posible, la información correspondiente a la muerte de mujeres en edad fértil, con historia de haber estado embarazadas en los 42 días previos a su fallecimiento y que ocurrieron fuera de una instalación de salud. Estos casos corresponden a probables muertes maternas extra-hospitalarias.

Posteriormente, las notificarán a los servicios de epidemiología, vía telefónica y esta información llegará hasta el nivel central a través de la notificación semanal telefónica, diferenciando las probables muertes maternas intra-hospitalarias de aquellas ocurridas en la comunidad.

Consignar en el informe semanal de epidemiología cuando hay y cuando no hay muerte perinatal.

Las probables muertes maternas serán incluidas en el Informe epidemiológico semanal, especificando las edades y diferenciando las ocurridas en las instalaciones de salud de las que fueron notificadas por el Sistema de Escucha Comunitario. Para que el proceso se ejecute, se ha determinado que este problema de salud sea incluido en el listado de enfermedades de notificación obligatoria con reporte semanal según lo establece el Decreto ejecutivo N° 208 de 17 de agosto de 2001.

A su vez, los servicios de epidemiología pondrán esta información a disposición de las coordinaciones de salud sexual y reproductiva de los niveles regionales y central, los que tendrán la responsabilidad de verificar que el sistema sea activado, que las AMM (Auditoría de Muerte Materna) y las AVMM (Autopsia Verbal de Muerte Materna) están en proceso de ejecución por cada uno de los responsables de hacerlo.

Los documentos básicos correspondientes a la investigación de la probable muerte materna son:

- Formulario de auditoría de muerte materna (Caso Intra-hospitalario)
- Autopsia verbal de muerte materna (Casos Intra-hospitalario y comunitario)
- Historia Clínica perinatal base intra-hospitalaria (casos intra-hospitalarios)
- Historia Clínica perinatal base ambulatoria (casos comunitarios si hubo control prenatal)
- Expediente materno.
- Informes de entrevistas al personal que atendió el caso.

- Certificado de defunción.

\*Debe enfatizarse la importancia del llenado correcto y envío oportuno del certificado de defunción.

Tan pronto los documentos básicos correspondientes a la investigación de la probable muerte materna son revisados por la Comisión Regional/Institucional con la participación de Epidemiología Regional, se confirma o se descartan las muertes maternas. En ese momento se generará el número de probables muertes maternas investigadas y el número de confirmadas o descartadas.

Se generarán bases de datos para análisis periódicos de tipo cualitativo y cuantitativo para entender la presencia del hecho en un espacio geográfico poblacional dado. El producto de estos análisis retornará a los niveles locales y los hospitales para complementar la información generada en cada una de éstas y así producir ajustes en las estrategias y planes de control. Copia de los mismos serán remitidos al Nivel Central al Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, específicamente a la Unidad Técnica de Salud Sexual y Reproductiva.

## CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

#### **4.1 Tipo de estudio**

Con base en Hernández, Fernández, Baptista & Lucio (2012) el diseño del presente estudio es no experimental de tipo correlacional-retrospectivo-longitudinal. En él, se describen las relaciones entre las variables socio-transculturales familiares, económicas familiares, de morbilidad extrema y técnico-administrativas gineco-obstétricas que influyeron en la mortalidad materna-perinatal, durante el período de años 2010-2012.

Según Hernández et al (2012), el enfoque es mixto porque se realiza la recolección sistemática de la información con base numérica y teórica, así como el análisis de la información mediante procesos estadísticos y de evaluación de la asociación entre las variables descritas con anterioridad; lo que permite la medición de las mismas: factores transculturales familiares, económicas familiares, de morbilidad materna, y técnicos-administrativos gineco-obstétricos que intervinieron en la mortalidad materna-perinatal.

#### **4.2 Población y muestra**

En la formulación del problema se estableció, según datos estadísticos entregados por el Departamento de Estadística Regional, Caja de Seguro Social, Bocas del Toro (2013), una población de 16 mujeres y 150 perinatos fallecidos; no obstante, cuando se procede a realizar la captación de la información en campo; el total de la población asciende a 19 mujeres fallecidas y 176 muertes perinatales respectivamente; también participaron siete directivos funcionarios

de la Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud y un total de 11 enfermeras encuestadas. Cifras que constituyeron la población total para el desarrollo de esta investigación.

A partir de la explicación anterior, no se realizó muestreo, se tomó el total de la población, ya que la misma se seleccionó por conveniencia, que según Vincenty, (2012), corresponde a un muestreo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y utilizables para ser estudiados; como en efecto la información por censo disponible de los expedientes de las 19 mujeres y 176 perinatos fallecidos que cumplieran con los criterios de inclusión y a los cuales se tenía acceso. Siete directivos funcionarios de la Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud, los que fueron entrevistados y un total de 11 enfermeras encuestadas, representadas por; la enfermera encargada del programa maternal, enfermera jefa de la sala de maternidad, enfermera jefa de sala de neonatología y ocho enfermeras rotadoras de la sala de maternidad y neonatología.

Con base en el contexto anterior, para la selección de sujetos-objetos de estudio se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- **Criterios de Inclusión para Gestantes Fallecidas:**

- Todos los expedientes clínicos, que reposan en el Departamento de Registros Estadísticos del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola, de mujeres que hayan fallecido en la provincia de Bocas del Toro o Chiriquí al ser trasladadas por su condición, y que estén clasificadas como muerte materna. ("La muerte de una mujer durante

su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.

- Que en los expedientes se consigne o no copia de certificado de defunción que indique la causa de muerte materna.
  - Que la causa de muerte identificada en este grupo de mujeres esté clasificada en morbilidad extrema materna, factores transculturales y/o técnicos – administrativos.
  - Que la mujer fallecida haya asistido o no a controles prenatales.
  - Que los expedientes hayan sido auditados por el comité de auditoría de muerte materna y perinatal de la provincia de Bocas del Toro.
- **Criterios de Inclusión para Perinatos Fallecidos:**
- Todos los expedientes clínicos que reposan en el Departamento de Registros Estadísticos del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola con registro de muerte perinatal, consideradas entre las (28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de siete días) y que fallecieron en la provincia de Bocas del Toro o Chiriquí al ser trasladados por su condición.
  - Que en los expedientes se consigne o no copia de certificado de defunción que indique la causa de muerte perinatal.
  - Que la muerte perinatal sea de madre que haya presentado morbilidad extrema directa.

- Que la muerte perinatal se asocie a factores transculturales o técnicos - administrativos.
- Que la madre del perinato haya asistido o no a control prenatal.
- Que los expedientes hayan sido auditados por el comité de auditoría de muerte materna y perinatal de la provincia de Bocas del Toro.

Se excluyen para ambos grupos (mujeres gestantes y perinatos fallecidos) los expedientes que no cumplen con los criterios de inclusión, a saber.

Los criterios de exclusión considerados son los que a continuación se detallan:

- **Para Gestantes Fallecidas:**

- Todos los expedientes clínicos que reposan en el Departamento de Registros Estadísticos del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola de mujeres que hayan fallecido en la provincia de Bocas del Toro o Chiriquí al ser trasladadas por su condición, que estén clasificadas como muerte materna, pero que no sean residentes de la provincia de Bocas del Toro.

- **Para Perinatos Fallecidos:**

- Todos los expedientes clínicos que reposan en el Departamento de Registros Estadísticos del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola con registro de muerte perinatal, consideradas entre las (28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de siete días) y que fallecieron en la provincia de Bocas del Toro o

Chiriquí al ser trasladados por su condición, cuyas madres o recién nacido no sean residentes de la provincia de Bocas del Toro.

### **4.3 Área de estudio y unidad de análisis**

El área de estudio donde se realiza la investigación es la Unidad Ejecutora Hospitalaria Dr. Raúl Dávila Mena, ubicada en la calle 17 de abril del distrito de Changuinola, provincia de Bocas del Toro, hospital de tipo Regional con un censo total de 103 camas.

Las unidades de análisis corresponden a las siguientes:

Expedientes maternos y perinatos fallecidos, autoridades de la Caja de Seguro Social y Ministerio de salud, médicos ginecólogos, enfermero epidemiólogo y enfermeras de la sala de maternidad, estructura física de la sala de maternidad y cumplimiento de protocolos de atención.

### **4.4 Recolección de datos**

#### **4.4.1 Método y técnica**

El método utilizado es el método inductivo que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares.

Las técnicas utilizadas para la captura de la información son:

- Como fuente primaria se realizaron cinco entrevistas y una encuesta. Las entrevistas están dirigidas al siguiente Capital Humano:
  - a. Directora Institucional de la Caja de Seguro Social.

- b. Los tres médicos ginecólogos que trabajan en el Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola.
  - c. Enfermero Epidemiólogo Provincial de la Caja de Seguro Social.
  - d. Administrador Regional de la Caja de Seguro Social.
  - e. Administrador del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de la Caja de Seguro Social.
  - f. La encuesta se aplicó a las Enfermeras que laboran en la sala de maternidad del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.
- **Como segunda fuente** la revisión de los expedientes de las gestantes y de los perinatos fallecidos utilizando la técnica de la observación directa. Del cumplimiento de las normativa de los protocolos de atención de la mujer gestante con complicaciones maternas y de las condiciones de salud y estructura para la sala de maternidad en hospitales de II nivel de atención.

#### **4.4.2 Instrumento**

Hernández et al. (2012). Para el proceso de recolección de la información se elaboraron seis instrumentos que fueron revisados por la tutora de la tesis que permitieron la medición de las variables del estudio, para las cuales fue necesario evaluar la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición.

Hernández et al. (2012). La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto

produce iguales resultados. La validez en términos generales se refiere "al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir".

Hernández et al. (2012). A fin de cumplir con el proceso de confiabilidad y de la validez inicial para dichos instrumentos, se realiza una prueba piloto que consistió en administrar a una pequeña muestra cada uno de los instrumentos para probar su pertinencia y eficacia (incluyendo instrucciones), así como las condiciones de la aplicación y los procedimientos involucrados. El proceso en mención le correspondió a dos estudiantes de IV año de la Licenciatura en Ciencias de la Enfermería aplicar los instrumentos a la siguiente población:

- **Instrumento #1:** Entrevista a Médico General de la Unidad Local de Atención Primaria en Salud. Juan Aguilar.
- **Instrumento #2:** Entrevista al Director Médico Unidad Local de Atención Primaria en Salud. Juan Aguilar.
- **Instrumento #3:** Entrevista a los Médico General del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola.
- **Instrumento #4:** Entrevista a la Enfermera Epidemióloga de la Unidad Local de Atención Primaria en Salud. Juan Aguilar.
- **Instrumento #5:** Entrevista a la Enfermera del programa Maternal de la Unidad Local de Atención Primaria en Salud. Juan Aguilar.
- **Instrumento #6:** Entrevista a la Enfermera Docente del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.
- **Instrumento #7:** Entrevista al Administrador de la Policlínica de Guabito.

El objetivo general de cada una de las entrevistas que corresponden a los instrumentos número uno al siete (#1 al #7). era de clasificar los factores técnicos-administrativos que intervinieron en las muertes maternas-perinatales en la provincia de Bocas del Toro. Cada instrumento constaba de 18 preguntas, todas de tipo cerradas, cuyo patrón de interrogantes fue aplicado igual para todos.

La prueba piloto para este instrumento admitió conocer la aceptación y comprensión del mismo permitiendo hacer correctivos como:

- Aumento del tiempo para la aplicación de las entrevistas.

El segundo y tercer objetivo es el de determinar los factores socio-transculturales y clasificar los de morbilidad materna extrema, además de otros factores técnicos – administrativos que intervinieron en las muertes maternas-perinatales en la provincia de Bocas del Toro. Para ello se elaboró el instrumento # 8.

- **Instrumento #8:** Formato de recolección de factores transculturales y de morbilidad materna, con base en la historia clínica perinatal base de la mujer gestante.

El instrumento #8 correspondió a la Historia Clínica Perinatal Base del año (2007), la que de acuerdo a Fescina et al (2007), constituye un instrumento que, para el CLAP/SMR, desde 1983 es el producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la región que a través de la historia han sido convocados periódicamente por ellos para su revisión, el cual forma parte de las herramientas de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. Por tanto, su validación ya está establecida y es el resultado de

un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. A partir de este documento ya validado y de uso legal para la embarazada, el hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención; corresponde la base de datos en el programa Excel, considerando, como ya está establecido por el CLAP/SMR, cada uno de los 6 indicadores a los cuales responde: monitorizar el cumplimiento de normas y derechos, prevenir la morbilidad y mortalidad materna-fetal, disminuir las Infecciones de transmisión vertical, prevenir las alteraciones en la duración del embarazo y del tamaño fetal, prevenir las alteraciones en la duración del embarazo y del tamaño fetal, realizar vigilancia epidemiológica y de la calidad de la atención.

- **Instrumento #9:** Hoja de cotejo de las condiciones de salud y estructura para la sala de maternidad en hospitales de II nivel de atención.

Instrumento elaborado con base en el manual guía, de Torres (2010) para el diseño del servicio de Ginecoobstétrica en Hospitales de II nivel. Su contenido consta de 11 secciones y un total de 65 criterios evaluados. Ya validado debido a que circunscribe los elementos básicos que debe contener con base en las Normativa las Salas de Maternidad de los Hospitales de II nivel de Complejidad.

- **Instrumento #10:** Cuestionario para enfermeras(os) de la Sala de Maternidad del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola.

Instrumento elaborado desde la perspectiva de los conceptos de la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger, con un total de 29 preguntas, de las cuales siete (7) son de tipo cerrada, 16 mixtas y seis (6) abiertas.

Este cuestionario se aplicó como prueba piloto a 5 Enfermeras que ya habían rotado por la Sala de Maternidad, hubo accesibilidad, disposición, aceptación y claridad en responder a cada sección del mismo. Por tanto, no se registraron sugerencias por lo cual no se le realizaron modificaciones al mismo.

#### **4.4.3 Procedimiento de recolección de la información**

El desarrollo de la recolección de la información se realizó cumpliendo los siguientes pasos:

Entrega de la nota solicitando la autorización respectiva de la Dirección Institucional de la Caja de Segur Social de Bocas del Toro para la realización de las entrevistas, encuestas y revisión correspondiente de los expedientes clínicos.

Posteriormente, previa solicitud de participación en el estudio investigativo a los actores principales con base en la explicación de los objetivos del mismo, su aceptación ante la definición estructurada del consentimiento y resaltando confidencialidad de las respuestas; se procedió a la aplicación de la entrevista a partir del lunes tres al viernes siete de diciembre, en horario de 8:00am a 9:00 am, la hoja de cotejo y el cuestionario se aplicaron en la misma semana en

horario de 10:00am a 5:00pm. La revisión de todos los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión, se realizó todos los viernes de cada semana a partir del 12 de enero al viernes 27 de diciembre, todos los días en horario de 7:00 am a 3:00pm.

#### **4.5 Procesamientos de datos**

Para la entrevista y la valoración de la hoja de cotejo se agruparon las respuestas obtenidas en una matriz de análisis reflexivo, donde la secuencia de hechos constituirá las respuestas generadas de los entrevistados; que originarán por parte del entrevistador conclusiones y aprendizajes. Esta matriz dio origen a una plantilla de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), de tipo estratégico, el que constituye una propuesta analítica generada por los resultados de la investigación.

Los datos de los factores transculturales y de morbilidad materna identificados en la revisión de expedientes clínicos fueron tabulados en el programa Excel, y los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias y gráficas, cada una con sus respectivo análisis descriptivo.

Además se presentan la prueba de Fisher como estadístico con una significancia conforme al 95% y un valor de probabilidad de error de 0.05.

**CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN  
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

## 5.1. Análisis Descriptivo y Estadístico

**Tabla 4 Matriz de Análisis Reflexivo**

La tabla que a continuación se presenta establece la respuesta de los participantes entrevistados con base a preguntas de los acontecimientos que giraron en torno a las Muertes Materna y Perinatales. Hernández et al. (2012). Dichas respuestas se originan de las historias que cada uno de ellos tiene como participante de estos eventos, ya que sus respuestas constituyen un material útil para el análisis cualitativo reflexivo de este estudio. Por tanto, se establece un ensamblaje entre el tema o llamado **Contexto** que representa el hecho principal del cual se requiere que respondan la **Secuencia de hechos** vividos o conocidos por cada uno de los **Actores** a los que se entrevistó; seguido de las **Causas** descritas como autoras de las **Consecuencias** establecidas. Al finalizar se destacan las principales **Conclusiones y Aprendizajes** que según su vivencia y experiencia consideran son las más relevantes.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Concepto de salud sexual y reproductiva. Asegura la permanencia de la especie.	Vida sexual segura. Derechos Deberes Derecho de hombres y mujeres de estar informados acerca del funcionamiento de sus propios cuerpos y tomar sus	Directores Médicos Institucionales Caja de Seguro Social y Regional Ministerio de Salud. Director Médico del Hospital	Derecho y Deberes de hombres y mujeres de tomar sus decisiones libremente.	Factores de riesgo. Paternidad y Maternidad Responsables.	Proyecto de ley, sobre la esterilización femenina y masculina con normativa clara, que cada persona tenga sólo los hijos que pueda mantener.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>decisiones libremente.</p> <p>El concepto de género y su efecto en la calidad de la atención que debe ofrecerse bajo principios éticos y de respeto a la dignidad de la persona.</p>	<p>Regional.</p> <p>Director Administrativo del Hospital Regional.</p> <p>Médicos Ginecólogos Obstetras. Epidemiólogos Regionales (Médicos y Enfermeros)</p> <p>Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA</p> <p>Docentes Regionales (Enfermería)</p>			

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
<p>Conocimiento y valoración de los protocolos de atención a la mujer.</p> <p>Normas Técnico Administrativa de Atención Integral de la Mujer 2007.</p>	<p>Normas que guían la acción hacia la mujer gestante en las instalaciones de la Caja de Seguro Social como Ministerio de Salud.</p> <p>Conocidas muy bien por las enfermeras obstetras, generalmente por los Médicos Gineco-Obstetras y muy poco por los médicos internos.</p> <p>Entrega de las Normas a médicos especialistas, a médicos generales, a docencia médica, a enfermeras de</p>	<p>Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA</p> <p>Director Médico del Hospital Regional.</p> <p>Director Administrativo del Hospital Regional.</p> <p>Médicos Ginecólogos Obstetras.</p> <p>Epidemiólogos Regionales (Médicos y</p>	<p>Aplicadas hasta donde los recursos humanos, técnicos y material con los que se disponen lo permiten.</p> <p>Los funcionarios actuales (y eternos), son mayores (de 60 años), carencia en la práctica de lectura digital.</p> <p>Los funcionarios jóvenes no quieren venir a</p>	<p>Atención, diagnóstico y tratamiento que no se apegan a las normas nacionales.</p>	<p>Normas previamente divulgadas a todo el personal involucrado antes de su implementación y distribución.</p> <p>Responsabilidad de divulgación parte de la instancia normativa correspondiente al Ministerio de Salud de ahí la institución sigue lineamientos con las figuras representativas en todos los niveles en el Nacional Director, Jefa Nacional Programa Materno Infantil por sus siglas</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>programa maternal y en cada servicio de atención directa. Actualmente, entregadas en un disco compacto.</p>	<p>Enfermeros) Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA  Docentes Regionales (Enfermería)</p>	<p>trabajar a esta área y son los que operan la nueva tecnología de libros digitales.</p>		<p>(PMI), en el nivel Regional la Dirección Médica Institucional y la Coordinación PMI.</p> <p>Participación en talleres de implementación de las Normas, incluyendo la versión electrónica de la historia clínica perinatal base.</p> <p>Divulgación de las normas como uno de los puntos del programa de Inducción al servicio.</p> <p>Levantar una base de datos que</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
					<p>contenga la información de quienes operativamente, están en cada uno de los servicios y han recibido capacitación en relación a las Normas de Atención Integral a la Mujer.</p> <p>Elaboración de Plan Operativo Anual por sus siglas (POA) que considere el cumplimiento de la Norma, con la programación de supervisiones trimestrales.</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
<p>Evolución de las muertes maternas y perinatales en la provincia de Bocas del Toro desde el año 2010 al 2012.</p> <p>Factores y causas específicas que han determinado esta situación.</p>	<p>Existencia de tres médicos Gineco Obstetra</p> <p>Siete (7) Enfermeras obstetras en sala.</p> <p>Pocos incentivos que ofrece la institución no compensan de ninguna manera el sacrificio de un profesional altamente o medianamente calificado de venir a trabajar en esta área.</p> <p>Remiendo del Hospital actual</p>	<p>Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA.</p> <p>Director Médico del Hospital Regional.</p> <p>Director Administrativo del Hospital Regional</p> <p>Médicos Ginecólogos Obstetras</p> <p>Epidemiólogos Regionales (Médicos y</p>	<p>El exceso en la reproducción (factores socio-transculturales de la población mayoritaria de la etnia Ngäbe Bugle) Barrera idiomática. Cultura Machista</p> <p>Costo de la atención, exámenes, partos y pasajes</p> <p>Debilidad en el uso de los métodos de planificación familiar.</p> <p>Mejora en el sistema de registro y análisis, cambiar las definiciones de casos y afinar el diagnóstico clínico hacen que los casos parezcan</p>	<p>Del 2010 al 2012 la fecha se ha atendido un promedio de 9000 partos institucionalmente, se han reportado aproximadamente 451 Muertes perinatales y 25 muertes maternas confirmadas hasta el 2011.</p> <p>Para el año 2012 hay dos muertes maternas y en la provincia de Chiriquí reportan 4 probables (pendiente se confirmen si causas o no.)</p>	<p>Proyecto de ley, sobre la esterilización femenina y masculina.</p> <p>Necesidad de políticas de salud integral, actuales no son aplicadas.</p> <p>Construcción de un hospital y sala de partos moderna, bien equipada y fuera de los bananales, que fuera atractivo para un joven profesional.</p> <p>Redirección de actividades</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>viejo, obsoleto y contaminado.</p> <p>Hospital contaminado lugar donde llegan las alimañas y los tóxicos del bananal, donde la fumigación área de peligrosos agroquímicos es la rutina.</p> <p>Ausencia de una sala de partos adecuada.</p> <p>Pacientes procedentes de la comarca donde los medios de</p>	<p>Enfermeros)</p> <p>Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA</p> <p>Docentes Regionales (Enfermería)</p>	<p>aumentar.</p> <p>Deficiente supervisión periódica, poca auditorías de expedientes, análisis por los comité de muerte materna y muerte perinatal.</p> <p>Exigua cantidad de profesionales Ginecólogos-Obstetras con que cuenta la provincia y el insuficiente número de enfermeras obstetras.</p> <p>La calidad y preparación de los internos es cada vez menor y ahora con los "médicos" que vienen</p>	<p>Asistencia y uso de medicina tradicional.</p> <p>Asistencia donde las parteras empíricas.</p>	<p>regionales de promoción y prevención hacia la población.</p> <p>Integración MINSA-CSS y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario por sus siglas (MIDA) para establecer programas de cultivo y producir la tierra para tener una mejor dieta y un mejor futuro.</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>comunicación son escasos y las vías, marítimas o terrestres son altamente peligrosas y tienen que viajar varios días.</p> <p>“parteras empíricas” “preparadas” por el MINSA. generalmente refieren tardíamente y me tocó muchas veces sacar un feto podrido o lesionado en el cuero cabelludo. donde se veían claramente las</p>		<p>de Cuba.</p> <p>Existencia de muy poco equipo de diagnóstico y el Ultrasonografía por sus siglas (USG) gineco-obstétrico, es realizada por técnicos de radiología, sin un entrenamiento formal y generalmente sus estudios. El USG Gineco-Obstétrico es del ginecólogo y se interpreta en vivo.</p> <p>Gestantes que llegan al parto, muchas, cerca del 50%, llegan sin control prenatal y las que lo traen muchas con un Control</p>		

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>huellas de uñas.</p> <p>No se les da orientación correcta a las embarazadas.</p>		<p>Prenatal por sus siglas (CPN) tardío o de muy mala calidad. Muchas llegan sin sus exámenes o incompletos. Otro tanto llegan con un C.P.N. con buena cantidad de consultas, pero de muy mala calidad.</p> <p>Gestantes con Alto Riesgo Obstétrico por sus siglas (ARO) o muy ARO no son referidas oportunamente.</p> <p>Las gestantes que llegan al Cuarto de Urgencias generalmente no reciben la atención debida.</p>		

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Impacto de los Factores Socioculturales en las Muertes Maternas.	Factor socioeconómico y cultural. Patrones de alimentación. Alto porcentaje de población indígena. Analfabetismo. Edad, Antecedentes Personales y Familiares. Pobreza extrema, Número de embarazos. (Multiparidad y Gran Multiparidad). Falta de credibilidad en los	Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA Director Médico del Hospital Regional Director Administrativo del Hospital Regional Médicos Ginecólogos Obstetras Epidemiólogos Regionales	Falta de detección temprana en los controles prenatales y por consiguiente patologías no controladas para el momento del parto. Baja calidad en los servicios de salud. Aptitud y Actitud del personal que ofrece el servicio. Falta de Recurso humano, Médicos especialistas añosos y con sobrecarga laboral. Prevalece la atención curativa, con los	Aumento en las cifras de Muertes Materna y Perinatales.	Déficit Coordinación MINSA CSS y líderes Comunitarios.  Necesidad de realizar Cambios en las Políticas de Salud.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>servicios.</p> <p>Factores de riesgo gineco-obstétricos propio del embarazo, no detectado oportunamente para su abordaje y referencia inmediata.</p>	<p>(Médicos y Enfermeros)</p> <p>Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA</p> <p>Docentes Regionales (Enfermería)</p>	<p>Sukias o curanderos.</p> <p>Falta de divulgación por medios de comunicación masiva de los programas de tención de gestantes.</p> <p>Falta de compromiso para hacer cumplir las normas.</p>		

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Impacto de los factores morbilidad extrema en las muertes maternas.	<p>Pacientes con Alto y Muy Alto Riesgo que no son controladas.</p> <p>Falta de detección oportuna de patologías.</p> <p>No se realiza educación a las gestantes o la orientación es incorrecta.</p>	<p>Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA</p> <p>Director Médico del Hospital Regional</p> <p>Director Administrativo del Hospital Regional</p> <p>Médicos Ginecólogos Obstetras</p> <p>Epidemiólogos Regionales (Médicos y</p>	<p>No se realizan los Diagnósticos diferenciales, referencia oportuna e ineficientemente de las pacientes hacia los niveles de atención de mayor complejidad.</p> <p>Falta de búsqueda de las pacientes inasistentes al control prenatal.</p>	Traslados de este grupo de pacientes a unidades de mayor complejidad.	Atención integral de la gestante con el adecuado cumplimiento de las Normas Técnico Administrativas.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
		Enfermeros)  Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA  Docentes Regionales (Enfermería).			

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Impacto de los factores técnicos administrativos en las muertes maternas.	La legislación panameña solo otorga gratuidad de la atención del embarazo y el parto en las instalaciones del Ministerio de Salud, un escollo técnico-administrativo importante es la CSS, dado que en la provincia las instalaciones de mayor complejidad y es donde se recibe la mayoría de los partos.	Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA  Director Médico del Hospital Regional.  Director Administrativo del Hospital Regional.  Médicos Ginecólogos Obstetras.  Epidemiólogos Regionales	Hospital de II Nivel, cuya estructura interna para atención de este grupo de pacientes se caracteriza por servicios mixtos.  Falta de insumos propios para la atención materna-perinatal.  Déficit Capital humano (médicos especialistas)	Traslados de este grupo de pacientes a unidades de mayor complejidad.  Débil gestión para la ejecución de la compensación de costo.	Necesidad de construir un hospital Materno Infantil en el área de Changuinola.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
		(Médicos y Enfermeros)  Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA  Docentes Regionales (Enfermería).			

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Plan para disminuir la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.	Muertes Maternas y Muertes Perinatales entre los años 2010-2012.	Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA.  Director Médico del Hospital Regional.  Director Administrativo del Hospital Regional.  Médicos Ginecólogos Obstetras.  Epidemiólogos Regionales	Déficit Capital humano (médicos especialistas)  Estructura física del hospital no acorde a la oferta exigida por la demanda de la atención.		Integración de la gestión nacional y provincial.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
		(Médicos y Enfermeros)  Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA  Docentes Regionales (Enfermería)			

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Existencia y funcionamiento del comité de mortalidad materna y perinatal.	Esfuerzo que realiza el Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena; con la participación del Director Médico, la jefe del Departamento de Enfermería, la enfermera jefe del servicio de Obstetricia, Un médico general, el enfermero de epidemiología, en ocasiones un Pediatra y el jefe del servicio de Obstetricia; participan de reuniones semanales.	Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA  Director Médico del Hospital Regional.  Director Administrativo del Hospital Regional.  Médicos Ginecólogos Obstetras.  Epidemiólogos Regionales	Se ha implementado con el énfasis exigido a partir del 2009, con el compromiso de las autoridades locales, regionales y nacionales.  50% de deficiencias y retos por cumplir.		Compromiso Nacional a favor de la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna y Perinatal del 13 de Diciembre del 2004 rige para todo el país.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>Las instalaciones cuentan con un comité de muerte materna y perinatal de acuerdo a sus recursos y su capacidad resolutive.</p> <p>Funcionan como lo establece la norma de acuerdo al nivel de complejidad.</p> <p>Se reúnen periódicamente de acuerdo a las necesidades y estadísticas.</p>	<p>(Médicos y Enfermeros)</p> <p>Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA</p> <p>Docentes Regionales (Enfermería)</p>			

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Dificultades existentes para el manejo de las emergencias obstétricas.	<p>La distancia existente desde el Hospital Dr. Raúl Dávila Mena hasta el hospital Dr. José Domingo de Obaldía es de 181Km, aunado al mal estado de la Carretera.</p> <p>Inexistencia de Ambulancias Tipo II y III.</p> <p>Ambulancias con estructura interna no apropiada para traslados de este nivel de complejidad(Espacio físico limitado, equipamiento</p>	<p>Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA</p> <p>Director Médico del Hospital Regional.</p> <p>Director Administrativo del Hospital Regional.</p> <p>Médicos Ginecólogos Obstetras.</p> <p>Epidemiólogos</p>	<p>Falta de coordinación con el MINSA, para el traslado de las pacientes.</p> <p>Sala de maternidad y neonatología carecen de las condiciones óptimas para la atención de pacientes con ARO y/o complicaciones perinatales.</p> <p>Manipulación previa por parteras.</p> <p>Gestantes sin controles o los mismos son deficientes, sin la realización de los laboratorios.</p>	<p>El tratamiento y conducta a seguir dependerá de la Unidad Ejecutora donde se realice el diagnóstico oportuno, con base en la condición de la paciente.</p>	<p>Integración entre MINSA y CSS para determinar estrategias de acercamiento con las parteras empíricas por medio de los líderes comunitarios, además de las parteras formadas por el programa del MINSA.</p> <p>Importante el reforzamiento de la captación de gestante en atención primaria y la vigilancia</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>para la asistencia durante el trayecto)</p> <p>Riesgos por las horas en que se generan los traslados.</p> <p>Falta de disponibilidad inmediata de recurso humano, para el traslado de pacientes que requiere asistencia médica.</p> <p>Fortalecer la capacitación continua de los</p>	<p>Regionales (Médicos y Enfermeros)</p> <p>Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA</p> <p>Docentes Regionales (Enfermería)</p>			<p>estricta en el cumplimiento de las normas técnico administrativas.</p>

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
	<p>colaboradores que asisten los Traslados.</p> <p>El Hospital Regional Raúl Dávila Mena cuenta, solamente, con dos ginecólogos.</p> <p>Resto de unidades ejecutoras no tienen médicos ginecólogos solo médicos generales.</p>				

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Sugerencias para la mejora en la atención de urgencias obstétricas.	Llegada no oportuna de la gestante.  Tratamiento inadecuado.  Todas las pacientes se atienden en el servicio de urgencias general. Inexistencia de área de urgencias obstétricas.  Respuesta no oportuna de los médicos ginecólogos al ser llamados.	Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA  Director Médico del Hospital Regional  Director Administrativo del Hospital Regional  Médicos Ginecólogos Obstetras.  Epidemiólogos Regionales	Un solo hospital regional con capacidad resolutive a nivel provincial.  Dos ginecólogos para la atención de la provincia.  Debilidad en la realización del diagnóstico inicial y oportuno de la gestante que acude al cuarto de urgencias.  Mismo recurso humano para brindar atención a pacientes de labor, parto,	Aglomeración de todo tipo de pacientes en el Servicio de Urgencias, escenario que impide la atención oportuna e inmediata de este grupo de Pacientes.	Capacitación para todo el equipo de salud que atienden casos de urgencias obstétricas.  Rotación de residentes de último año por el servicio de obstetricia.  Incremento del número de especialistas en Gineco Obstetricia.  Necesidad recurrente para la divulgación de los protocolos de atención de las urgencias obstétricas.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
		(Médicos y Enfermeros)  Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA  Docentes Regionales (Enfermería)	puerperio, ante parto complicado y alto riesgo obstétrico.		Establecimiento de acciones de monitoreo y evaluación, en cuanto a cumplimiento de los protocolos de atención (capacidad y oportunidad de respuestas.) Garantizar el cumplimiento de las normas por todos los colaboradores.  Turno presencial en urgencias de médicos especialistas en el servicio de obstetricia.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
					<p>Incrementar el recurso humano, en la sala de maternidad mixta. (enfermeras)</p> <p>Crear la figura de médicos generales asignados a la sala de maternidad)</p> <p>Gestionar con la Facultad de Enfermería del Campus y de la Universidad Autónoma de Chiriquí cupos para que Enfermeras(os) participen del Post Grado de Gineco Obstetricia.</p>

<b>Contexto</b>	<b>Secuencia de Hechos</b>	<b>Actores</b>	<b>Causas</b>	<b>Consecuencias</b>	<b>Conclusiones y Aprendizajes</b>
					Separar los servicios de atención en la sala de maternidad.

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
Marco Legal y su influencia en aplicación de las normas técnico administrativas de atención integral.	Toda muerte materna y perinatal es investigada.  Existencia de sanciones directas con la aplicación del reglamento interno.	Directores Médicos Institucionales CSS Y Regional MINSA  Director Médico del Hospital Regional.  Director Administrativo del Hospital Regional.  Médicos Ginecólogos Obstetras  Epidemiólogos Regionales	En el marco legal existen leyes, decretos ejecutivos, resueltos, resoluciones, compromiso nacional, consultas legales, notas y memorandos que sustentan la aplicación de las políticas de atención integral de la mujer y de las normas obstétricas de atención.	Demandas Civiles y Penales.  El marco legal ayuda a determinar quiénes y qué del protocolo de atención no se cumplió a fin de reorientar las políticas de atención integral de la mujer, de modo que se pudieran reducir los indicadores negativos en armonía con el alcance de los objetivos del milenio.	Normas técnico administrativas y de procedimiento.  Normas para el manejo de la atención de alto riesgo obstétrico.  Ley 68.  Código Sanitario.  Código Penal  Código Administrativo.  Ley 38.  Decreto ejecutivo 137,

Contexto	Secuencia de Hechos	Actores	Causas	Consecuencias	Conclusiones y Aprendizajes
		(Médicos y Enfermeros)  Coordinadores Materno Infantil CSS-MINSA  Docentes Regionales (Enfermería)			del 22 de julio de 2005.  Ley 42 de 19 de noviembre de 1997. Resolución N°480

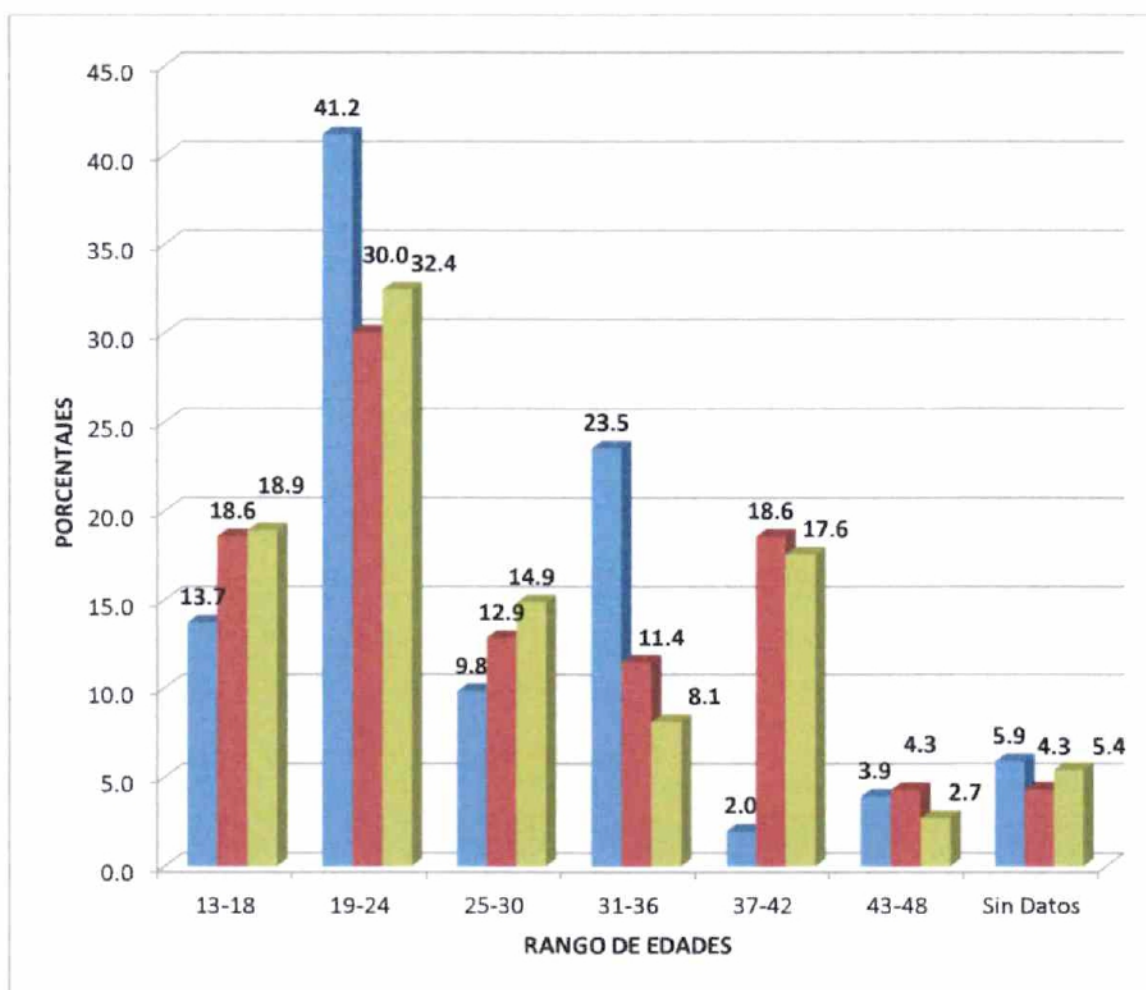
A continuación se presenta el análisis descriptivo de las tablas y gráficas correspondientes al presente estudio.

**Cuadro 1** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según rango de edad de las maternas muertas y madres de los perinatos fallecidos. Historias clínicas perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Rango de Edad	Muertes Maternas-Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	51	100	70	100	74	100
<b>13-18</b>	7	13.73	13	18.57	14	18.92
<b>19-24</b>	21	41.18	21	30.00	24	32.43
<b>25-30</b>	5	9.80	9	12.86	11	14.86
<b>31-36</b>	12	23.53	8	11.43	6	8.11
<b>37-42</b>	1	1.96	13	18.57	13	17.57
<b>43-48</b>	2	3.92	3	4.29	2	2.70
<b>Sin Datos</b>	3	5.88	3	4.29	4	5.41

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del periodo 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 13** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según rango de edad de las maternas muertas y madres de los perinatos fallecidos. Historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 1

En el cuadro uno se puede observar que la edad de las maternas muertas y madres de los perinatos fallecidos, en su gran mayoría, osciló entre los 19-24 años. En primer lugar un 41.1%, segundo lugar 32.4% y en el tercer lugar 30% respectivamente para los años 2010, 2012 y 2011 por años consecutivamente.

Este panorama es característico de un grupo de mujeres en edad fértil, y por ende, productiva. No obstante, según describe Pérez y Donoso (1999) la edad materna constituye un factor de riesgo materno-perinatal, especialmente en las edades extremas del período fértil. La embarazada menor de 20 años concentra un mayor riesgo de partos prematuros, recién nacidos de bajo peso y restricción en el crecimiento intrauterino; además de la falta en el cumplimiento de sus responsabilidades en el control prenatal a causa de la inadaptabilidad al proceso de embarazo, por la edad propia de la adolescencia.

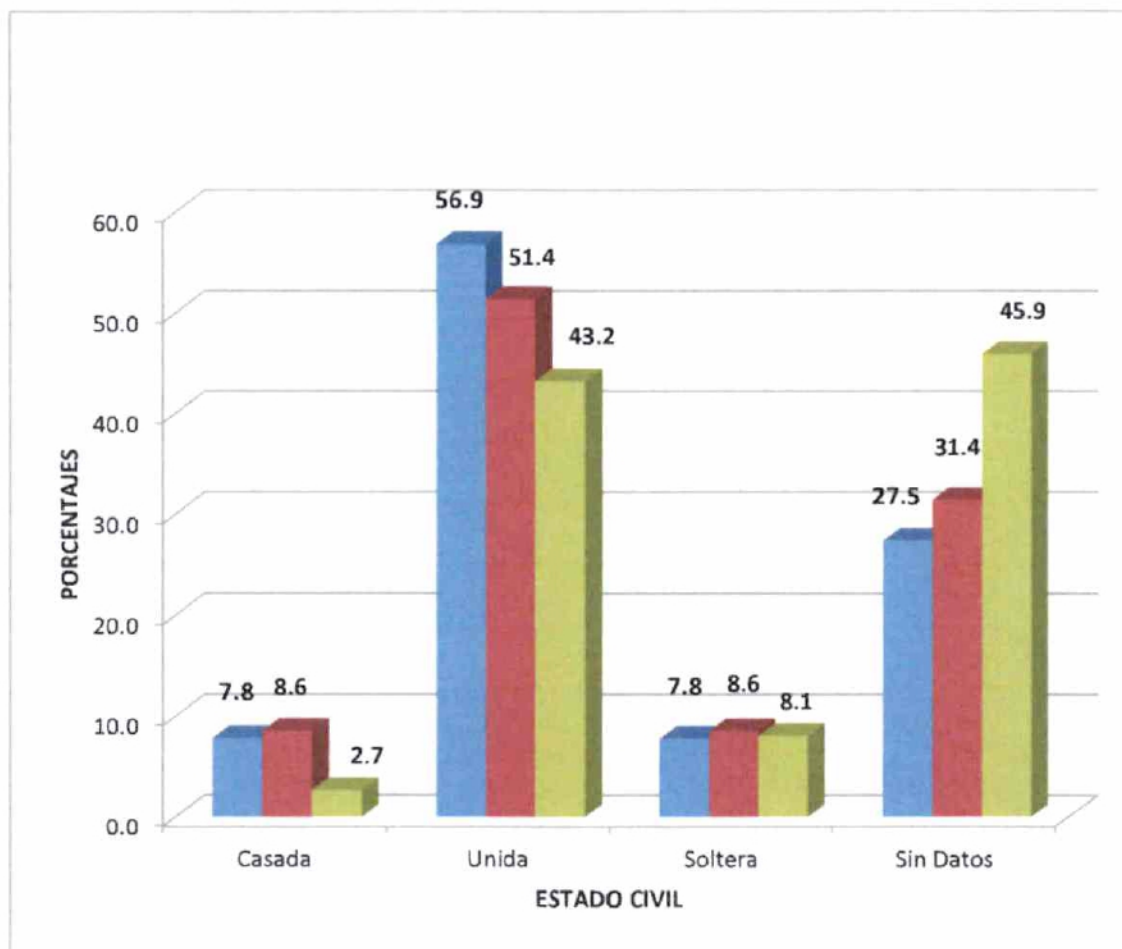
A partir de este planteamiento se reitera para esta investigación la importancia del control prenatal como medio para vigilar la evolución del embarazo e identificar oportunamente los factores de riesgo que puedan afectar directa o indirectamente el curso normal del embarazo, anteponiendo estrategias de acción pertinentes según sea el diagnóstico, a fin de evitar la morbilidad materna-perinatal.

**Cuadro 2** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según estado civil de las mujeres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Estado Civil de la Madre	Muertes Maternas-Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	51	100	70	100	74	100
<b>Casada</b>	4	7.84	6	8.57	2	2.70
<b>Unida</b>	29	56.86	36	51.43	32	43.24
<b>Soltera</b>	4	7.84	6	8.57	6	8.11
<b>Sin Datos</b>	14	27.45	22	31.43	34	45.95

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 14** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según mujeres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.



Fuente: Cuadro 2

De acuerdo a la distribución porcentual por estado civil el mayor porcentaje corresponde a estado civil de unión libre, el 56.8% en primer lugar, 51.4% segundo lugar y 43.2% en tercer lugar al paso de los años transcurridos 2010, 2011 y 2012.

El estado civil representa una de las variables establecidas en el carné perinatal de la mujer gestante, considerado como un factor psicosocial que condiciona el estado emocional de la gestante y por ende el curso del embarazo, toda vez que el estado emocional de la embarazada es favorecido con el apoyo y presencia del cónyuge lo que representa en la gestante un pilar fundamental para todo el desarrollo concepcional y del recibimiento del producto de la concepción.

La unión libre o concubinato es definida por Ballesteros (1999) como la unión entre un hombre y una mujer no casados entre sí, que mantienen una comunidad de vida similar a la que existe entre los cónyuges. No obstante, esta unión no se equipara al matrimonio civil, marcando una gran diferencia y significancia en los valores familiares, considerando que el compromiso establecido en una unión libre carece de responsabilidades legales contempladas en el matrimonio civil.

El Artículo 26. Del Código de la Familia, señala: "El matrimonio es la unión voluntariamente concertada entre un hombre y una mujer, con capacidad legal, que se unen para hacer y compartir una vida en común". Escenario que apoya el registro del niño (a) (apellido paterno) por parte de la madre, en ausencia o negación del padre.

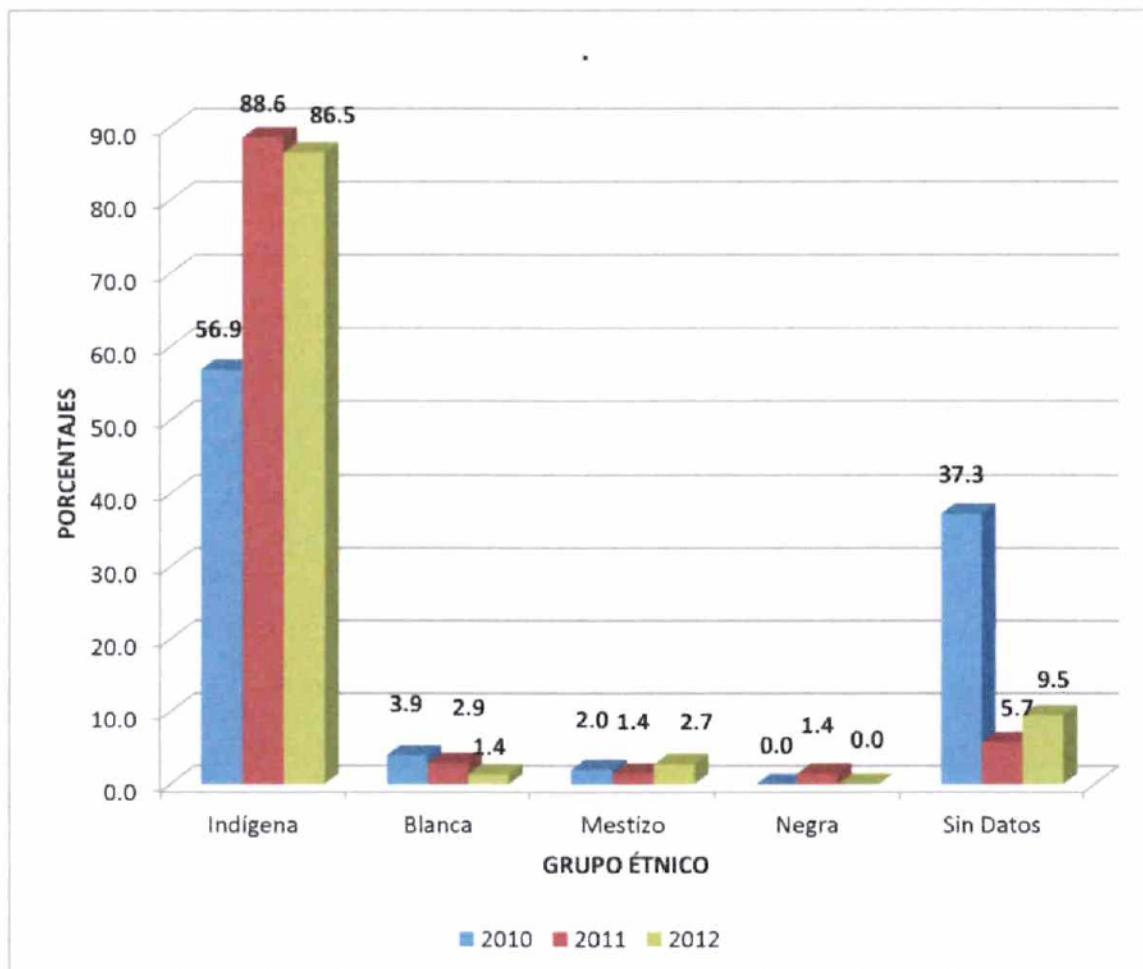
Es importante destacar aspectos propios a este estudio, como lo es el grupo de menores de edad, la carencia de compromiso del cónyuge para afiliarse a la pareja al seguro social, el temor de los cónyuges posterior a la separación que los remite a pagar pensión a su esposa por ley, la inseguridad de estabilidad familiar duradera, entre otros; constituyen algunas de las causas que limitan la decisión del cónyuge al matrimonio civil.

**Cuadro 3** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según grupo étnico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Grupo Étnico	Muertes Maternas-Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	51	100	70	100	74	100
<b>Indígena</b>	29	56.9	62	88.6	64	86.5
<b>Blanca</b>	2	3.9	2	2.9	1	1.4
<b>Mestizo</b>	1	2.0	1	1.4	2	2.7
<b>Negra</b>	0	0.0	1	1.4	0	0.0
<b>Sin Datos</b>	19	37.3	4	5.7	7	9.5

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 15** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según grupo étnico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatal base . Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 3

El grupo poblacional de mujeres que en su mayoría fueron atendidas corresponden a la etnia indígena en 88.6% (2011), 86.5% (2012) y 56.9% (2010) por años respectivamente, sin embargo, se observa un porcentaje importante sin datos de 37.3%, el cual puede ser la causa correspondiente al descenso que se observa en el año 2010. Este contexto puede estar relacionado con un factor técnico-administrativo con respecto al desconocimiento del llenado correcto de la historia clínica perinatal base como documento médico legal.

En la provincia de Bocas del Toro, con un total de 51,086 indígenas, la mayor cantidad se concentraba en el distrito de Changuinola, con casi el 50% del total de población; en los distritos de Bocas del Toro y Chiriquí Grande, representaban el 73.5% y 85.0% de la población total, respectivamente.

Población femenina con características propias de su tradición.

Según Beckford & Mayas (2005) **La Mujer Indígena:** Es la portadora potencial de un hijo siendo su participación importante en la extensión de la humanidad. El espacio de la mujer está ligado, fundamentalmente, al hogar, al ámbito privado. En el mito de los orígenes, aparece claramente el papel de la mujer como portadora de la humanidad. Queda claro entonces, que la tradición refuerza el rol de la mujer en el espacio hogareño por su biología, (portadora de la humanidad) y por las aptitudes y comportamientos demostrados en el principio del mundo. Por lo tanto, la mujer ocupa el espacio de lo natural.

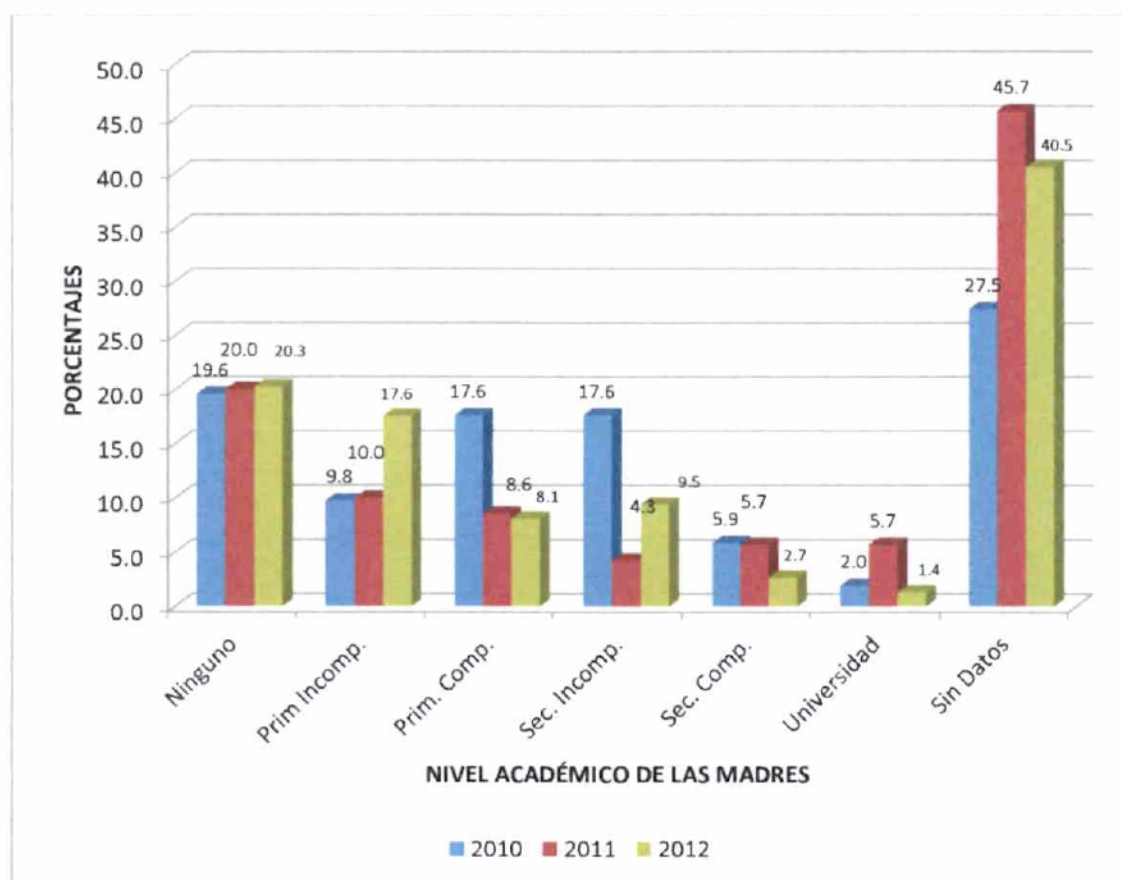
Los padres de la mujer Ngäbe son los responsables de la elección del marido de su hija, siendo así la biología como dispositiva de poder, se basa sobre la esencia de lo masculino y lo femenino para fundamentar la atribución de los papeles sociales en función de sexo. El patriarcado, es una categoría con implicaciones políticas discriminatorias en donde el hombre domina a la mujer y la actitud de la mujer se limita a la crianza de los hijos.

**Cuadro 4** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según nivel académico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

NIVEL ACADÉMICO	Muertes Maternas-Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	51	100	70	100	74	100
<b>Ninguno</b>	10	19.6	14	20.0	15	20.3
<b>Prim Incomp.</b>	5	9.8	7	10.0	13	17.6
<b>Prim. Comp.</b>	9	17.6	6	8.6	6	8.1
<b>Sec. Incomp.</b>	9	17.6	3	4.3	7	9.5
<b>Sec. Comp.</b>	3	5.9	4	5.7	2	2.7
<b>Universidad</b>	1	2.0	4	5.7	1	1.4
<b>Sin Datos</b>	14	27.5	32	45.7	30	40.5

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 16** Distribución de muertes maternas-perinatales por año, según nivel académico de las madres fallecidas y madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 4

La mayoría no precisaba los datos requeridos en la historia clínica perinatal base; sin embargo, en la captura de los datos se observa que el primer lugar con un 20.3%, segundo lugar 20% y en tercer lugar el 19.6% con base en 2012, 2011 y 2010; no presentaban ningún nivel académico.

Estas cifras observadas son estadísticamente significativas al evidenciar las costumbres de esta etnia, en donde, el censo del 2010, señala que en todos los niveles el hombre tiene mayores porcentajes de instrucción que las mujeres de la etnia Ngäbe Bugle. Esta relación se puede observar en las razones hombre/mujer, en los diferentes niveles educativos: primaria, secundaria y universitaria. Aproximadamente un tercio de la población indígena en Panamá es analfabeta, siendo los Ngäbe y Bugle los que más alta tasa de analfabetismo presentan (36%). Además se observa un resquicio por género al observarse que el analfabetismo entre las mujeres indígenas es de cerca del 40%, fenómeno que no se observa entre los no indígenas, ni aún entre los pobres. Esta situación descrita, está ligada a la vida en pareja en edades tempranas que debe establecer una vez aparezca la menarquía, evento que, por lo general, limita la culminación de sus estudios, los que son relegados a último plano para dar el espacio correspondiente a su vida familiar; caracterizada por la convivencia matrimonial, la reproducción y la crianza de los hijos.

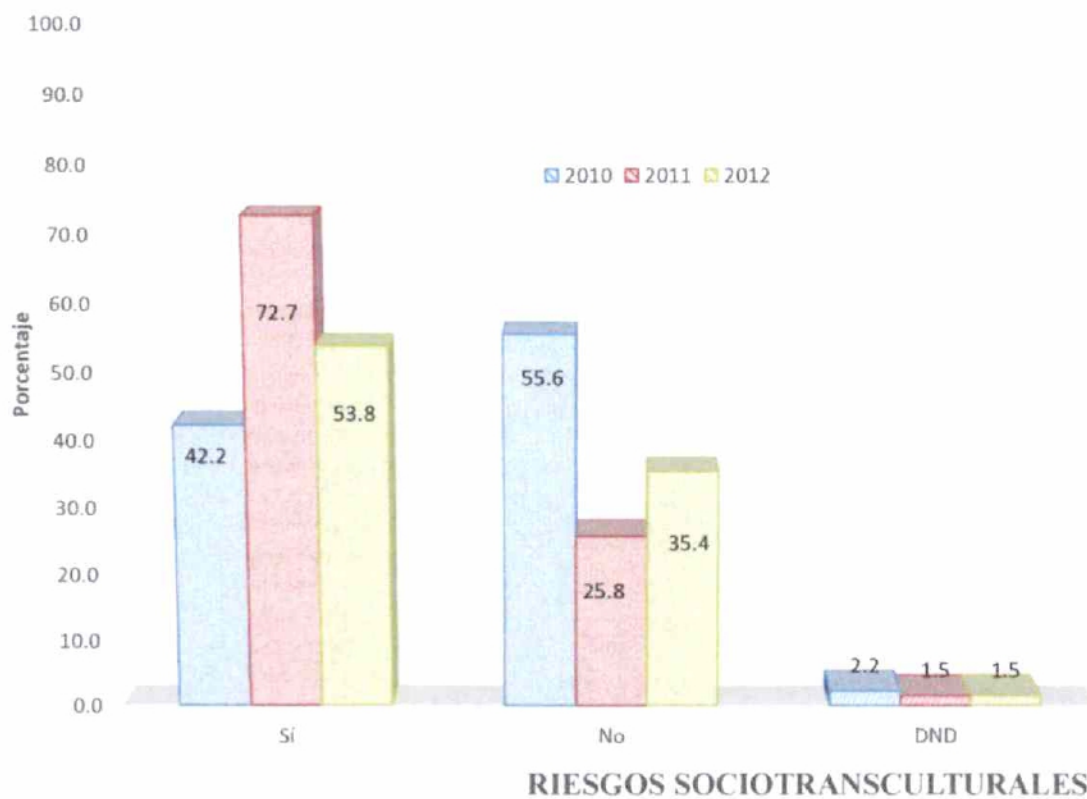
**Cuadro 5** Distribución de muertes perinatales por año, según riesgos sociotransculturales existentes en los perinatos fallecidos registrado en las historias clínicas perinatales bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Riesgo	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Socio-Transculturales</b>						
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Sí</b>	19	42.2	48	72.7	35	53.8
<b>No</b>	25	55.6	17	25.8	23	35.4
<b>Datos No Disponibles</b>	1	2.2	1	1.5	1	1.5

**p= 0.0054**

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del periodo 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 17** Distribución de muertes perinatales por año, según riesgos socio-transculturales existentes en los perinatos fallecidos registrados en las historias clínicas perinatales bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.



Fuente: Cuadro 5

En conjunto los aspectos sociodemográficos aportaron un componente de alto de riesgo para los productos de las madres estudiadas, con tendencia al aumento del 2010 al 2012, lo cual fue estadísticamente significativo con una  $p=0.0054$ .

Como se observa en el cuadro cinco, los factores socio-transculturales (paridad, alfabetización, procedencia y religión) fueron identificados como riesgo existentes con 72.7% en primer lugar, seguido en segundo lugar de un 55.6% y en tercer lugar con 53.8%, de acuerdo a los años 2010, 2011 y 2012; respectivamente.

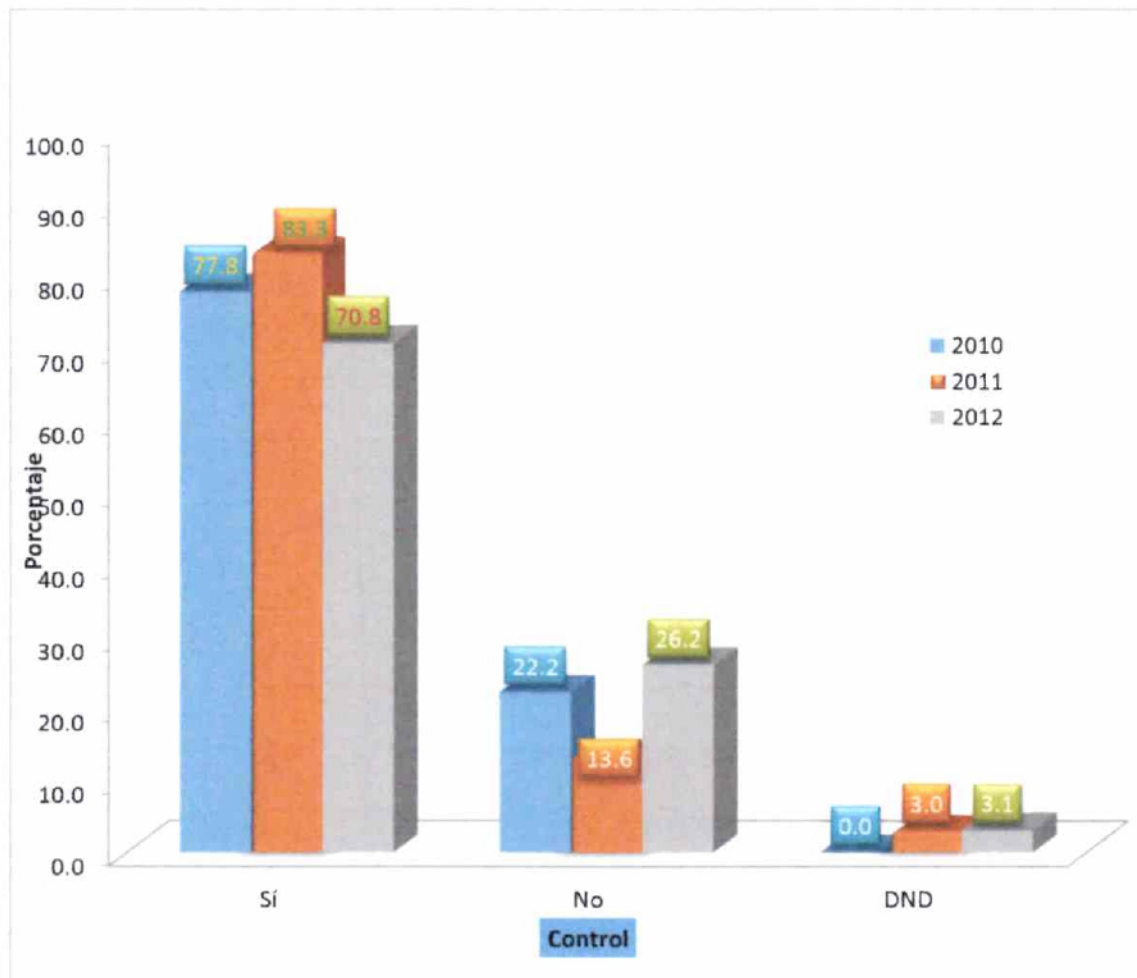
Estas cifras observadas son estadísticamente significativas al evidenciar que las madres de los perinatos fallecidos, presentaban condiciones de multiparidad, analfabetismo, procedencia lejana y participación en la religión Mama Tata propia de la etnia; la que permite la atención de salud por parte de los curanderos o Sukias, limitando su acceso a los servicios del control prenatal en la atención primaria en salud.

**Cuadro 6** Distribución de muertes maternas por año, según categorización de asistencia o no al control prenatal de las mujeres fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Categorización Por Asistencia	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Asistencia a Control Prenatal</b>	4	66.7	4	100.0	6	66.7
<b>Sin control prenatal</b>	2	33.3	0	0.0	3	33.3

Fuente: Observación Directa de la Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 18** Distribución de muertes maternas por año, según caracterización por asistencia o no al control prenatal de las madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 6

El control prenatal tiene el objetivo de diagnosticar y detectar tempranamente las alteraciones del embarazo y de ser posible prevenirlas o tratarlas a su debido tiempo. Clavijo (2011)

En este cuadro estadístico anterior, se observa en primer lugar que el 100% de las mujeres fallecidas en el año 2011, seguidas del segundo y tercer lugar con igual porcentaje del 66.7% para los años 2010 y 2012 respectivamente asistieron a sus controles prenatales. De igual forma la gráfica presentada en la figura 18, en primer lugar con un 83.3%, segundo lugar con 77.8% y en tercer lugar con 70.8% correspondiente a los años 2011, 2010 y 2012 proporcionalmente; evidencian la asistencia a controles prenatales de las gestantes madres de los perinatos fallecidos.

Para ambos casos, desde la perspectiva de la asistencia a los controles prenatales relacionados con la mortalidad materna y perinatal, los resultados no fueron estadísticamente significativos. Este escenario expone la valoración que Chocrane (2008) citado por Clavijo (2011) donde explica ante la igual efectividad del control prenatal con menos visitas de la gestante que con un seguimiento mayor del mismo.

No obstante, es necesario hacer referencia de los principios del control prenatal.

**Extenso:** Abarcando al total de mujeres embarazadas de la comunidad o distrito, es decir que la mayor cantidad de mujeres que tengan un control prenatal.

**Continuo:** Como lo describe la norma, en Panamá se señala que como mínimo la mujer debe tener siete (7) controles prenatales en todo su embarazo.

**Precoz:** Toda mujer embarazada debe acudir al inicio de su control durante el primer trimestre.

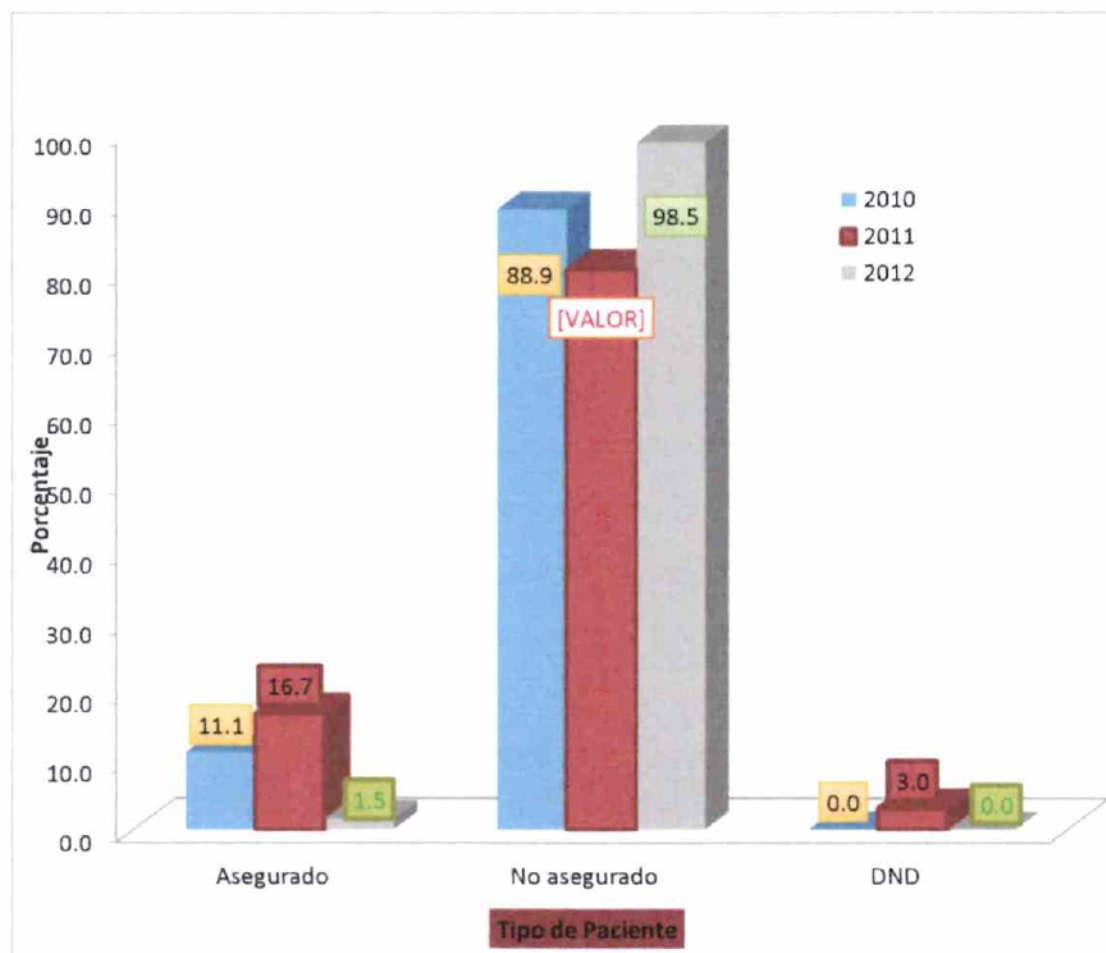
**Integral:** Se debe realizar promoción de cómo debe cuidarse la mujer durante el embarazo, lo que supone la orientación completa para la detección oportuna de signos de alarma que la dirijan a la búsqueda inmediata de la atención médica, marco que se puede referenciar como relevante en la prevención de la mortalidad materna-perinatal; por tanto, se infiere la relación estrecha entre los resultados obtenidos en este cuadro y gráfica estadística, toda vez que a pesar de su asistencia a los controles prenatales los resultados al momento del parto fueron desfavorables.

**Cuadro 7** Distribución de muertes maternas por año, según categorización de tipo de paciente de las mujeres fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Tipo de Paciente	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Asegurado</b>	1	16.7	1	25.0	0	0.0
<b>No asegurado</b>	5	83.3	3	75.0	9	100.0

Fuente: Observación directa de las historias clínicas perinatales base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 19** Distribución de muertes perinatales por año, según categorización de tipo de paciente de los perinatos fallecidos en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Observación directa de las historias clínicas perinatales base de los expedientes del periodo 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

Con base en la categorización de tipo de paciente se observa en el cuadro siete que en primer lugar con un 83.3% y en segundo con 75% propio a los años 2010 y 2011; las mujeres fallecidas atendidas pertenecían a la categoría de no aseguradas. Mientras que en el tercer lugar con 70.8% propio del año 2011 eran pacientes aseguradas. Resulta oportuno en esta misma línea de enlace hacer referencia a la figura 19 que muestra el 98.5% en primer lugar, seguido del 88.9% en segundo lugar y un 80.3% en tercer lugar correspondiente a los perinatos fallecidos.

Estos resultados sustentan la demanda de atención de pacientes materno-perinatal que asume el Hospital Regional de Changuinola Dr. Raúl Dávila Mena, el que constituye el único centro de referencia de la provincia de Bocas del Toro, donde llegan todos los casos referidos a nivel provincial. Estimando la población total de la provincia de Bocas del Toro, según el Censo de Población del (2010) es de 125,461 habitantes, y de esta población de habitantes se desprende las mujeres en edad fértil (MEF) que suman un total de 58,448 mujeres; que con base en el Departamento de Registros y Estadísticas del Ministerio de Salud (2012) estiman un total de embarazadas para el 2012 de 3,735. Y cuya población asegurada es de 45% y no asegurada un 54% de la población total respectivamente. Todo lo anterior determina la necesidad de la construcción de un hospital Materno-Infantil o en su defecto la estructuración separada de las áreas de atención obstétrica según establecimiento actual de la

sala de maternidad; a fin de garantizar una atención de calidad e integral para asegurados y no asegurados.

**Cuadro 8** Distribución de muertes maternas por año, según llenado de la historia clínica perinatal base de las mujeres fallecidas. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Llenado de la Historia Clínica Perinatal Base	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Completo</b>	1	16.7	0	0.0	0	0.0
<b>Incompleto</b>	3	50.0	4	100.0	3	33.3
<b>Sin control prenatal</b>	2	33.3	0	0.0	6	66.7

Fuente: Observación directa de las historias clínicas perinatales base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Cuadro 9** Distribución de muertes perinatales por año, según llenado de la historia clínica perinatal base de las madres de los perinatos fallecidos. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Llenado de la Historia Clínica Perinatal Base	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Completo</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Incompleto</b>	45	100.0	66	100.0	45	69.2
<b>Sin control prenatal</b>	0	0.0	0	0.0	18	27.7
<b>Datos No Disponibles</b>	0	0.0	0	0.0	3	4.6

Fuente: Observación directa de las historias clínicas perinatales base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

En ambos cuadros estadísticos se evalúa el llenado de la historia clínica perinatal base respecto a la asistencia de las mujeres a sus controles prenatales, partiendo del cuadro ocho donde se presenta con un 100% en primer lugar, continuo de un 50% en segundo lugar y un 33.3% en tercer lugar, entre los años 2011, 2010 y 2012; las mujeres fallecidas presentaba el llenado de su Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) incompleto. En este mismo orden y dirección se observa en el cuadro nueve donde los las madres de los perinatos fallecidos de igual forma evidenciaban tener una historia clínica perinatal base con un llenado incompleto; según se ha citado con estos resultados; en primer y segundo lugar con igual porcentaje del 100% años 2010 y 2011 respectivamente; seguido del tercer lugar con 69.2% propio del año 2012.

Según las normas técnico administrativas (2007). Es responsabilidad del médico o la enfermera, o quien provea la atención a la gestante, llenar todos los datos de la HCPB, tanto en la ambulatoria como en la tarjeta de control prenatal de la gestante y entregando esta última a la paciente, ofreciéndole la orientación sobre su uso y cuidado.

Parte de la calidad de la atención durante el control prenatal se establece en el flujo de información contenida en la HCPB; su llenado completo permitirá que la continuidad de la atención de la gestante sea eficiente, eficaz y oportuna, garantizando la calidad de la atención para el binomio madre-hijo.

Los datos de cada mujer embarazada se recogen desde la primera visita acumulando la información de sucesos sucesivos hasta llegar al parto (OPS, 2012). Sobre la base de las consideraciones anteriores es imposible predecir que la gestante desarrollará la complicación, pero es de vital importancia realizar una evaluación prenatal integral con calidad y calidez, identificando y realizando el análisis de riesgo de manera oportuna, que permita y favorezca una intervención apropiada.

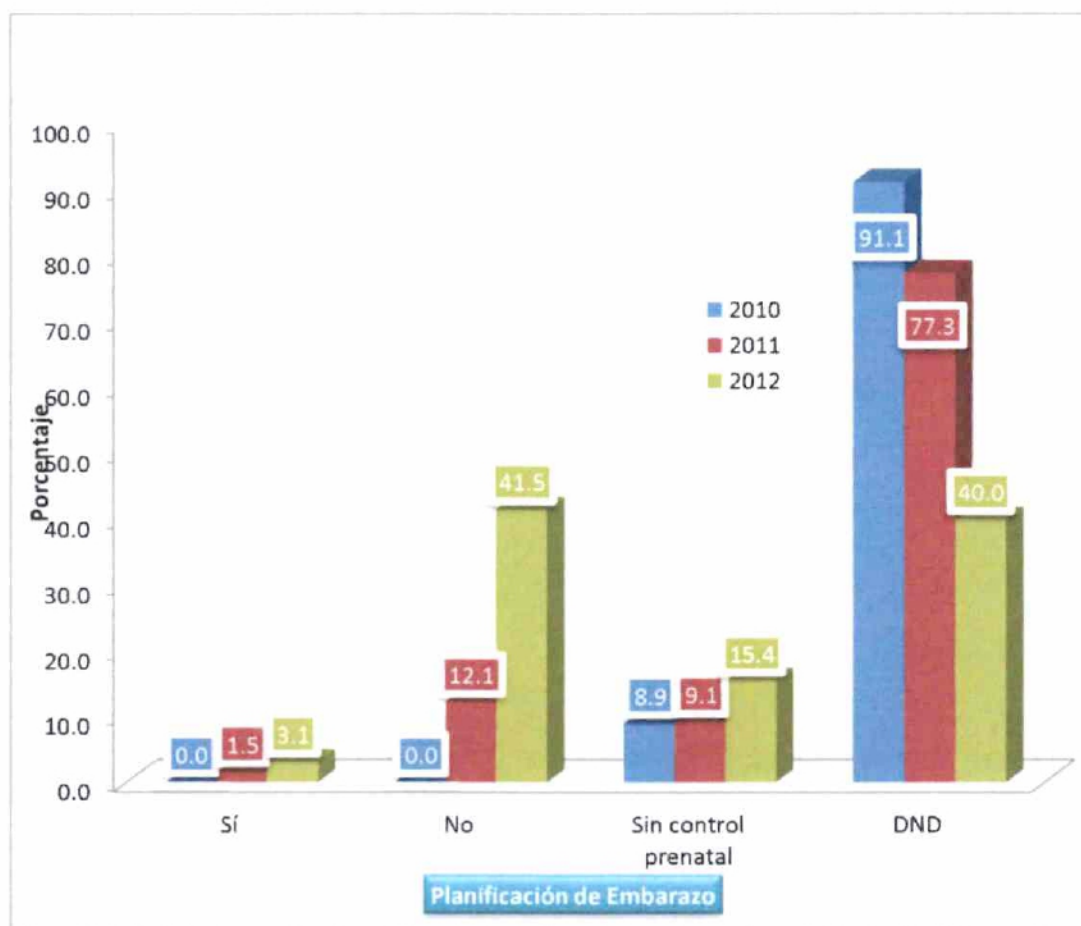
**Cuadro 10** Distribución de muertes perinatales por año, según referencia de planificación de embarazo actual de las madres de los perinatos fallecidos indicado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.

Planificación de Embarazo	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Sí</b>	0	0.0	1	1.5	2	3.1
<b>No</b>	0	0.0	8	12.1	27	41.5
<b>Sin control prenatal</b>	4	8.9	6	9.1	10	15.4
<b>Datos No Disponibles</b>	41	91.1	51	77.3	26	40.0

**p= 0.5668**

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 20** Distribución de muertes perinatales por año, según referencia de planificación de embarazo actual de las madres de los perinatos fallecidos indicado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 10

Al verificar si las gestantes madres de los perinatos fallecidos habían planificado su embarazo el 91.1% y 77.3% correspondientes al primer y segundo lugar no presentaban registros de este dato; es evidente entonces la falta de cumplimiento de la normativa técnico administrativa que describe claramente la responsabilidad del proveedor de salud del llenado completo de la HCPB. Hecha la observación anterior se hace referencia al tercer lugar que con un 41.5% registraron no haber planificado este embarazo.

Además se observa una  $p=0.5668$ , cuyo resultado no fue estadísticamente significativo. Si bien es cierto, la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean; es necesario determinar el intervalo entre embarazos y el número de hijos(as) a los que se les puedan cubrir sus necesidades básicas de alimentación y subsistencia. Significa entonces, que la planificación de un embarazo lleva consigo desde el deseo de la pareja de ser padres hasta llevar implícito ser un producto no deseado. Escenarios que se relaciona con el 41.5% que no planificó su embarazo y por tanto, la noticia de ese embarazo haya significado desesperanza, además de un efecto adverso hacia la economía actual de esas parejas, ya que probablemente no estaban preparados para este embarazo, por ende no había sido planificado.

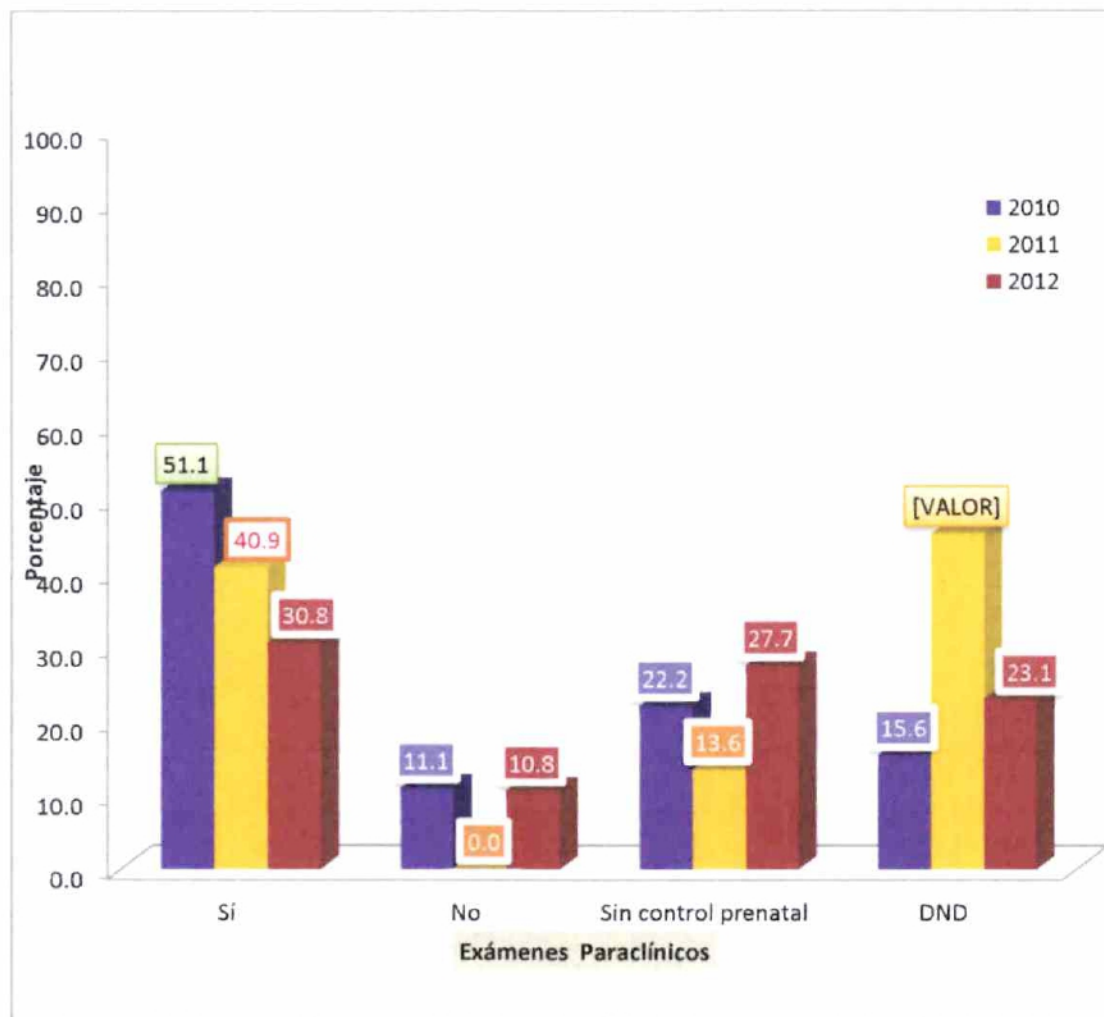
**Cuadro 11** Distribución de muertes maternas por año, según la realización de exámenes paraclínicos en las mujeres fallecidas registrado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Exámenes Paraclínicos	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Realizado</b>	2	33.3	2	50.0	3	33.3
<b>No realizado</b>	2	33.3	2	50.0	0	0.0
<b>Sin control prenatal</b>	2	33.3	0	0.0	6	66.7

**p= 0.0864**

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 21** Distribución de muertes perinatales por año, según realización de exámenes paraclínicos por las madres de los perinatos fallecidos registrados en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 11

De Martí y Carrasco (2005) reconocen que el control prenatal es un componente de la atención materna y comprende el conjunto de acciones realizadas por el equipo de salud, orientados al logro de un embarazo que transcurra con vigilancia según el riesgo, a fin de preservar la salud de la madre y su hijo durante la gestación y la obtención de un recién nacido sano al final de la misma. Por tanto, el envío por parte de los proveedores de salud de los exámenes paraclínicos y el consecuente cumplimiento de su realización por parte de la gestante representan criterios de vigilancia materno-fetal importantes para la garantía de la atención oportuna que permita el diagnóstico y tratamiento eficaz. Ante la situación planteada se observa que en el cuadro 13 los datos estadísticos evidencian en primer lugar que en el año 2012 el 66.7% no se controlaron el embarazo por ende no se realizaron exámenes paraclínicos, en segundo lugar y tercer lugar con igual porcentaje del 50% están quienes en el año 2011 se realizaron y no hicieron los exámenes paraclínicos, constituyendo estos datos específicos de las mujeres fallecidas.

En efecto la figura representada en la figura 21, correspondiente a las madres de los perinatos fallecidos muestra que en primer lugar con 51.1% se realizaron los exámenes paraclínicos, en segundo lugar con 45.5% el proveedor de salud no registró el dato y en tercer lugar efectivamente se los realizaron con un 40.9%.

En este apartado es necesario hacer referencia a las *Normas técnicas administrativas* (2007), donde señalan que el costo de los exámenes generales solicitados a la embarazada no asegurada no deberá constituirse en una

barrera para la atención. La accesibilidad a los mismos deberá asegurarse a través de paquetes a costo mínimo o deberá ser gratuita. (Decreto Ejecutivo N° 5 de marzo de 2006.). Este acápite sustenta la oportunidad de mantener la vigilancia de salud y epidemiológica materno-fetal.

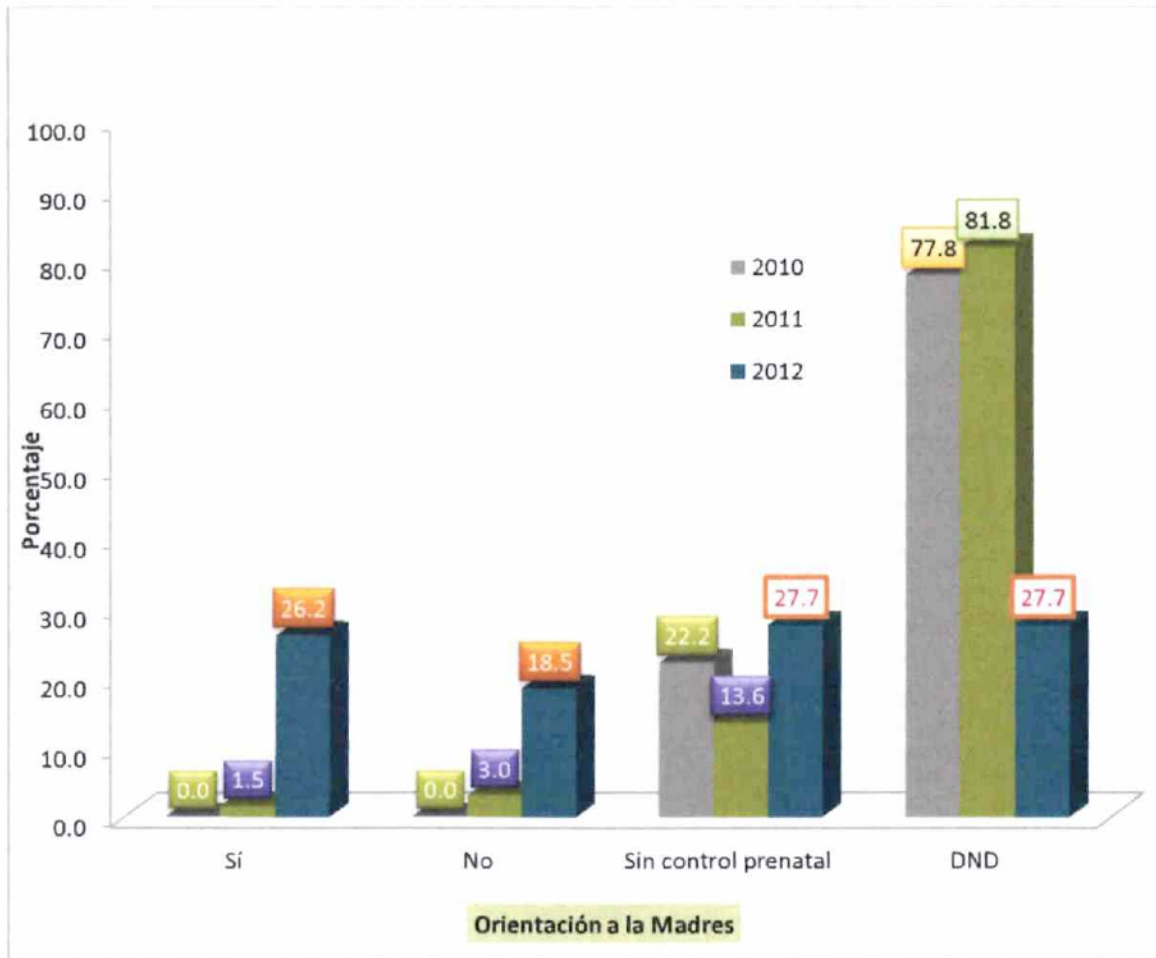
**Cuadro 12** Distribución de muertes perinatales por año, según orientación a las madres de los perinatos fallecidos sobre la preparación para el parto registrado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Orientación a las Madres	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Sí</b>	0	0.0	1	1.5	17	26.2
<b>No</b>	0	0.0	2	3.0	12	18.5
<b>Sin control prenatal</b>	10	22.2	9	13.6	18	27.7
<b>Datos No Disponibles</b>	35	77.8	54	81.8	18	27.7

**p= 0.0146**

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del periodo 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 22** Distribución de muertes perinatales por año, según orientación a las madres de los perinatos fallecidos sobre la preparación para el parto registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 12

Al revisar el registro de datos de orientación a las madres de los perinatos fallecidos con respecto al parto se obtuvo que el 81.8% correspondiente al primer lugar, seguido del 77.8% del segundo y 27.7% del tercero, correspondientemente, no tenían este dato registrado en la HCPB; importante mencionar que con este igualitario último porcentaje del 27.7% en una cuarta posición se encontraba registrado que este grupo de pacientes no asistieron a su control prenatal.

La orientación sobre la preparación para el parto no estuvo disponible para la mayoría de las pacientes en el período estudiado. La diferencia observada fue estadísticamente significativa.

Este término de preparación para el parto tienen muchos significados y ha de referirse a muchos conceptos variados, el principal es garantizar la orientación clara para que la gestante conozca ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Por qué? acceder a los servicios de salud para su atención; además es importante porque permite la orientación a la mujer y a su familia con respecto a los cambios que ocurren en la gestación y diferenciarlos de los no esperados en cualquier momento parto y puerperio. Además de la preparación en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración). Significa entonces, que es necesaria la participación que se reviste de responsabilidad y compromiso de la mujer a su asistencia a los controles prenatales, aunado al deber de los proveedores de salud de impartir la orientación con el consecuente registro que de fe del cumplimiento del mismo.

**Cuadro 13** Distribución de muertes maternas por año, según lugar de atención del parto de las mujeres fallecidas registrado en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Lugar de atención del parto	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Institucional</b>	4	66.7	2	50.0	4	44.4
<b>No institucional</b>	0	0.0	2	50.0	1	11.1
<b>Sin control prenatal</b>	2	33.3	0	0.0	4	44.4

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Cuadro 14** Distribución de muertes perinatales por año, según lugar de atención del parto de las madres de los perinatos fallecidos registrados en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Lugar de atención del parto	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Institucional</b>	45	100.0	58	87.9	60	92.3
<b>No institucional</b>	0	0.0	3	4.5	1	1.5
<b>Datos No Disponibles</b>	0	0.0	5	7.6	4	6.2

Fuente: Observación directa de las historias clínicas perinatales base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

La asistencia del parto de las mujeres fallecidas según, se evidencia en el cuadro trece, ocurrió en primer lugar con un 66.7% de forma institucional, seguidamente de un segundo lugar que con un 50% corresponde al igual que en el porcentaje anterior a la asistencia de parto institucional; sin embargo, con este mismo porcentaje para ocupar el tercer lugar se registra un grupo de mujeres fallecidas cuyo parto no fue asistido en ninguna institución, fueron partos realizados en casa. Precisando de una vez que evidenciado en el cuadro catorce, las madres de los perinatos fallecidos se les asistió el parto en la instalación de salud, 100% (2010), 92.3% (2012) y 87.9% (2011) según registro.

Para el Dr. Vigil (2015) la asistencia del parto consiste en ayudar a la mujer en ese período tan especial, dicha asistencia a nivel hospitalario representa un derecho de la paciente, y este acto influye en la disminución significativa e impresionante de la mortalidad materno-perinatal. Detalla el Dr. Vigil que la mayoría de las muertes maternas-perinatales ocurren en áreas indígenas donde los partos son atendidos en casa.

Los partos atendidos en casa recaen sobre la responsabilidad de parteras empíricas no capacitadas, quienes frente a determinadas complicaciones intraparto, desconocen la acción a seguir para salvaguardar la vida del binomio madre-hijo, exponiendo así un riesgo mayor para ambos. Por tanto, el parto en casa no se favorece.

Es importante precisar otro de los objetivos de la asistencia del parto institucional, que corresponde a la garantía de la asistencia del mismo por personal profesional, como en efecto es descrito en las *Normas técnico administrativas* (2007); donde detallan que se procurará la presencia física del médico o personal más calificado en el 100% de los partos y participación del pediatra si existe el recurso, desde el inicio del período expulsivo.

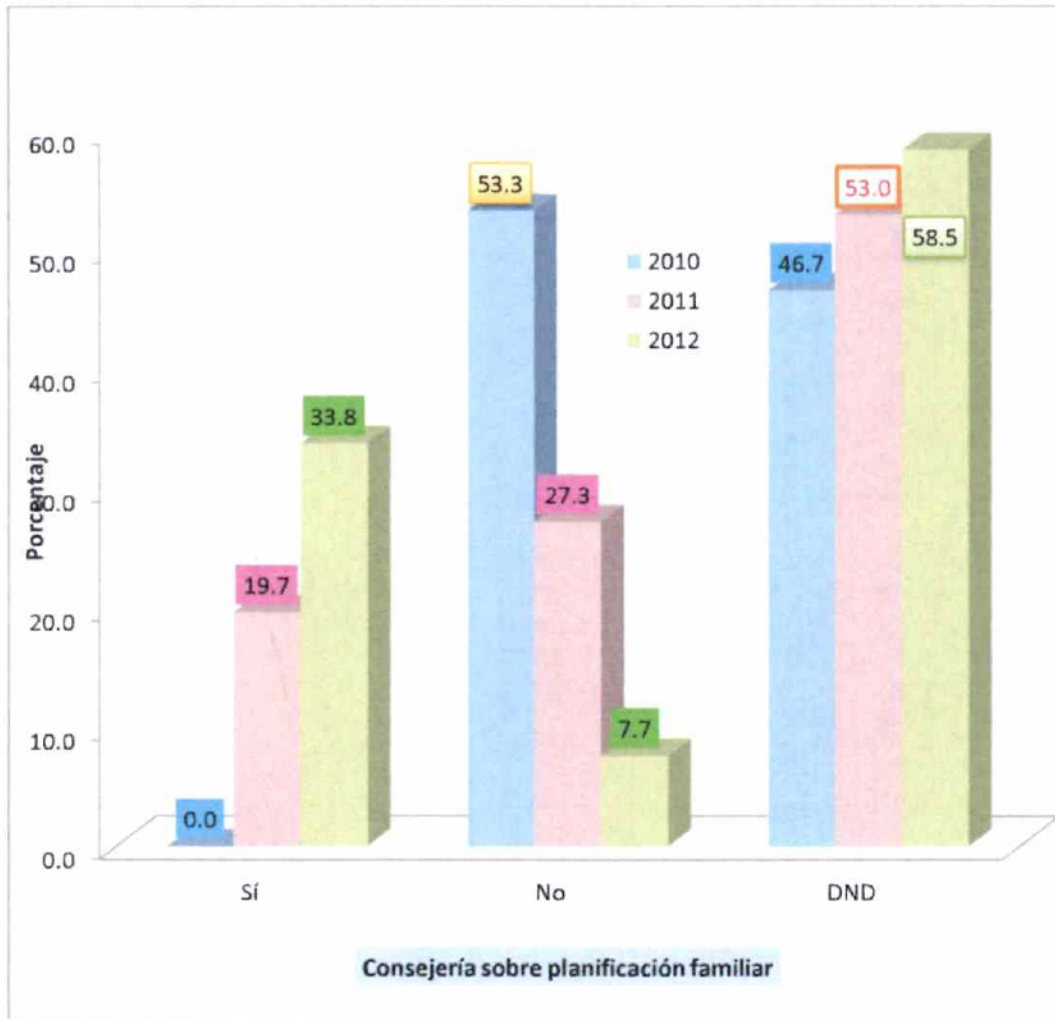
**Cuadro 15** Distribución de muertes perinatales por año, según consejería a las madres de los perinatos fallecidos sobre planificación familiar a su egreso hospitalario, establecido en la historia clínica perinatal base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Consejería sobre planificación familiar	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Sí</b>	0	0.0	13	19.7	22	33.8
<b>No</b>	24	53.3	18	27.3	5	7.7
<b>Datos No Disponibles</b>	21	46.7	35	53.0	38	58.5

p= 0.0000

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 23** Distribución de muertes perinatales por año, según consejería a las madres de los perinatos fallecidos sobre la planificación familiar a su egreso hospitalario establecido en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena



Fuente: Cuadro 15

Se observó una variación estadísticamente significativa con una  $p=0.0000$ . Según se observa en el cuadro 15, en 2010 no se ofreció consejería para un 53.3%, ya para el 2011 hubo un aumento de pacientes en un 53% y en 2012 con un 58.5% no se les registró; esta falta de información expone el incumplimiento a la norma por parte de los proveedores de salud que asisten el parto o en su defecto que orientan a la paciente al momento de su egreso.

Frente a este panorama específico, donde las mujeres han perdido el producto de la concepción, el uso de un método de planificación familiar constituye una medida justa y necesaria para que la mujer y su familia puedan sobrellevar el proceso de duelo que enfrentan y cumplir con el período intergenésico que le permita la regresión completa de las modificaciones gravídicas, además de la superación del duelo, estabilidad emocional y familiar que ella enfrenta.

**Cuadro 16** Distribución de muertes maternas por año, según grupo étnico de las mujeres fallecidas determinado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Grupo Étnico	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Indígena</b>	5	83.3	4	100.0	9	100.0
<b>No indígena</b>	1	16.7	0	0.0	0	0.0

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 24** Distribución de muertes perinatales por año, según grupo étnico de las madres de los perinatos fallecidos determinado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013.



Fuente: Cuadro 16

En el cuadro 16 se observa que las mujeres fallecidas en un mismo orden consecutivo para el 2011 y 2012 con un 100% para el primer y segundo puesto y en tercer lugar con un 83.3% correspondían a la etnia indígena. Igualmente al observar los resultados de las madres de los perinatos fallecidos en la gráfica presentada en la figura 24, en el orden descrito a continuación correspondían a la etnia indígena: 87.9%,(2011), 84.6% (2012) y 48.9% (2010) sucesivamente.

En la provincia de Bocas del Toro con un total de 51,086 indígenas, la mayor cantidad se concentraba en el distrito de Changuinola, con casi el 54% del total de población; en los distritos de Bocas del Toro y Chiriquí Grande, representaban el 73.5% y 85.0% de la población total, respectivamente. Cerca del 54% de la población se encuentra ubicada en las zonas rurales de difícil acceso y con condiciones mínimas de satisfacción de sus necesidades básicas. Por tanto, el Hospital Dr. Raúl Dávila Mena como único centro de referencia debe suplir las necesidades de la población general incluyendo la de la población materna-perinatal.

**Cuadro 17** Distribución de muertes maternas por año, según antecedentes patológicos de las mujeres fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Antecedentes Patológicos	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Sí</b>	2	33.3	1	25.0	3	33.3
<b>No</b>	2	33.3	2	50.0	2	22.2
<b>Datos No Disponibles</b>	2	33.3	1	25.0	4	44.4

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del periodo 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Cuadro 18** Distribución de muertes perinatales por año, según antecedentes patológicos de las madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Antecedentes Patológicos	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Sí</b>	2	4.4	11	16.7	7	10.8
<b>No</b>	40	88.9	47	71.2	54	83.1
<b>Sin control prenatal</b>	0	0.0	1	1.5	1	1.5
<b>Datos No Disponibles</b>	3	6.7	7	10.6	3	4.6

Fuente: Observación Directa de las Historia Clínica Perinatal Base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

Se continua observando datos no registrados, en este caso en particular, los antecedentes personales patológicos de las mujeres fallecidas detallados en el cuadro 17, se determina, en primer lugar, que el 44.4% no se registraron en la HCPB, en segundo lugar con 50.0% se registró que niegan presentar antecedentes patológicos y en tercer lugar un 33% muy significativo que refirió tener algún tipo de patología como antecedentes; entre las cuales señalaron diabetes, hipertensión y tuberculosis.

Ante este contexto se hace referencia a la importancia del control prenatal como herramienta fundamental para la detección temprana de patologías maternas que las convierte en pacientes con alto riesgo obstétrico y por ende el

abordaje integral para la atención con base en las patologías identificadas de forma oportuna.

Ahora bien el grupo de mujeres madres de los perinatos fallecidos que se visualiza en el cuadro 18 expresaron en el siguiente orden, presentar antecedentes patológicos 88.9% (2010), 83.1% (2012) y 71.2% (2011).

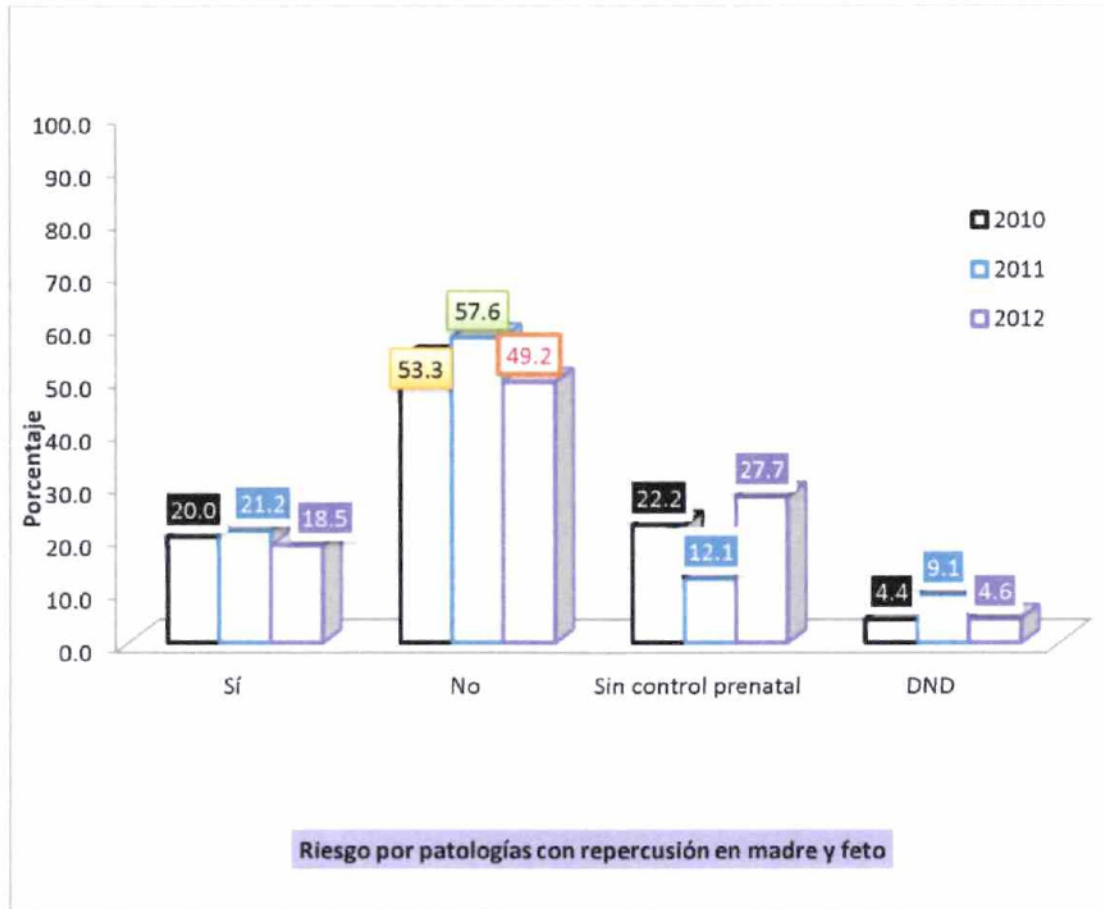
Este escenario resalta el cumplimiento de las normas frente al llenado correcto y completo de la HCPB, a la vez se convierte en un factor protector para este grupo de mujeres.

**Cuadro 19** Distribución de muertes maternas por año, según riesgo por patologías con repercusión en madre y feto de las gestantes fallecidas indicado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Riesgo por patologías con repercusión en madre y feto	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Sí</b>	0	0.0	1	25.0	0	0.0
<b>No</b>	1	16.7	1	25.0	2	22.2
<b>Sin control prenatal</b>	1	16.7	0	0.0	2	22.2
<b>Dato no disponible</b>	4	66.7	2	50.0	5	55.6

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

Figura 25 Distribución de muertes perinatales por año, según riesgo por patologías con repercusión en madre y feto de las madres de los perinatos fallecidos indicado en las historias clínicas perinatales bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 19

El cuadro 19 evidencia las diferentes patologías que en su presencia repercuten en la madre y el feto; entre las que se consideran en la HCPB, (Bacteriuria, VIH, Sífilis Toxoplasmosis y Glicemia). Las mujeres fallecidas en primer lugar con 66.7% y segundo lugar con 50% respectivamente no presentaban datos registrados, y en tercer lugar con un 25% se registró presencia de bacteriuria. Importante mencionar que se observó que en algunas HCPB indicaban pendiente resultado. Relevante la necesidad de la responsabilidad compartida entre la paciente quien debe realizarse sus exámenes y el proveedor de salud registrar los resultados oportunamente. A la vez hacer referencia de la bacteriuria como patología en la gestación, cuya presencia y falta de diagnóstico oportuno origina un riesgo perinatal, que va desde un aborto hasta una amenaza de parto prematuro.

Consecutivamente en la figura 25 se observa que las madres de los perinatos fallecidos no presentaron en orden secuencial ningún tipo de patología que repercutieran en la madre ni en el feto. 57.6%, 53.3% y 49.2 respectivamente.

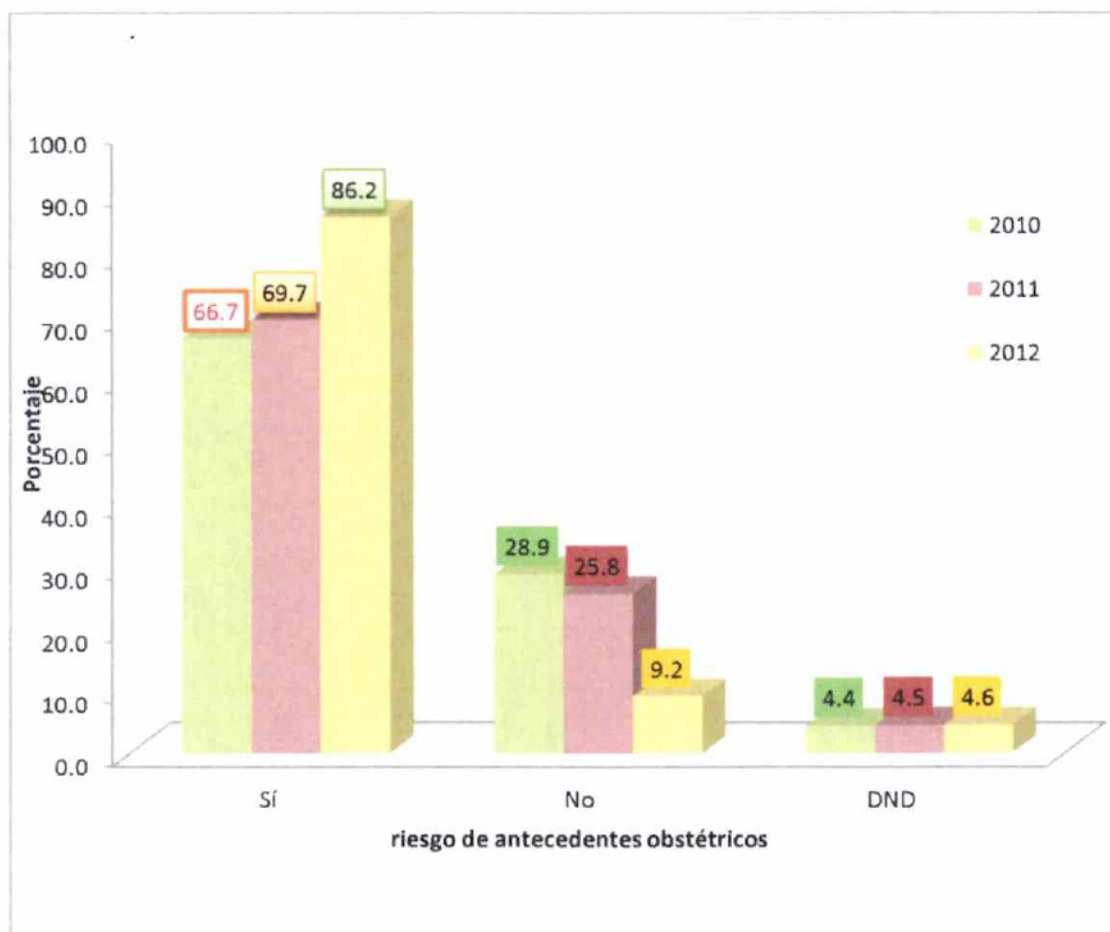
**Cuadro 20** Distribución de muertes maternas por año, según riesgo de antecedentes obstétricos de las gestantes fallecidas establecido en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Riesgo de antecedentes obstétricos	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Sí</b>	1	16.7	3	75.0	7	77.8
<b>No</b>	3	50.0	0	0.0	1	11.1
<b>Datos No disponibles</b>	2	33.3	1	25.0	1	11.1

**p= 0.0549**

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 26** Distribución de muertes perinatales por año, según riesgo de antecedentes obstétricos de las madres de los perinatos fallecidos registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



Fuente: Cuadro 20

Los antecedentes obstétricos considerados como riesgos los constituyen la paridad y el intervalo intergenésico; en el cuadro 20 se observa que las mujeres fallecidas refirieron, en primer lugar con un 77.8%, seguido del segundo lugar con 75% presentó condiciones de multiparidad, gran multiparidad e intervalos intergenésico menores de 2 años, y en tercer lugar con 50% no presentan ningún riesgo como antecedentes obstétrico. Se observó que la consignación de esta situación fue aumentando con el paso de los años en estudio y la diferencia observada fue estadísticamente significativa, con una  $p=0.0549$

A continuidad en la figura 26 las mujeres madres de los perinatos fallecidos presentaron antecedentes obstétricos de riesgo (multiparidad, gran multiparidad e intervalo intergenésico menor de 1 año) en primer lugar con un 86.2% (2012), segundo lugar con 69.7 (2011) y en tercer lugar correspondiente al año (2010) con un 66.7%.

La mayoría de las pacientes presentaron antecedentes obstétricos de riesgo. El término riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre es definida, de allí la importancia de cumplir las normativas con base en la clasificación de embarazo de alto riesgo a fin de ser excluida de una atención proporcionada a gestantes de bajo riesgo.

En este apartado en particular, los datos relativos a los embarazos previos que repercuten en el actual tienen un valor predictivo para el pronóstico del embarazo actual, es necesario que los proveedores de salud establezcan las

alarmas necesarias una vez que completen la HCPB, (marcación en círculo amarillo). Las multípara, gran multípara y los intervalos menores de 1 año requieren cuidados especiales en el momento de parto, puerperio y alumbramiento por el riesgo de hemorragia post parto y atonía uterina producto de la sobredistención de la fibra uterina.

**Cuadro 21** Distribución de muertes maternas por, según existencia de factores de riesgos vinculados al parto de las gestantes fallecidas registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Factores vinculados al parto	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Sí</b>	3	50.0	1	25.0	4	44.4
<b>No</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Datos No Disponibles</b>	3	50.0	3	75.0	5	55.6

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Cuadro 22** Distribución de muertes perinatales por año, según existencia de factores de riesgos vinculados al parto de las madres de los perinatos fallecidos registrados en las historias clínicas perinatales. Bases. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Factores vinculados al parto	Muertes Perinatales					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	45	100.0	66	100.0	65	100.0
<b>Sí</b>	19	42.2	10	15.2	11	16.9
<b>No</b>	7	15.6	10	15.2	11	16.9
<b>Datos No Disponibles</b>	19	42.2	37	56.1	16	24.6

Fuente: Cuadro 24

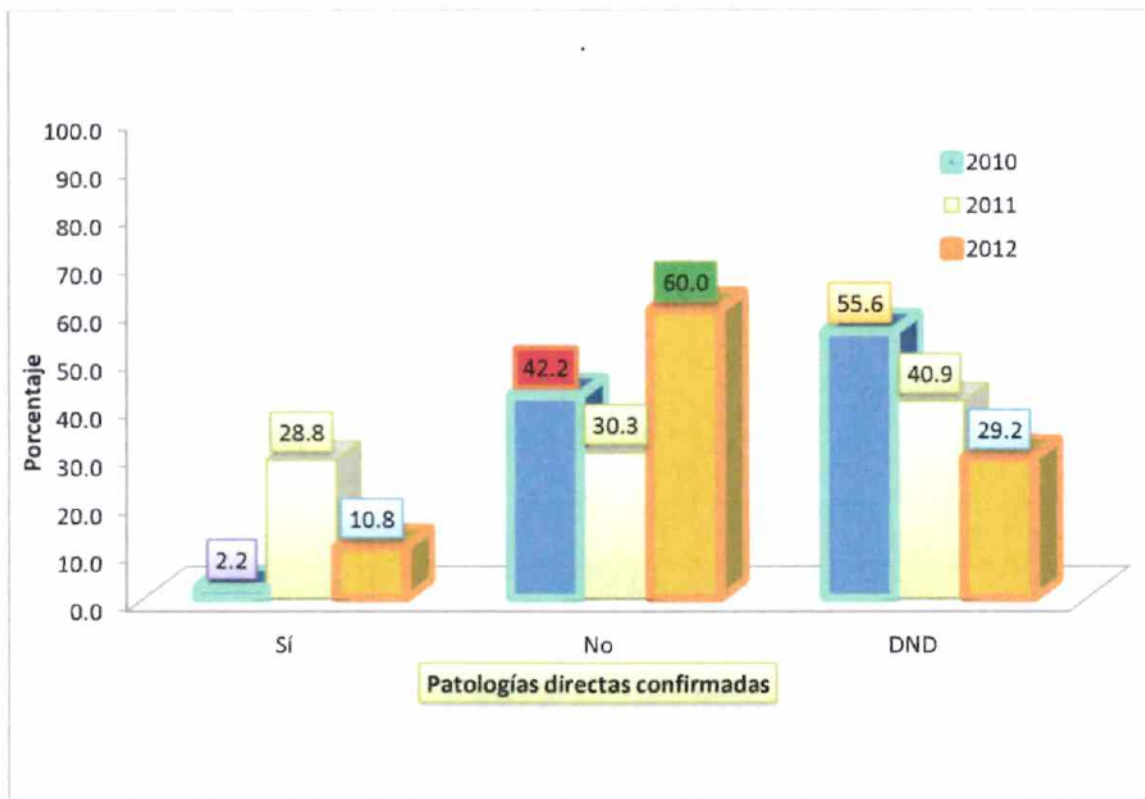
Los factores de riesgos vinculados al parto que se consideraron en este estudio investigativo son la elaboración de partograma, monitoreo fetal y la inducción del parto. Importante indicar que en el cuadro estadístico no se considerarán las cifras de los datos no disponibles; por tanto, se observa que las mujeres fallecidas presentaron evidencia de factores de riesgo vinculados al parto en primer lugar con 50%, segundo lugar 44.4% y tercer lugar 25%; entre los que se anotan la ausencia de partograma y de monitoreo fetal; sin embargo, hubo existencia de inducción de parto en cada una de las mujeres fallecidas.

**Cuadro 23** Distribución de muertes maternas por año, según patologías directas confirmadas de las gestantes fallecidas registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013

Patologías directas confirmadas	Muertes Maternas					
	2010		2011		2012	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	6	100.0	4	100.0	9	100.0
<b>Sí</b>	1	16.7	3	75.0	6	66.7
<b>No</b>	1	16.7	0	0.0	0	0.0
<b>Datos No disponibles</b>	4	66.7	1	25.0	3	33.3

Fuente: Observación directa de las historia clínica perinatal base de los expedientes del período 2010-2012. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena.

**Figura 27** Distribución de muertes perinatales por año, según patologías directas confirmadas de las madres de los perinatos fallecidos registrado en las historias clínicas perinatales base. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena. Año 2013



$p= 0.0002$

Fuente: Cuadro 23

Según la OMS (2015) a nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia), abortos peligrosos y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes.

**La diferencia observada fue estadísticamente significativa con una  $p=0.0002$ .**

En el cuadro 23 se agrupan cifras estadísticas que corresponden a las patologías directas confirmadas de las gestantes fallecidas, entre las que se presentaron; trastornos hipertensivos del embarazo, sepsis y hemorragias. Prevalciendo que el primer lugar, con 75%, pertenecen a mujeres que, en efecto, presentaron patologías directas durante el año 2011, seguido en segundo lugar, con esta misma característica, con un 66.7% propias del año 2012. De igual forma, es menester mencionar con igual porcentaje para el tercer lugar aquellas a las cuales no se le consignaron los datos; evidenciando la debilidad que ha sido identificada en el proceso de registro de la información obligatoria en la historia clínica perinatal de la gestante, conducta que es apreciada desde la captación del embarazo y la cual se mantiene durante la hospitalización de la usuaria.

Al valorar las cifras estadísticas de las patologías directas confirmadas en las madres de los perinatos fallecidos, se obtuvo en primer lugar con un 60% correspondiente al grupo de madres que no presentaron ningún tipo de patología representativas del año 2012, seguidas de un 55.6% de datos no capturados en el año 2010 y en tercer lugar en el mismo año un 42.2% que tampoco presentaron patologías directas relacionadas con las muertes perinatales. No obstante, hubo una mejoría, estadísticamente significativa, en el registro del riesgo por patologías directas confirmadas del año 2010 al 2011, particularmente notable del 2011 al 2012.



en esta investigación son:

- **H1: Los factores socio-transculturales influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**
  
- **Ho1: Los factores socio-transculturales no influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**

Los factores socio-transculturales evaluados en este estudio investigativo y que se infería que influyeran en la mortalidad materno-perinatal fueron: la edad de las gestantes, el estado civil, la escolaridad y grupo poblacional.

El análisis estadístico de los factores socio-transculturales para el grupo estudiado, demostraron ser significativamente estadísticos. Toda vez que se comprobó estadísticamente que dichos factores se asocian a muertes perinatales donde el valor de la donde la F arrojó el valor de 12.10 siendo mayor que la F crítica de 11.3 y la  $p = 0.0054$ , menor al 0.05 como margen de error. Por tanto, hay asociación, se acepta la hipótesis de la investigación y se rechaza la hipótesis nula.

- **H2: Los factores económicos influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**
  
- **Ho2: Los factores económicos no influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**

Con igual proceso estadístico se realiza el análisis entre los factores económicos específicamente con respecto al estado de tipo de paciente donde el factor de no asegurada, obtiene el resultado de la F de 0.17 siendo mayor que la F crítica de 0.05 y  $p= 0.0046$ , estadísticamente significativa con un valor menor al 0.05 como margen de error.

A partir de estos resultados, se establece la asociación, aceptando la hipótesis de la investigación y rechazando la nula.

- **H3: Las morbilidades maternas extremas directas influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**
  
- **Ho3: Las morbilidades maternas extremas directas no influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**

Al analizar el proceso estadístico de los factores relacionados con la morbilidad extrema con base en las patologías directas confirmadas como factor relacionado con la morbilidad extrema, la F arrojó el valor de 0.6614 siendo mayor que la F crítica de 0.05 y se obtuvo significancia estadística de  $p= 0.0002$ , al ser menor al 0.05 como margen de error.

Por ende, hay asociación, se acepta la hipótesis de la investigación y se rechaza la hipótesis nula.

A partir de este contexto, se resalta la relación existente entre los antecedentes de riesgo obstétrico y las patologías directas confirmadas en las gestantes y su repercusión en la mortalidad perinatal.

- **H4: Los factores técnicos - administrativos influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**
  
- **Ho4: Los factores técnicos - administrativos no influyen en la mortalidad materna-perinatal en la provincia de Bocas del Toro.**

Los factores técnicos-administrativos valorados en esta investigación y que se relacionaban con la influencia de la mortalidad perinatal corresponde a la consejería sobre la planificación familiar asociado directamente a las muertes perinatales donde la F arrojó el valor de 1.30 siendo mayor que la F crítica de 0.43 y la significancia estadística de la  $p= 0.0000$ , menor al 0.05 como margen de error.

Efectivamente, hay asociación, se acepta la hipótesis de la investigación y se rechaza la hipótesis nula.



**Tabla 5 Resultado de la encuesta a enfermeras rotadoras, especialistas y jefas de sala de maternidad cuyo fin es de determinar el conocimiento de los factores socio-transculturales y económicos en las gestantes y la aplicación en la atención de las Enfermeras de la teoría transcultural de Madeleine Leininger.**

FACTORES	RESULTADOS-ESTRATEGIAS	BENEFICIOS
Los cinco procesos de atención ofertados por enfermería que no se deben cambiar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de tipo continuo e integral (5)</li> <li>2. Atención en la labor y el parto (3)</li> <li>3. Valoración de la gestante, especialmente la de alto riesgo (2)</li> <li>4. Administrar los medicamentos indicados (2)</li> <li>5. Dar cuidados integrales, incluyendo el puerperio (1)</li> </ol>	<p>Detección oportuna de riesgos y patologías en gestantes, que repercutan en la salud materna perinatal.</p> <p>Disminución de la mortalidad materna perinatal.</p>
Los puntos que se deben mejorar en la atención de salud que se ofrece a las mujeres hospitalizadas en sala de maternidad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar la sala de maternidad (5)</li> <li>2. Disponer de más personal médico y de enfermería (3)</li> <li>3. Separar labor y parto (3)</li> <li>4. Brindar orientación a las pacientes, de preferencia en su idioma (2)</li> </ol>	Garantiza atención óptima de una sala de maternidad segura.
Actitud hacia los factores culturales y su influencia en la salud de las mujeres gestantes según tiempo de laborar. (procedencia, el	A medida que aumenta el tiempo de laborar la actitud se hace más negativa hasta que finalmente les es indiferente (labor mecánica).	Mejora de la atención del binomio, con base en estrategias de atención cónsonas a su tradición y patrón cultural.

FACTORES	RESULTADOS-ESTRATEGIAS	BENEFICIOS
idioma, la alfabetización y el nivel socioeconómico)	<p>Creación de diccionario de salud Ngäbe Bugle.</p> <p>Proyecto de adopción de la teoría Transcultural de Madeline Leininnger.</p>	
Insuficiente personal para la atención, volumen de pacientes y la complejidad del servicio.	Dotación óptima de capital humano y reestructuración de la sala por áreas separadas y personal específico para cada una de ellas.	Evitar la sobrecarga de trabajo y por ende atención humanizada.

### 5.3. FODA Estratégico

A fin de plasmar las decisiones en cuanto a alternativas de solución de los problemas identificados, priorizados y analizados, es necesario identificar qué fuerzas favorecen o dificultan la solución del problema, para ello se utiliza la Matriz DAFO o FODA.

El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (en inglés SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). De entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

**Fortalezas:** son las capacidades especiales con que cuenta la institución que pueden ser sus recursos humanos, una cultura de la calidad, sentido de pertenencia al sector, alta vocación de servicio, trabajo en equipo, liderazgo, otras que favorecen el logro de las metas, objetivos de la organización

**Debilidades:** son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente al logro de determinados objetivos o de la Misión de la organización: recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.

**Oportunidades:** son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la organización para su conveniencia, ventaja o beneficio. Ejemplo: políticas pública saludables,

apoyo de organizaciones no gubernamentales a la salud, la voluntad de participación social de la comunidad referente a cuestiones de salud.

**Amenazas:** son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar, incluso, contra la permanencia de la organización. Ejemplos: Nivel de pobreza de grupos y comunidades, falta de voluntad política, malas condiciones de vida, inequidades, guerras y conflictos entre etnias, grupos, pobre intersectorialidad, etc. Para poder tomar decisiones en cuanto a alternativas de solución de los problemas identificados, priorizados y analizados es necesario identificar qué fuerzas favorecen o entorpecen la solución del problema, para ello se puede utilizar otra técnica complementaria que es la matriz FODA.

**Estrategias Genéricas:** permite lograr respuesta competitiva para obtener el cruce de las fortalezas- oportunidades, debilidades-oportunidades, fortalezas-amenazas, debilidades-amenazas.

**Pasos para aplicar la técnica:**

- Selección del grupo o equipo de trabajo que debe ser conocedor de las características tanto internas como externas de la organización.
- Identificación de las fuerzas y listado de las mismas: fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades a través de una técnica grupal de las descritas anteriormente. (Construcción del modelo)

A continuación se describe el siguiente análisis FODA o DOFA donde se ha conformado un cuadro en el que se plasma la situación actual de la organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permite en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formuladas.

#### 5.4. Propuesta Analítica

Factores claves de éxito:	Fortalezas verdaderas:	Debilidades verdaderas:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adquisición de Tecnología necesaria (Monitores fetales, USG Obstétricos)</li> <li>2. Capital Humano especializado con base en dotación de personal. (Médicos y Enfermeras)</li> <li>3. Estructura física actual (distribuir por áreas separadas los diferentes servicios, incluyendo el área de partos por separada).</li> <li>4. Ubicación Geográfica (Construcción de Hospital Materno-Infantil)</li> <li>5. Alianzas estratégicas verdaderas con base en la responsabilidad compartida de las pacientes atendidas. (MINSA-CSS).</li> <li>6. Presupuesto real con base en las necesidades de atención para la población bocatoreña.</li> <li>7. Mercadeo. (Planteamiento de la situación actual para la consecución de donaciones internacionales para el equipamiento y/o construcción de un nuevo hospital).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de las normas de atención integral de la mujer y embarazo Complicado.</li> <li>2. Presencia de jefe de gineco obstetricia médico y enfermera.</li> <li>3. Enfermeras especialistas en obstetricia.</li> <li>4. Viabilidad presupuestaria, para la adquisición de equipos.</li> <li>5. Viabilidad presupuestaria para la ejecución de docencia.</li> <li>6. Mejora de la vigilancia epidemiológica y captura de datos.</li> <li>7. Formación de comités de muerte materna y perinatal local y regional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procesos Administrativos burocráticos.</li> <li>2. La cantidad de especialistas en gineco-obstetricia no está acorde con la población demandante.</li> <li>3. Personal en Servicio de Urgencias no capacitado para el manejo de Urgencias Obstétricas.</li> <li>4. Insuficiente oferta de recurso humano de enfermería.</li> <li>5. Falta de suministros básicos, (monitores fetales) bajos salarios, sobrecarga laboral, falta de incentivos, alta carga de actividades administrativas y Técnicas.</li> <li>6. Baja supervisión, capacitación y poco monitoreo de la evaluación de los procesos técnicos-administrativos, basados en las normas y protocolos de atención.</li> </ol>

<b>Oportunidades:</b>	<b>Estrategias genéricas: F.O</b>	<b>Estrategias genéricas: D.A.</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asesoría de la Coordinación Materno Infantil a nivel nacional para la implementación de planes de mejora basados en las auditorías de las muertes maternas y perinatales ocurridas en sus instalaciones.</li> <li>2. Incentivo de 40%, sobre salario.</li> <li>3. Participación de coordinadores de enfermería MINSA- CSS en el comité regional de muertes maternas y perinatales.</li> <li>4. Formación de recurso humano de enfermería localmente.</li> <li>5. Oferta de programas docente, para los equipos según especialidad.</li> <li>6. Implementación del <i>sistema de vigilancia epidemiológica</i> electrónica, por sus siglas (SISVIG) que automatiza el registro y análisis de los datos.</li> <li>7. Existencia de Mercado laboral disponible.</li> </ol>	<p>Sustentación de la Tesis Factores Socio-Transculturales, Económicos, de Morbilidad Materna Extrema y Técnicos - Administrativos que Influyeron en la Mortalidad Materna-Perinatal. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola. Provincia de Bocas del Toro. 2010-2012.</p>	<p>Elaboración de la dotación de recurso humano necesario con respecto a la atención de la población materna perinatal en la Sala de Maternidad.</p>

Amenazas:	Estrategias genéricas: F.A.	Estrategias genéricas: D.O.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riesgo en la calidad de la atención de enfermería hacia los cuidados de las gestantes.</li> <li>2. Comunicación inefectiva entre las instituciones jerárquicas (MINSA-CSS) que afecta la efectividad del cumplimiento de la norma.</li> <li>3. Ginecólogos obstetras ya se acogieron a su derecho de jubilación, y laboran con base a la ley actual.</li> <li>4. Presión del público a través de los medios de comunicación por demanda y divulgación de los incidentes de las muertes maternas y perinatales reportados.</li> <li>5. Zona apartada caracterizada por baja calidad de la atención de las gestantes por escasos de insumos.</li> <li>6. Población que, como patrón socio-transcultural, mantienen su atención con los curanderos de la región indígena.</li> <li>7. Incremento de casos legales en contra de profesionales de salud (médicos y enfermeras).</li> <li>8. La anulación de la obligatoriedad de rotación para enfermeras por el área de Interior para optar por el Registro Profesional.</li> </ol>	<p>Solicitar la inclusión en la programación docente anual la capacitación para el equipo que labora en la sala de maternidad.</p> <p>Consideración del nivel local con respecto al enlace a nivel nacional y/o de los hospitales y policlínicas para pasantías del equipo que brinda atención a la población materna-perinatal: (Atención de I y II Nivel).</p> <p>Elaboración de cronograma de auditorías de expediente y supervisión capacitante dirigida hacia la sala de maternidad, servicios de urgencias y áreas de atención primaria en salud.</p>	<p>Coordinar entre docencia regional y local correspondiente a médicos y enfermeras la organización del <i>Diplomado de Actualización en la atención Gineco Obstetra</i>.</p>

<p>9. Incremento de renunciaciones y/o traslados de las enfermeras.</p> <p>10. Aumento de población de mujeres m3rbida.</p> <p>11. Falta de credibilidad y desconocimientos de los servicios de salud por parte de la poblaci3n.</p> <p>12. Cambios pol3ticos en las gerencias a nivel nacional y regional.</p>		
---	--	--


La utilización de esta herramienta administrativa permitió determinar los factores relevantes relacionados con las muertes maternas y perinatales ocurridas en la provincia desde el 2010 hasta el 2012.

Esta herramienta admite la elaboración de un plan de estrategias basado en la presentación de una propuesta para aprovechar las oportunidades y minimizar las amenazas detectadas.

Dando unas estrategias genéricas como lo son:

- **Estrategias genéricas: F.O:**

Sustentación de la Tesis Factores Socio-Transculturales, Económicos, de Morbilidad Materna Extrema y Técnicos - Administrativos que Influyeron en la Mortalidad Materna-Perinatal. Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola. Provincia de Bocas del Toro. 2010-2012.

- **Estrategias genéricas: D.A.**

Elaboración de la dotación de recurso humano necesaria con respecto a la atención de la población materna perinatal en la Sala de Maternidad.

- **Estrategias genéricas: F.A.**

Solicitar la inclusión en la programación docente anual la capacitación para el equipo que labora en la sala de maternidad.

Consideración del nivel local con respecto al enlace a nivel nacional y/o de los hospitales y policlínicas para pasantías del equipo que brinda atención a la población materna-perinatal: (Atención de I y II Nivel).

Elaboración de cronograma de auditorías de expedientes y supervisión capacitante dirigida hacia la sala de maternidad, servicios de urgencias y áreas de atención primaria en salud.

- **Estrategias genéricas: D.O.**

Coordinar entre docencia regional y local correspondiente a médicos y enfermeras la organización del Diplomado de Actualización en la atención Gineco Obstetra.

## Conclusiones

Los factores socio-transculturales evaluados en esta investigación y que influyeron en la mortalidad perinatal fueron: la edad de las gestantes, el estado civil, la escolaridad y grupo poblacional, se comprobó estadísticamente que dichos factores se asocian a muertes perinatales donde el valor de la  $p$  es de 0.0054, menor al 0.05 como margen de error.

La condición de no asegurada, se asoció con los riesgos de mortalidad materna y perinatal en un 83% y 75% de paciente no aseguradas, toda vez que su estado las hace más vulnerable al no ser cotizantes y no contar con el factor económico que sea garante del costo de los gastos de la atención.

La condición de no asegurada, se asoció como factor influyente en la mortalidad perinatal toda vez que su estado las hace más vulnerable al no ser cotizantes y no contar con el factor económico que sean garante del costo de los gastos de la atención, resultando estadísticamente significativa con un valor de  $p$  0.0046 menor al 0.05 como margen de error.

Se obtuvo significancia estadística de  $p= 0.0002$ , con base en las patologías directas confirmadas como factor relacionado con la morbilidad extrema, resultado estadísticamente significativo al ser menor al 0.05 como margen de error. Lo que define este resultado que las gestantes que son diagnosticadas con patologías directas confirmadas tienen un riesgo mayor de morbi-mortalidad de su perinato.

Se comprobó que el factor técnico-administrativo identificado fue la consejería sobre la planificación familiar asociado directamente a las muertes perinatales donde la  $p= 0.0000$ , menor al 0.05 como margen de error.

Es importante señalar que estos resultados son precisos con respecto al capital técnico en salud cuya responsabilidad se basa en el llenado completo desde la captación de las Historia Clínica Perinatal base y la necesidad de la orientación que se le brinde a las usuarias con el fin de que las gestantes puedan identificar oportunamente los signos de alarma y decidir el momento preciso para la búsqueda de la atención; y así garantizar la salud del binomio madre hijo.

## Recomendaciones

Realizar estudios investigativos que proporcionen respuestas relacionadas a la participación de las mujeres gestantes con respecto a su grado de responsabilidad y compromiso durante su embarazo.

Divulgar a las autoridades regionales de la provincia de Bocas del Toro en conjunto con el *Comité regional de mortalidad materna y perinatal* los hallazgos, con el objetivo de establecer estrategias de fortalecimiento para la atención integral de la gestante.

Continuar investigando a profundidad estos grupos étnicos, tomando como referencia una base transcultural, donde la influencia de los factores culturales, la idiosincrasia, las costumbres y las actitudes que interfieren en el proceso de salud – enfermedad, nos guíen a establecer estrategias para mejorar la atención que se les ofrece.

Establecimiento de monitoreo coordinado entre el departamento de Epidemiología, laboratorio clínico, Coordinadores de Programa Materno-Infantil, Docencia Médica y de Enfermería para la revisión y monitoreo continuo del cumplimiento de las normas de atención en las gestantes.

Ampliar este estudio investigativo, considerando una muestra con base en la responsabilidad del equipo de salud con respecto al compromiso en el llenado correcto de las historias clínicas perinatales base y el cumplimiento de las normas técnico administrativas según la descripción del cargo que ejercen.

Escribir un artículo con los resultados obtenidos en la investigación para publicarlo en la Revista Científica Enfoque de la Facultad de Enfermería.

### Referencias Bibliográficas Sitios Web

- Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud Intercultural: Elementos para la Construcción de sus Bases Conceptuales. *Revista Médica*, 1061-1065. Recuperado el 20 de junio de 2015, de Revista Médica: <http://www.scielo.cl/scielo>.
- Amato, R., Faneite, P., Rivera, C., & Faneite, F. (2011). Mortalidad Materna Extrema. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 71. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322011000200005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200005)
- Asociación Española de Pediatría. (2002). *Neonatología*. España.
- Barbosa Rengifo, M., Morales Plaza, C. D., Amezquita Abello, M. C., & Martínez Buitrago, D. M. (2 de noviembre de 2016). VIGILANCIA DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN UNA INSTITUCIÓN DE REFERENCIA EN CALI, COLOMBIA, 2013-2014. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 215-222. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195247491006.pdf>
- Beckford, V., & Mayas, M. (2005). Costumbres de las Mujeres de la Etnia Ngabe Bugl' que Asisten a la Toma de Papanicolau. *Enfermería, Ciencia y Arte*, 23.
- Caja de Seguro Social. (2 de noviembre de 2016). *Ley N° 51*. Obtenido de <http://www.css.gob.pa/Ley%2051%20de%2027%20de%20diciembre%20de%202005.pdf>
- Calvo Aguilar, O., Morales García, V., & Fabián Fabián, J. (2010). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. *Ginecología y Obstetricia*, 660-668. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1012d.pdf>
- Carrillo, A. (22 de 7 de 2007). Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista Ciencia Salud*. Bogotá, 5. Obtenido de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/fc/fcab9ecc-d06e-4bbc-87e9-9908b05f384a.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/fc/fcab9ecc-d06e-4bbc-87e9-9908b05f384a.pdf)

- Censo, I. N. (2012). *Estimaciones y proyecciones de la población de la República, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Años 2000-30*. Panamá.
- Chávez-Courtois, M., Sánchez-Miranda, G., Romero-López, E., TorresCosme, J., & González-Pacheco, I. (2010). Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social. *Perinatología y Reproducción Humana*, 67-75. Recuperado el 5 de noviembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101i.pdf>
- Contraloría Genral. (2010). *Panamá en Cifras*. Panamá: Dirección de Estadística y Censo.
- Coto Cotallo, G., López Sastre, J., Fernández Colomer, B., Álvarez Calo, F., & Ibañez Fernández, A. (2008). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Asociación Española Pediátrica*, 285-305.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., . . . Sheffield, J. (2014). *Williams Obstetricia*. Mexico: Mc Graw Hill.
- de la Torre, J., Coll, C., Coloma, M., Martín, J., Padron, E., & González González, N. (2006). Control de Gestación en Inmigrantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 49-61. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci_arttext)
- Desarrollo, P. d. (2 de noviembre de 2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Donoso , E., & Villarroel , L. (2003). Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Revista Médica de Chile*, 55-59. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008)
- Estebanez, P. (2005). *Medicina Humanitaria*. España: Díaz de Santos.
- Faneite , P., & Starnieri, M. (2005). Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 89-94. Recuperado el 5 de 12 de 2014, de

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000200004&script=sci_arttext)

- Faneite, P. (2008). Mortalidad materna en la región bolivariana de Latinoamérica:américa: área crítica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 18-24. Recuperado el 2 de noviembre de 2016, de <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n1/art05.pdf>
- Faneite, P., & Rivas, M. (2010). Mortalidad Materna: tragedia prevenible. ¿Hemos avanzado? *Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela*, 70. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322010000100005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100005)
- Farnot, U., & Ríos, E. (12 de septiembre de 2014). *Revista Cubana de Obstetricia*. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu05106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu05106.htm)
- Fescina, R., De Mucio, B., Bultrón, B., Martínez, G., Díaz, J., Camacho, V., . . . Mainero, L. (junio de 2007). *Sistema Informático Perinatal*. Obtenido de Historia Clínica Perinatal: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201563.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201563.pdf)
- Fescina, R., De Mucio, B., Díaz Rosello, J. L., Martínez, G., & Durán, P. (s.f.). *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido*. Obtenido de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-e](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-e)
- Fescina, R., De Mucio, B., Ortiz, E., & Jarquin, D. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Obtenido de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es)
- Finanzas, M. d. (2010). *ATLAS Social de Panamá*. Obtenido de <http://190.34.178.21/redpan/sid/docs/documentos%20tematicos/Atlas%20>

social%20de%20Panama/15%20-%20Poblaci%C3%B3n%20no%20asegurada.pdf

- García Alix, A., Martínez Biargés, M., Arnaez, J., Valverde, E., & Quero, J. (2008). Asfixia Intraparto y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. *Asociación Española de Pediatría*, 1-11.
- González Jiménez, A., López Martínez, M. J., Zapata Boluda, R., Cala, V., & Dolouh, R. (2016). *Investigación Educativa y Salud Transcultural en Contextos Multiculturales*. Almería: Edeal.
- González, R., Koch, E., Poblete, J. A., & Vera, C. (2 de noviembre de 2013). Consenso de Salud Materna para Chile en el Nuevo Milenio. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 142-147. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000200013)
- Hernández Sampieri, R., Fernández, Collado, C., & Baptista, Lucio, P. (2012). *Metodología de la Investigación* (Quinta edición ed.). México: McGrawHill/Interamericana Editores S.A. DE C.V.
- Herrera Salgado, J. (14 de mayo de 2014). *Sepsis puerperal REVISIÓN ACTUALIZADA 2014*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/drjherrera/sepsis-puerperal-marzo-2014>
- Jurado Ocampo, N. (10 de abril de 2014). Factores de Riesgo para Morbilidad Materna Extrema en Gestantes. *Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- López Sastre, J., Coto Cotallo, G., Fernández Colomer, B., Álvarez Caro, F., & Ibañez Fernández, A. (2008). Infección Perinatal. *Asociación Española Pediátrica*, 315-326.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S., & Bobak, I. (2000). *Enfermería Materno Infantil*. España: Harcourt. Oceano.
- Lozano, R., Gómez-Danté, H., Castro, M. V., & Santos-Preciado, J. (2011). Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica. *Salud Pública de México*, 202-395. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s3/a03v53s3.pdf>

- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2006). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: ELSEVIER.
- Ministerio de Salud. (2007). *Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Muertes Maternas y Perinatales*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (2007). *Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (2007). *Normas Técnico Administrativa y Procedimientos*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (2010). *Políticas Nacionales de Salud*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (s.f.). *Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo*. Panamá.
- Ministerio de Salud, C. (2015). *Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer*. Panamá.
- Ministerio de, S., & Caja de, S. (2015). *Guías del Manejo de las Complicaciones en el Embarazo*. Panamá.
- OMS, U. U. (1 de 11 de 2016). *Mortalidad Materna 2005*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf)
- OMS, UNICEF, UNFPA, & BANCO MUNDIAL. (2005). *Estimaciones Elaboradas de Mortalidad Materna*.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Más allá de las Cifras: Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura*. Ginebra: OMS. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44695/1/9789275329801\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44695/1/9789275329801_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2012). *Salud de las Américas*. Obtenido de [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49%3Apanama&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=156&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=49%3Apanama&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=156&lang=es)
- Panamá, C. G. (3 de noviembre de 2015). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Obtenido de Contraloría General de la República de Panamá: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>

- Pérez, A., & Donoso, E. (1999). *Obstetricia*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.
- Periago, M. R. (2011). *LA SALUD Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: DEL COMPROMISO A LA ACCIÓN*. Washington, D.C., EUA,: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Obtenido de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CD51-DIV-7-s.pdf>
- PNUD. (24 de 9 de 2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenibles*. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- Recinos Colindres, J. E. (abril-mayo de 2002). Factores Asociados a Mortalidad Materna.
- Rivera, L., Fuentes Román, M., Esquinca Albores, C., Abarca, F., & Hernández Girón, C. (2003). Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. *Revista de Salud Pública*, 687-692. Recuperado el 3 de 12 de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600001&script=sci_arttext)
- Rodríguez-Páez, F., Jiménez-Barbosa, W., Jiménez-González, C., Coral-Córdoba, A., Ramírez-Solano, P., & Ramos-Navas, N. (2014). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Gerencia. Política. Salud*, 212-227. Recuperado el 11 de diciembre de 2014, de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.ebas>
- Salcedo, F. (5 de noviembre de 2016). *Guías de Prácticas Clínicas para la Atención del Recién Nacido*. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Guia-Atencion-Emergencias-Obstetricas.pdf>
- Salud, I. C. (2011). *Encuesta Nacional de Salud sexual y Reproductiva. Salud Reproductiva, Planificación Familiar y Salud Materna*. Panamá.
- Salud, O. M. (noviembre de 2015). *Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Salud, O. M. (noviembre de 2015). *Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

- Salud, O. M. (12 de noviembre de 2015). *Tendencias de la Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>
- Sánchez Nuncio, H. R., Gustavo Pérez, T., Pérez Rodríguez, P., & Vázquez Nava, F. (2005). Impacto del Control Prenatal en la Morbilidad y Mortalidad Neonatal . *Revista Médica del IMSS*, 43. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
- Torres Campo, B. (2010). *MANUAL GUIA PARA EL DISEÑO ARQUITECTONICO DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Biblioteca%20Plan%20Maestro%20Equipamiento/MANUAL%20PARA%20EL%20DISE%3%91O%20DEL%20SERVICIO%20DE%20GINECO.pdf>
- Towle, M. A. (2009). *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. España: Pearson.
- Vantroy Avila , J., Grajeda Ancca, P. F., & Escudero Casquino, M. d. (2003). Características Epidemiológicas de la Mortalidad Materna en el Departamento de Cusco. *SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC*, 23-35. Recuperado el 22 de mayo de 2015, de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n23/caracteristicas.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/caracteristicas.htm)
- Villalaz, R., & de Espino, R. (2006). *Guías de Neonatología* (II ed.). Panamá.
- Vincenty, R. (24 de mayo de 2012). *Muestreo por Conveniencia*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/selene1524/muestreo-por-conveniencia>
- Zevallos, M. (2011). ¿Qué tan Seguro es el Embarazo en Panamá? *VI Jornada Científica de Enfermería*. Panamá.
- Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud Intercultural: Elementos para la Construcción de sus Bases Conceptuales. *Revista Médica*, 1061-1065. Recuperado el 20 de junio de 2015, de *Revista Médica*: <http://www.scielo.cl/scielo>.
- Amato, R., Faneite, P., Rivera, C., & Faneite, F. (2011). Mortalidad Materna Extrema. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 71. Obtenido de

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322011000200005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200005)

Asociación Española de Pediatría. (2002). *Neonatología*. España.

Barbosa Rengifo, M., Morales Plaza, C. D., Amezquita Abello, M. C., & Martínez Buitrago, D. M. (2 de noviembre de 2016). VIGILANCIA DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN UNA INSTITUCIÓN DE REFERENCIA EN CALI, COLOMBIA, 2013-2014. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 215-222. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195247491006.pdf>

Beckford, V., & Mayas, M. (2005). Costumbres de las Mujeres de la Etnia Ngabe Bugl'que Asisten a la Toma de Papanicolau. *Enfermería, Ciencia y Arte*, 23.

Caja de Seguro Social. (2 de noviembre de 2016). *Ley N° 51*. Obtenido de <http://www.css.gob.pa/Ley%2051%20de%2027%20de%20diciembre%20de%202005.pdf>

Calvo Aguilar, O., Morales García, V., & Fabián Fabián, J. (2010). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso,. *Ginecología y Obstetricia*, 660-668. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1012d.pdf>

Carrillo, A. (22 de 7 de 2007). Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista Ciencia Salud. Bogotá*, 5. Obtenido de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/fc/fcab9ecc-d06e-4bbc-87e9-9908b05f384a.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/fc/fcab9ecc-d06e-4bbc-87e9-9908b05f384a.pdf)

Censo, I. N. (2012). *Estimaciones y proyecciones de la población de la República, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: años 2000-30*. Panamá.

Chávez-Courtois, M., Sánchez-Miranda, G., Romero-López, E., TorresCosme, J., & González-Pacheco, I. (2010). Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social. *Perinatología y Reproducción Humana*, 67-75. Recuperado el 5 de noviembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101i.pdf>

- Contraloría Genral. (2010). *Panamá en Cifras*. Panamá: Dirección de Estadística y Censo.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., . . . Sheffield, J. (2014). *Williams Obstetricia*. Mexico: Mc Graw Hill.
- de la Torre, J., Coll, C., Coloma, M., Martín, J., Padron, E., & González González, N. (2006). Control de Gestación en Inmigrantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 49-61. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci_arttext)
- Desarrollo, P. d. (2 de noviembre de 2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Donoso , E., & Villarroel , L. (2003). Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Revista Médica de Chile*, 55-59. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008)
- Estebanez, P. (2005). *Medicina Humanitaria*. España: Díaz de Santos.
- Faneite , P., & Starnieri, M. (2005). Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 89-94. Recuperado el 5 de 12 de 2014, de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000200004&script=sci_arttext)
- Faneite, P. (2008). Mortalidad materna en la región bolivariana de Latinoamérica:américa: área crítica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 18-24. Recuperado el 2 de noviembre de 2016, de <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n1/art05.pdf>
- Faneite, P., & Rivas, M. (2010). Mortalidad Materna: tragedia prevenible. ¿Hemos avanzado? *Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela*, 70. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322010000100005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100005)
- Farnot, U., & Ríos, E. (12 de septiembre de 2014). *Revista Cubana de Obstetricia*. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu05106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu05106.htm)

- Fescina, R., De Mucio, B., Bultrón, B., Martínez, G., Díaz, J., Camacho, V., . . . Mainero, L. (junio de 2007). *Sistema Informático Perinatal*. Obtenido de Historia Clínica Perinatal: [http://www.ciap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201563.pdf](http://www.ciap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201563.pdf)
- Fescina, R., De Mucio, B., Díaz Rosello, J. L., Martínez, G., & Durán, P. (s.f.). *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido*. Obtenido de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-e](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-e)
- Fescina, R., De Mucio, B., Ortiz, E., & Jarquin, D. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Obtenido de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es)
- Finanzas, M. d. (2010). *ATLAS. Social de Panamá*. Obtenido de <http://190.34.178.21/redpan/sid/docs/documentos%20tematicos/Atlas%20social%20de%20Panama/15%20-%20Poblaci%C3%B3n%20no%20asegurada.pdf>
- González Jiménez, A., López Martínez, M. J., Zapata Boluda, R., Cala, V., & Dolouh, R. (2016). *Investigación Educativa y Salud Transcultural en Contextos Multiculturales*. ALmeria: Eudal.
- González, R., Koch, E., Poblete, J. A., & Vera, C. (2 de noviembre de 2013). Consenso de Salud Materna para Chile en el Nuevo Milenio. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 142-147. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000200013)
- Herrera Salgado, J. (14 de mayo de 2014). *Sepsis puerperal REVISIÓN ACTUALIZADA 2014*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/drjherrera/sepsis-puerperal-marzo-2014>
- Jurado Ocampo, N. (10 de abril de 2014). Factores de Riesgo para Morbilidad Materna Extrema en Gestantes. *Trabajo de grado para optar al título de*

- Especialista en Ginecología y Obstetricia*. Bogota, Bogota, Colombia: Universidad del Rosario.
- Lozano , R., Gómez-Danté, H., Castro, M. V., & Santos-Preciado, J. (2011). Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica. *Salud Pública de México*, 202-395. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s3/a03v53s3.pdf>
- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2006). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: ELSEVIER.
- Ministerio de Salud. (2007). *Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Muertes Maternas y Perinatales*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (2007). *Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (2007). *Normas Técnico Administrativa y Procedimientos*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (2010). *Políticas Nacionales de Salud*. Panamá.
- Ministerio de Salud, & Caja de Seguro Social. (s.f.). *Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo*. Panamá.
- Ministerio de Salud, C. (2015). *Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer*. Panamá.
- Ministerio de S., & Caja de S. (2015). *Guías del Manejo de las Complicaciones en el Embarazo*. Panamá.
- OMS, U. U. (1 de 11 de 2016). *Mortalidad Materna 2005*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf)
- OMS, UNICEF, UNFPA, & BANCO MUNDIAL. (2005). *Estimaciones Elaboradas de Mortalidad Materna*.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Más allá de las Cifras: Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura*. Ginebra: OMS. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44695/1/9789275329801\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44695/1/9789275329801_spa.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2012). *Salud de las Américas*. Obtenido de [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49%3Apanama&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=156&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=49%3Apanama&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=156&lang=es)
- Panamá, C. G. (3 de noviembre de 2015). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Obtenido de Contraloría General de la República de Panamá: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>
- Pérez, A., & Donoso, E. (1999). *Obstetricia*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.
- Periago, M. R. (2011). *LA SALUD Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: DEL COMPROMISO A LA ACCIÓN*. Washington, D.C., EUA,: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Obtenido de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CD51-DIV-7-s.pdf>
- PNUD. (24 de 9 de 2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenibles*. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- Recinos Colindres, J. E. (abril-mayo de 2002). Factores Asociados a Mortalidad Materna.
- Rivera, L., Fuentes Román, M., Esquinca Albores, C., Abarca, F., & Hernández Girón, C. (2003). Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. *Revista de Salud Pública*, 687-692. Recuperado el 3 de 12 de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600001&script=sci_arttext)
- Rodríguez-Páez, F., Jiménez-Barbosa, W., Jiménez-González, C., Coral-Córdoba, A., Ramírez-Solano, P., & Ramos-Navas, N. (2014). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Gerencia. Política. Salud*, 212-227. Recuperado el 11 de diciembre de 2014, de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.ebas>
- Salud, I. C. (2011). *Encuesta Nacional de Salud sexual y Reproductiva. Salud Reproductiva, Planificación Familiar y Salud Materna*. Panamá.

- Salud, O. M. (noviembre de 2015). *Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Salud, O. M. (noviembre de 2015). *Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Salud, O. M. (12 de noviembre de 2015). *Tendencias de la Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>
- Sánchez Nuncio, H. R., Gustavo Pérez, T., Pérez Rodríguez, P., & Vázquez Nava, F. (2005). Impacto del Control Prenatal en la Morbilidad y Mortalidad Neonatal . *Revista Médica del IMSS*, 43. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
- Torres Campo, B. (2010). *MANUAL GUIA PARA EL DISEÑO ARQUITECTONICO DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Biblioteca%20Plan%20Maestro%20Equipamiento/MANUAL%20PARA%20EL%20DISE%20DEL%20SERVICIO%20DE%20GINECO.pdf>
- Towle, M. A. (2009). *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. España: Pearson.
- Vantroy Avila , J., Grajeda Ancca, P. F., & Escudero Casquino, M. d. (2003). Características Epidemiológicas de la Mortalidad Materna en el Departamento de Cusco. *SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC*, 23-35. Recuperado el 22 de mayo de 2015, de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n23/caracteristicas.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/caracteristicas.htm)
- Villalaz, R., & de Espino, R. (2006). *Guías de Neonatología* (II ed.). Panamá.
- Vincenty, R. (24 de mayo de 2012). *Muestreo por Conveniencia*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/selene1524/muestreo-por-conveniencia>
- Zevallos, M. (2011). *¿Qué tan Seguro es el Embarazo en Panamá? VI Jornada Científica de Enfermería*. Panamá.



ANEXOS

ACTIVIDADES	AÑOS – DÍAS - MESES			
	2012			2013
	Del 21 al 30	1 al 31	1 al 30-31	1 al 30
	Abril	Mayo a Julio	Agosto, Septiembre a Diciembre	Febrero a julio
Evaluación de posibles problemas de investigación				
<b>I ETAPA MARCO INTRODUCTORIO</b>				
Formulación del Problema y Tema de Investigación. (Macro y Micro Contexto). Justificación y Objetivos del Estudio Hipótesis (clasificación y descripción) y Variables (definición conceptual, nominal y operacional)				
Investigación de líneas y políticas de investigación nacionales e internacionales				
<b>II ETAPA MARCO REFERENCIAL</b>				
Revisión bibliográfica para elaboración del marco referencial teórico				
<b>Complementación del Marco Conceptual y Referencia Teórico</b>				

ACTIVIDADES	AÑOS – DÍAS - MESES						
	2013	2014	2015	2015		2016	
	Del 1 al 30-31	1 al 31	1 al 30-31	30	1 al 31	1 al 29-31	21
	Agosto a Diciembre	Enero a diciembre	Enero a Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero a Marzo	Abril
<b>III ETAPA MARCO METODOLÓGICO</b>							
Estructuración del tipo de estudio, población, muestra, técnica, procedimiento y procesamiento.							
Recolección de la Información							
Establecimiento de la forma de presentación, tabulación, análisis e interpretación de datos							
Elaboración de Cronograma y Presupuesto							
<b>IV ETAPA ASESORÍA Y PRESENTACIÓN DEL ANTEPROYECTO</b>							
Asesoría							
Asesoría y Elaboración de la Presentación							
Entrega del Anteproyecto para inscripción en la VIP							
<b>V ETAPA TUTORÍA Y SUSTENTACIÓN</b>							
Tutoría en el proceso de corrección y elaboración por capítulos de la tesis							
<b>SUSTENTACIÓN</b>							

**15. Programación Financiera (Descripción de actividades y distribución de gastos por etapa del proyecto):**

ETAPAS Y ACTIVIDADES	FECHAS	EQUIPOS	MATERIALES	OTROS GASTOS	MONTO	
<b>I ETAPA</b>						
<b>Marco Introductorio</b>						
Formulación de antecedentes y del problema y tema de investigación.	21 al 27 de abril	Computadora portátil	Lápiz Borrador Bolígrafos	Viáticos de: transporte	B/.140.00	
Justificación y objetivos del estudio.	28 al 30 de abril	Internet Portátil	Memoria USB	Comunicación (tarjeta de teléfono móvil)	B/.20.00	
Hipótesis (clasificación y descripción) y Variables (definición conceptual, y operacional).			Cartapacio	Libros	teléfono móvil)	B/.10.00
Investigación de líneas y políticas de investigación nacionales e internacionales.			Cuaderno de apuntes	Libros	alimentación costo del internet portátil	B/.23.00
			Maletín		Imprevistos (10%)	B/.19.30
				<b>TOTAL</b>	<b>B/.212.30</b>	

ETAPAS Y ACTIVIDADES	FECHAS	EQUIPOS	MATERIALES	OTROS GASTOS	MONTO
<b>II ETAPA</b>					
<b>Marco Referencial</b>					
Elaboración del Marco Conceptual y Revisión Bibliográfica para elaboración del Marco Referencial Teórico.	1 al 3 de mayo	Computadora Portátil	Lápiz Borrador Bolígrafos	Viáticos de: transporte	B/.320.00
Complementación del Marco Conceptual y Referencia Teórico.	4 al 11 de mayo	Internet Portátil	Memoria USB Cartapacio Libros Cuaderno de apuntes Maletín	Comunicación (tarjeta de teléfono móvil) Alimentación Costo del internet portátil Imprevistos (10%)	B/.20.00 B/.10.00 B/.23.00 B/.37.30
				<b>TOTAL</b>	<b>B/410.30</b>

ETAPAS Y ACTIVIDADES	FECHAS	EQUIPOS	MATERIALES	OTROS GASTOS	MONTO
<b>III ETAPA</b>					
<b>Marco Metodológico</b>					
Estructuración del tipo de estudio, población, muestra, recolección de la información, instrumento, técnica, procedimiento y procesamiento de los datos.	12 al 17 de mayo	Computadora Portátil	Lápiz Borrador Bolígrafos Memoria USB Cartapacio	Viáticos de: transporte Comunicación (tarjeta de teléfono móvil)	B/.80.00  B/.20.00
Planificación del Capítulo de presentación, análisis e interpretación de datos.		Internet Portátil	Cuaderno de apuntes Maletín	Alimentación Costo del internet portátil	B/.10.00 B/.40.00
Elaboración de Cronograma y Presupuesto .	18 de mayo			Libros Imprevistos (10%)	B/.70.00 B/.22.00
Asesoría de anteproyecto por la Catedrática del curso.				<b>TOTAL</b>	<b>B/.242.00</b>

ETAPAS Y ACTIVIDADES	FECHAS	EQUIPOS	MATERIALES	OTROS GASTOS	MONTO
<b>IV ETAPA</b>					
<b>Presentación del Anteproyecto.</b>		Computadora Portátil	Lápiz Borrador Bolígrafos	Viáticos de: transporte	B/.80.00
Presentación del anteproyecto.	19 de mayo	Internet Portátil	Memoria USB Cartapacio Libros Cuaderno de apuntes Maletín	Comunicación (tarjeta de teléfono móvil) Alimentación Impresión (tinta negra y colores) y encuadernación Imprevistos (10%)	B/20.00 B/40.00 B/50.00
Entrega del Anteproyecto para inscripción en la VIP	24 de mayo				B/.19.00
				<b>TOTAL</b>	<b>B/.228.00</b>

ETAPAS Y ACTIVIDADES	FECHAS	EQUIPOS	MATERIALES	OTROS GASTOS	MONTO
<b>V ETAPA</b>					
<b>Tutoría y Sustentación.</b>				Viáticos de:	B/.4200.00
Tutoría en el proceso de corrección y elaboración por capítulos de la tesis.	Desde el 24 de mayo hasta febrero 2013	Computadora Portátil	Lápiz	transporte	
			Borrador	Estadística	B/.500.00
			Bolígrafos	Comunicación	B/.400.00
		Internet Portátil	Memoria USB	(tarjeta de teléfono móvil)	
			Cartapacio	Alimentación	B/.400.00
			Libros	Impresión (tinta negra y colores) y encuadernación	B/.150.00
			Cuaderno de apuntes	Imprevistos (10%)	B/.565.00
Sustentación de Tesis	Abril 2013		Maletín	<b>TOTAL</b>	<b>B/.6,215.00</b>
<b>GRAN TOTAL DEL PROYECTO</b>					<b>B/.7,307.60</b>

## Autorización para realizar el estudio

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON ÉNFASIS  
EN GINECOOBSTETRICIA

**ENTREVISTA**

**Entrevista N°:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**Años de laborar en la Institución:** \_\_\_\_\_

**Años de laborar en la provincia de Bocas del Toro:** \_\_\_\_\_

**Usted es el jefe del Servicio de Maternidad:** \_\_\_\_\_

Determinar la opinión y estrategias de abordajes estimadas por la Directora Médica Institucional de la Caja de Seguro Social, al respecto de las muertes Maternas y Perinatales ocurridas en la provincia de Bocas del Toro durante el período 2010-2012

El fin de esta entrevista es el de elaborar estrategias de abordaje viables que conduzcan a la mejora de la atención ofertada a las mujeres gestantes durante la Atención Primaria y las internadas en la Sala de Maternidad según diagnóstico médico obstétrico.

Le garantizamos que la información suministrada no será usada con ningún fin diferente a los objetivos de este estudio. Agradecemos su ayuda al responder esta entrevista la cual tomará aproximadamente de 60 minutos.

1. ¿Cómo son aplicados en la Institución los Protocolos de atención a la mujer gestante?. ¿Estos son conocidos? ¿Por qué grupo de colaboradores?
2. ¿Qué estrategias tiene la institución para divulgarlos?
3. ¿Cómo la institución garantiza su cumplimiento?
4. ¿Qué estadística tiene usted con respecto a la Morbimortalidad Materna y Perinatal en la provincia de Bocas del Toro?
5. ¿Cómo se ha comportado estadísticamente la Salud Materna Perinatal en la provincia de Bocas del toro en los últimos 10 años?
  - 5.1. ¿Qué factores considera usted han determinado esta situación?
6. ¿Cuáles considera usted sean las causas específicas de las cifras actuales de Mortalidad Materna y Perinatal en la provincia de Bocas del

Toro?

7. ¿Qué concepciones personales tiene sobre el proceso reproductivo, comparte la definición de Salud sexual y Reproductiva?
    - 7.1. ¿Cómo es aplicado este concepto al plan de Salud Materna perinatal de la Institución?
  8. ¿Qué opinión le merece a usted el impacto de los factores socioculturales en las muertes maternas? Especificando la responsabilidad según grupo ocupacional o disciplina (Médico, Enfermeras, Médicos Internos, Administrativos, etc)
  9. ¿Qué opinión le merece a usted el impacto de los factores de morbilidad extrema en las muertes maternas?
  10. ¿Qué opinión le merece a usted el impacto de los factores técnicos administrativos relacionados con las muertes maternas, años 2010-2012?
  11. ¿Conoce usted el Plan Nacional o Regional que rige la Mortalidad Materna y Perinatal en la provincia de Bocas del Toro?
    - 11.1. ¿Se ha implementado?
    - 11.2. ¿En qué porcentaje señalaría usted que ha funcionado?
  12. ¿Existen en su institución comités de mortalidad materna, Cómo funcionan?
  13. ¿Qué dificultades tienen para manejar las emergencias obstétricas; a nivel local y con respecto a traslados hacia el III nivel?
  14. ¿Qué sugerencias tienen para mejorar la atención de la urgencia obstétrica?
  15. ¿Qué conocimiento tiene sobre el marco legal de aplicación de las Políticas de Atención Integral a la mujer, y de las Normas obstétricas de atención?
  16. Indique cuáles son las principales:
    - Debilidades:
    - Fortalezas:
    - Amenazas:
    - Oportunidades:
- Del sistema de Salud de la Caja de Seguro Social en Bocas del Toro

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON ÉNFASIS  
EN GINECOOBSTETRICIA

**HOJA DE COTEJO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y ESTRUCTURA FÍSICA DE LA SALA DE MATERNIDAD EN HOSPITALES DE II NIVEL DE ATENCIÓN.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Determinar el cumplimiento según cada criterio considerados según Protocolos para las Salas de maternidad Segura, aplicado a la Sala de Maternidad del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola.

El fin de este cotejo es de identificar las fortalezas y debilidades de la Sala de Maternidad del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola.

CRITERIOS BÁSICOS QUE DEBE CUMPLIR LA SALA DE MATERNIDAD	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE	OBSERVACIÓN
<b>ESPACIO FÍSICO</b>			
<b>La sala de Maternidad está separada según especialidad:</b>			
Labor y Parto			
Complicaciones Obstétricas (según diagnósticos: THE, Hiperémesis Gravídica, Aborto, Óbitos Fetales, Mola Hidatiforme, entre otros)			
Puerperio Fisiológico			
Puerperio Quirúrgico			
Puerperio Patológico			
Las pacientes con Complicaciones Obstétricas se encuentran separadas de las Pacientes Sanas.			
La sala de partos está conectada directamente con el quirófano.			
Mide la sala de labor 16 M2 y altura mínima de 2.80 Mts.			

Mide la sala de puerperio un área mínima de 6 M2 por cama que permita el fácil desplazamiento alrededor del paciente para facilitar su atención.			
Existe un ambiente destinado a la atención del neonato, localizado cerca a las salas de partos en zona aséptica, amplio con un Ratio por incubadora entre 4 y 5 M2, que permita la ubicación de los equipos como: ( incubadoras, silla-cama para padres, maquinaria hospitalaria, mesita-mueble de apoyo)			
<b>Cuenta la sala de partos con área de:</b>			
A. Deposito.			
B. Ropa Limpia.			
C. Trabajo limpio.			
D. Trabajo sucio.			
E. Ropa Sucia.			
F. Cuarto del aseo.			
G. Triturador de Placenta			
H. Medicamentos.			
I. Atención al público			
J Lavado de materiales utilizados en la asistencia del parto			
K. Vestidor de Enfermeras			
L. Lugar destinado a la permanencia de camillas y sillas de ruedas disponibles para el transporte de pacientes			
M. Lugar destinado a la permanencia de incubadoras disponibles para el transporte de pacientes			
<b>INTIMIDAD DE LA SALA DE MATERNIDAD</b>			
Existen ventanas o espacios que expongan la intimidad de la pacientes, por los cuales puedan asomarse observadores externos.			
Tiene cada unidad de paciente cortinas para su privacidad.			
Como protocolo de la Sala de Maternidad se al ser internada cada paciente, el equipo de la sala se presente.			
En cada procedimiento y según diagnóstico médico se le explica a la mujer qué se le va a hacer, para qué.			
<b>DIALECTO</b>			
Existen colaboradores en todos los turnos que conocen y hablan el dialecto del grupo étnico Ngäbe Buglé			
<b>COMPAÑÍA ELEGIDA</b>			
Se le permite a la mujer durante la labor de parto la			

permanencia de su pareja o familiar que desee.			
<b>ILUMINACIÓN</b>			
Hay Focos y luminarias en el techo.			
Cuando la mujer está en labor de partos se le deja una luz tenue.			
Cuando la mujer está en labor de partos en horas nocturnas se deja descansar sin ninguna luz de vez en cuando.			
<b>SILENCIO</b>			
Se procura al entrar en el área de labor de parto no hablar más de lo necesario ni de otros temas.			
<b>CAMA</b>			
El modelo de cama es cómoda que permite a la gestante en labor ponerse en cuclillas, pasear o moverse durante la dilatación.			
<b>POSTURA</b>			
Permiten que la mujer adopte la postura que espontáneamente elija			
sentada estirada en ante-versión			
en cuclillas			
inclinada hacia delante,			
decúbito lateral izquierdo			
<b>MATERIAL QUIRURGICO PARA LA ASISTENCIA DEL PARTO</b>			
Se mantiene oculto hasta el momento del parto			
Existen materiales de apoyo para la comodidad de la gestante:			
Mecedoras			
Pelotas elásticas			
Cuerdas para colgar en el techo			
Taburetes de madera			
Cojines y/o almohadas			
Bandeja con agua			
Baños para que la gestante realice aseo personal previo al parto			
Se le permite que traiga y escuche música de su elección			
Se le permite usar la ropa que ella desee (batas)			
Es la temperatura de la sala agradable			

<b>NORMATIVAS</b>			
<b>Cuenta la Sala de Maternidad con las siguientes Normas:</b>			
<b>Normas Nacionales:</b>			
Normas Técnico-Administrativas de Salud Integral de la mujer. 2007			
Guía de Manejo del Embarazo de ARO. Octubre 2009.			
Normas de Atención Ginecológica. 1999			
Normas de Atención Infanto-Juvenil. 2005			
<b>Normas Propias de la Sala:</b>			
Sala de Maternidad:			
Sala de Neonatología:			
<b>CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN BÁSICA</b>			
Existe un espejo para que la mujer pueda visualizar la cabeza de su producto al momento del nacimiento.			
Se controla la intensidad de la luz durante los pujos (que deben ser espontáneos y no dirigidos) para que la mujer descanse entre ellos.			
Se evitan hacer episiotomías innecesarias.			
Tras el nacimiento se coloca al bebé en decúbito prono piel con piel con su madre.			
Se valora el test de Apgar discretamente con el bebé sobre la madre, sin cortar el cordón que late aún.			
Durante la primera a segunda hora post alumbramiento se da inicio inmediato a la lactancia materna.			
Hay cunas al lado de la cama de la madre para acostar de forma segura a su recién nacido.			
Existe privacidad visual y auditiva para las pacientes que tienen protocolos de MgSO <sub>4</sub> .			
Las gestantes en labor de parto inducida o espontánea tienen Monitor Cardíaco Fetal.			

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON ÉNFASIS  
EN GINECOOBSTETRICIA

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP) PARA CAPITAL HUMANO DE ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA SALA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL DR. RAÚL DÁVILA MENA DE CHANGUINOLA.**

Encuesta N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las Enfermeras que laboran en la Sala de Maternidad del Hospital Dr. Raúl Dávila Mena de Changuinola sobre la importancia de la estructura Individualizada del Área de Labor y Parto.

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del Capital Humano de Enfermeras que laboran en la Sala de Maternidad con respecto a la Teoría Transcultural de Madeline Leininger.

El fin de esta encuesta es el de elaborar estrategias de abordaje viables que conduzcan a la mejora de la atención ofertada a las mujeres gestantes internadas en la Sala de Maternidad según diagnóstico médico obstétrico.

Te garantizamos que la información suministrada no será usada con ningún fin diferente a los objetivos de este estudio. Agradecemos tu ayuda al responder esta encuesta la cual te tomará aproximadamente un tiempo de 10 minutos.

**Datos Generales:**

Edad: \_\_\_\_\_

Años de Experiencia Profesional: < de 5 años  de 5 a 10  de 11 a 15   
> de 16

Tiene Registro  Sí  No

Procedencia:  Local  Otra provincia

Tiempo de trabajar en este servicio:

- < de 6 meses
- 6 meses a 1 año
- 1 a 3 años
- 3 años y más

### Escolaridad

Universidad  Enfermera Básica

Universidad  \_\_\_\_\_ Post Grado Indique:

Universidad  \_\_\_\_\_ Maestría Indique:

### Preguntas CAP (Conocimientos)

1. Usted a escuchado, leído o participado de alguna docencia sobre las teorías de Enfermería:

Sí  No

De responder Sí, indique:

Cuáles teorías de Enfermería conoce usted con sus autoras.

2. El Plan de estudio de la Carrera de Enfermería que usted curso incluyen entre sus asignaturas las teorías de Enfermería

Sí  No

De responder no, considera importante que deben ser incluidas:

¿Por qué?

3. Qué opinión le merece a usted los factores culturales y su influencia en la salud de las mujeres gestantes:

4. En la atención directa que usted realiza a diario a las clientes, que aspectos señalaría que son sobresalientes en términos generales en relación al patrón cultural en los:

Controles Prenatales:

Labor y parto:

Puerperio:

5. Usted conoce con base científica las costumbres y tradiciones propias de las mujeres de la etnia Ngâbe Buglé.

Sí Mencione tres:

No las conozco

6. Cuáles de los siguientes factores socioculturales son considerados influyentes en la participación de la mujer gestante de la etnia Ngâbe buglé en la búsqueda de la atención de salud.

Procedencia  Religión  Idioma  Nivel de Alfabetización

Género  Pudor  Nivel Económico

7. Considera usted que la estructura actual de la Sala de Maternidad reúne los requerimientos necesarios establecidos para la Atención de mujeres con diagnósticos obstétricos.

Sí  No ¿Por qué?

## ACTITUDES

1. Su actitud durante el desempeño de su trabajo es la de:

Sacar el trabajo. Cuidado del Paciente.

Por compromiso

Todas las anteriores

¿Por Qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-

2. Tiene la disposición de valorar e identificar en todo momento el estado de salud de las pacientes oportunamente.

Sí

No ¿Por Qué?

3. Organiza su trabajo dirigido hacia la búsqueda del beneficio de las pacientes hospitalizadas.
  - Sí
    - No ¿Por qué?
4. La atención ofrecida en Sala de Maternidad es
  - Buena
    - Regular
  - Deficiente
5. Indique 5 procesos de atención ofertados por usted como Enfermera(o) y que a su criterio no deben cambiar:
6. Señale que considera usted debe mejorar de la atención de salud que se le ofrece a las mujeres hospitalizadas en Sala de Maternidad:
7. Qué actitudes identifica usted en las mujeres gestantes que son atendidas en Sala de Maternidad y que a su criterio como Enfermera influyen en el proceso de atención, durante: **(Indique como mínimo 3, para cada diagnóstico)**
  - Captación de Embarazo:
  - Controles de Embarazo:
  - Labor y parto:
  - Puerperio:

## PRÁCTICAS

1. Durante su turno en Sala de Maternidad usted realiza funciones específicas de:
  - Atención directa    Administración    Ambas
2. Explique la estructura física de la Sala de Maternidad:
3. Con base a esta estructura definida con anterioridad; ¿cuál es su grado de responsabilidad según área de atención por turno?
  - 7am,-3pm

3pm-11pm  
11pm -7am

4. ¿Cuál considera usted es la relación de trabajo entre Enfermera-Paciente en relación a la dotación de Capital Humano y Censo de Pacientes hospitalizadas en Sala:

- Buena  
 Regular  
 Deficiente

5. ¿Tienen en la Sala de Maternidad orientación estructurada en dialecto Ngâbe Buglé?

- Sí.  No

**De responder sí, conteste:**

¿Es utilizado, con qué frecuencia?

**De responder no, conteste:**

¿Considera necesaria su elaboración?  Sí.  No

¿Por qué?

¿Han realizado estrategias para elaborarlos?  Sí.

No

6. Según diagnóstico médico obstétrico orientan a las mujeres a su ingreso y egreso, evaluando al final la comprensión de dicha orientación.

Sí  No

7. Elaboran los Planes de cuidados de Enfermería con base en el NIC/NOC

Sí  
 No

8. Considera que la Dotación de Capital Humano de Enfermeras de la Sala de Maternidad es suficiente para brindar atención con calidad a las mujeres hospitalizadas con diagnósticos obstétricos diversos:

Sí  
 No

Explique ¿Por qué?\_

9. Considera que el Capital Humano de Enfermeras que labora en la Sala de Maternidad es idóneo y tiene la formación académica necesaria para las funciones que demanda el área.

Sí No

Explique ¿Por qué?

10. Qué opinión le merece a usted la incorporación a la Sala de Maternidad de la figura de un supervisor(a) Clínico(a) permanente al área. ¿Es beneficiosa para la mejora continua de la atención ofertada?

Sí

No

Explique ¿Por qué?

Muchas Gracias por su Participación

**CAJA DE SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DR. RAÚL DÁVILA MENA  
SALA DE MATERNIDAD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
DOTACIÓN DE RECURSO HUMANO**

**CENSO DE 28 CAMAS**

**DISTRIBUIDAS EN: 23 CAMAS DE ANTEPARTO Y PUERPERIO**

**5 CAMAS LABOR Y PARTO; SE INCLUYEN 3 CAMILLAS DE LABOR.**

**ÁREA DE ANTEPARTO Y PUERPERIO FISIOLÓGICO Y QUIRÚRGICO:**

**Horas de Atención de Enfermería:**

- Fórmula:  $X = CI$
- Donde X= horas requeridas

C= número de camas= 23

I= indicador establecido= 6HRS

¿Cuántas horas de atención de enfermería se requieren para la sala de Maternidad incluyendo las áreas de Anteparto y puerperio fisiológico y quirúrgico con 23 camas?

$$X = 23(6) = 138 \text{ horas.}$$

**Cantidad de Recurso Humano:**

Fórmula:  $P = X/Y$

Dónde: P= Capital Humano necesario

X= Horas necesarias de atención

Y= Jornada de trabajo

¿Qué cantidad de Capital Humano de Enfermería se requieren para un servicio de maternidad con 23 camas?

$$P = 138/8 = 17$$

**Determinar Capital Humano Profesional y No Profesional:**

Sala de Maternidad= **17 Colaboradores**

60% Profesional= **10 Enfermeras**

40% No Profesional= **7 Técnicos en Enfermería**

**Distribución del Recurso Humano por turno:**

Turno Matutino **40% de 23 = 7**

Turno Vespertino **30% de 23 = 5**

Turno Nocturno **30% de 23 = 5**

**Determinar Capital Humano Profesional y No Profesional:**

Turno Matutino **40% de 23 = 7**

60% Profesional= **4 Enfermeras**

40% No Profesional= **3 Técnicos en Enfermería**

Turno Vespertino **30% de 23 = 5**

60% Profesional= **3 Enfermeras**

40% No Profesional= **2 Técnicos en Enfermería**

Turno Nocturno **30% de 23 = 5**

60% Profesional= **3 Enfermeras**

40% No Profesional= **2 Técnicos en Enfermería**

Sala de Maternidad= **17 Colaboradores**

**ÁREA DE LABOR Y PARTO:****Horas de Atención de Enfermería:**

- Fórmula:  $X = CI$
- Donde X= horas requeridas

C= número de camas= 8 (5 camas y **3 camillas del área de parto**)

I= indicador establecido= 6HRS

¿Cuántas horas de atención de enfermería se requieren para la sala de Maternidad incluyendo las **áreas de labor y parto** con 8 camas?

$$X = 8(8) = 64 \text{ horas.}$$

**Cantidad de Recurso Humano:**

Fórmula:  $P = X/Y$

Dónde: P= Capital Humano necesario

X= Horas necesarias de atención

Y= Jornada de trabajo

¿Qué cantidad de Capital Humano de Enfermería se requieren para el área de labor y parto con 8 camas?

$$P = 64/8 = 8$$

**Distribución del Recurso Humano por turno:**

Turno Matutino **40% de 8 = 4**

Turno Vespertino **30% de 8 = 2**

Turno Nocturno **30% de 8 = 2**

**Determinar Capital Humano Profesional y No Profesional:**

Sala de Maternidad= **8 Colaboradores**

60% Profesional= **5 Enfermeras**

40% No Profesional= **3 Técnicos en Enfermería**

**Distribución del Recurso Humano por turno:**

Turno Matutino **40% de 8 = 4**

Turno Vespertino **30% de 8 = 2**

Turno Nocturno **30% de 8 = 2**

**Determinar Capital Humano Profesional y No Profesional:**

Turno Matutino **40% de 8 = 4**

60% Profesional= **3 Enfermeras**

40% No Profesional= **1 Técnicos en Enfermería**

Turno Vespertino **30% de 8 = 2**

60% Profesional= **1 Enfermeras**

40% No Profesional= **1 Técnicos en Enfermería**

Turno Nocturno **30% de 8 = 2**

60% Profesional= **1 Enfermeras**

40% No Profesional= **1 Técnicos en Enfermería**

**Sala de Maternidad= 8 Colaboradores**

Riesgo Socio-cultural	Muertes maternas - Perinatales			Cálculo prueba de Fisher	Valor p	
	2010	2011	2012			
Sí	19	48	35	102	12.1	0.0054
No	25	17	23	65		
	44	65	58	167		

F crítica = 11.3

Tipo de paciente	Muertes maternas - Perinatales			Cálculo prueba de Fisher	Valor p	
	2010	2011	2012			
Asegurado	5	11	1	17	0.17	0.0046
No asegurado	40	53	64	157		
	45	64	65	174		

F crítica: 0.05

Planificación de embarazo	Muertes maternas - Perinatales				Cálculo prueba de Fisher	Valor p
	2010	2011	2012			
<b>Sí</b>	0	1	2	3	0.52	0.5668
<b>No</b>	0	8	27	35		
	0	9	29	38		

F crítica: 0.5263

Exámenes paraclínicos	Muertes maternas - Perinatales				Cálculo prueba de Fisher	Valor p
	2010	2011	2012			
<b>Realizados</b>	2	2	3	7	0.25	0.086
<b>No realizados</b>	2	2	0	4		
	4	4	3	11		

F crítica: 0.52

Orientación a las madres	Muertes maternas - Perinatales				Cálculo prueba de Fisher	Valor p
	2010	2011	2012			
Sí	0	1	17	18	2.2	0.5668
No	0	2	12	14		
	0	3	29	32		

F crítica = 19

Consejería sobre planificación familiar	Muertes maternas - Perinatales				Cálculo prueba de Fisher	Valor p
	2010	2011	2012			
Sí	0	13	22	35	1.30	0.0000
No	24	18	5	47		
	24	31	27	82		

F crítico: 0.43

Riesgo de antecedentes obstétricos	Muertes maternas - Perinatales				Cálculo prueba de Fisher	Valor p
	2010	2011	2012			
Sí	1	3	7	11	4.0	0.0549
No	3	0	1	4		
	4	3	8	15		

F crítica: 0.2

Riesgo por patologías directas confirmadas	Muertes maternas - Perinatales				Cálculo prueba de Fisher	Valor p
	2010	2011	2012			
Sí	1	19	7	27	0.6614	0.0002
No	19	20	39	78		
	20	39	46	105		

F crítica: 0.05