



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES-UNAN, MANAGUA**



**Maestría en Epidemiología
2017 – 2019**

**Informe de final de Tesis para optar al título de
Máster en Epidemiología**

**CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA, EN EL
DEPARTAMENTO DE CORTÉS, HONDURAS 2015 – 2016**

Autora:

**Lic. Petrona Mejía López
Licenciada en Enfermería**

Tutora:

**MSc. Tania Rodríguez
Docente e Investigadora**

El Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Junio 2019

ÍNDICE

RESUMEN	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	18
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
IX. CONCLUSIONES	43
X. RECOMENDACIONES.....	44
XI. BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	52

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la Mortalidad Materna en el Departamento de Cortés, Honduras, en el periodo de 2015 – 2016.

Diseño: Fue un estudio descriptivo de corte transversal, con un universo y una muestra de 26 mujeres fallecidas durante el periodo de estudio. La unidad de análisis fueron todas las mujeres fallecidas clasificadas como muertes maternas. Los datos fueron proporcionados por la SESAL.

Resultados: Ocurrieron 26 muertes maternas en total, con 81% en edad entre 19 a 35 años, el 69.2% vivían en Unión Libre, el 84.6% eran amas de casa, el 42.3% residían en San Pedro Sula (SPS). El 61.5% recibieron atención médica, el 73.1% fallecieron en el puerperio. El 50.0% murieron en el Hospital Nacional, y el 65.4% fueron atendidas por médico. Las principales causas básicas de muerte materna fueron hemorragia a través de la retención placentaria y trastornos hipertensivos siendo clasificadas como muertes obstétrica indirecta el 50%.

Conclusiones: Las mujeres que fallecieron por muertes maternas se encontraban en una edad de 19 a 35 años, con ocupación de ama de casa en su mayoría, procediendo de comunidades ubicadas en ciudades, con una escolaridad de primaria, y estado civil unión libre. La mayoría de las muertes maternas recibieron atención, con 4 a 6 controles prenatales, presentando embarazo mayor a las 28 semanas de gestación en la mayoría de los casos, y falleciendo en el periodo del puerperio. La mayoría de las muertes maternas ocurrieron en un hospital, en menos de 24 horas de estar hospitalizada, y fueron atendidas en más de la mitad de los casos, por un médico. Las principales causas básicas de muerte materna fueron la hemorragia a través de la retención placentaria y los trastornos hipertensivos, siendo clasificadas en la mitad de los casos, como muertes obstétricas indirectas.

Palabras clave: mortalidad materna, Honduras.

Correo electrónico de la autora: majiapetrona@yahoo.com

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a mi padre JEHOVA DIOS, el que en todo momento está conmigo ayudándome hasta alcanzar mis metas.

A mis sobrinos, por ser motivación e inspiración para poder superarme cada día y así poder luchar para que la vida nos depare un mejor futuro.

A mí madre Josefa López y a mi padre Samuel Mejía, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mis hermanos y hermanas, por su valioso aporte y apoyo incondicional para alcanzar las metas propuestas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a **JEHOVA DIOS** porque en él ha estado mi fuerza, esperanza y confianza para terminar cada meta propuesta en mi vida y este trabajo no es la excepción, ya que con su misericordia me ha permitido culminar esta labor de tesis y maestría.

A mis **padres, hermanos y sobrinos** que demostraron el amor hacia mí a través de la paciencia y tolerancia en este tiempo de ausencia, siempre con sus oraciones, palabras de aliento, animándonos a seguir adelante.

Al **grupo de profesionales** que me asistieron en este proceso con sus conocimientos y orientación para que el trabajo tomara la forma deseada, sin su ayuda hubiese sido difícil culminarlo y gracias al tiempo compartido, porque considerando sus múltiples ocupaciones, nos atendieron e hicieron los aportes necesarios para mejorar el informe.

Al Dr. Gustavo Urbina, Técnico de la Unidad de Vigilancia de la Salud, de la Secretaría de Salud de Honduras, profesional de alta calidad, por dar su apoyo a la academia sin ninguna restricción, gracias por ese tiempo, esfuerzo y dedicación.

A mis asesores **MSc. Tania Rodríguez**, Docentes e Investigadores por su apoyo y compromiso, por su paciencia y dedicación, por sus conocimientos y ardua labor.

A las autoridades de la **Unidad de Vigilancia de la Salud, de la Secretaría de Salud**, por permitir la base de datos para realizar mi tesis, sin restricciones y colaborando con toda la información necesaria para el desarrollo de la misma.

A la **Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua** y a su grupo de profesionales y docentes, por permitirnos ser miembros de la misma y llegar a completar nuestros estudios que se concreta con este proyecto.

I. INTRODUCCIÓN

La Mortalidad Materna (MM) es un evidente problema de Salud Pública en algunos países de la región latinoamericana, además de que se considera un indicador de impacto sobre el desarrollo integral de un país. Actualmente existe evidencia sobre las muertes maternas, que son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y la salud materna.

La mortalidad materna (MM) constituye un grave problema, que afecta a las mujeres en edad fértil, en países subdesarrollados, como Honduras. En este contexto, Honduras, en el 2010, ocupó el tercer lugar en velocidad de descenso en Latinoamérica de la MM, con una razón de 73 x 100,000 nacidos vivos (NV). En el país se dispone de información del número de MM, estadísticas que orientan a comprender cómo o porque ocurren estas muertes. Según el último informe de Indicadores Básicos (Situación de Salud en las Américas, 2017) para Honduras, la Razón de Mortalidad Materna reportada oficialmente es del año 2010, y fue de 74.0 por 100,000 NV, obtenida a través del estudio de RMM aplicando la metodología de autopsias verbales. (OPS, 2017).

Con el presente estudio se pretende caracterizar las muertes maternas del departamento de Cortes de los años 2015-2016, según los datos disponibles en la Vigilancia de la muerte materna, ubicados en la Unidad de Vigilancia de la secretaría de Salud (SESAL) en el periodo 2015-2016, con el propósito de generar evidencia y una aproximación a los factores de riesgos ya conocidos para fortalecer programas y políticas, así como las normativas sobre el abordaje de la atención en el proceso de embarazo y puerperio.

II. ANTECEDENTES

Bonilla (2015), Honduras, realizó un estudio en la región Metropolitana de San Pedro Sula, Cortes, para determinar las características de la mortalidad materna en mujeres en la Región. Se encontraron 6 casos por causa obstétrica directa, la mayoría eran menores de 19 años, la mitad habían cursado primaria completa, la principal ocupación fue otras seguida por ama de casa, una mitad eran primigestas.

Collart, B. H. (2014), Honduras, realizó un estudio en el departamento de Cortés, sobre RMM, en donde se registraron 16 muertes maternas de las cuales 13 son muertes maternas directas y 3 muertes maternas Indirectas para una RMM de 42 por 100,000 nacidos vivos; baja en relación a la RMM de nivel nacional que para el año 2010 fue de 74 por 100,000 nacidos vivos. En el estudio se encontró que hay municipios con tasa de mortalidad materna altas como Omoa (92 x 100,000 NV), Santa Cruz (84 x 100,000 NV), San Pedro Sula (54 x 100,000 NV), Choloma (38 x 100,000 NV), Puerto Cortés (39 x 100,000 NV), La Lima (37 x 100,000 NV), Santa Cruz (84 x 100,000 NV) y Villanueva (30 x 100,000 NV). En San Manuel Potrerillos, San Antonio de Cortes, Pimienta y San Francisco no se registraron muertes maternas.

López Puerto (2010), Honduras, en la región de Francisco Morazán, realizó un estudio sobre caracterización de mortalidad materna el cual evidenció que la mayoría de las mujeres eran solteras (152 defunciones), amas de casa, mestiza en unión libre, la escolaridad primaria completa, situación socioeconómica baja, múltipara asistente a su control prenatal y sin antecedentes de patología asociada, se encontró una alta prevalencia de muertes obstétricas directas, sumando estas 18 para un (60.0%) en comparación con las obstétricas indirectas que fueron 6 (20 %).

Jiménez, M.J (2009), Honduras, en el departamento de en Comayagua, realizo un estudio para evaluar las causas de mortalidad materna, en la mayoría de ellas las pacientes eran puérperas, procedentes del área rural, y fallecieron debido a las

siguientes complicaciones: Hemorragia (shock hipovolémico), Eclampsia, Síndrome de HELLP.

III. JUSTIFICACIÓN

En Latinoamérica y Caribe mueren más de 20 mil mujeres al año en edad reproductiva por motivos relacionados al embarazo, parto y puerperio, lo que significa una defunción cada 25 minutos, y de éstas el 99% ocurren en países en vías de desarrollo. La salud materna y la reducción de la mortalidad materna es una constante preocupación del Estado y ha sido motivo de debates internacionales y nacionales.

Honduras ha definido la vigilancia de la mortalidad materna como el componente del sistema de información de salud que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación de las causas de mortalidad materna, así como su la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y periodos determinados y a pesar de todas las acciones que la Secretaria de salud ha realizado continúan muriéndose las mujeres ya sea en el embarazo parto, puerperio la mortalidad materna es un indicador critico de país.

Por lo cual es necesario investigar la caracterización las muertes maternas, identificando el perfil sociodemográfico, las características de la atención recibida, las circunstancias de la muerte y las causas que generaron la misma, permitirá generar conocimientos nuevos ya actualizados que contribuyan a identificar los municipios y comunidades que requieren más apoyo institucional técnico y administrativo para disminuir la tasa de mortalidad materna y por ende la razón de mortalidad regional, permitiendo mejorar la calidad de atención en la red de servicios salud de Cortés.

Estos resultados servirán de base para fortalecer y modificar las herramientas existentes de abordaje de las mujeres embarazadas, además de permitir realizar gestiones a nivel local y municipal para lograr la participación comunitaria en la solución del problema, identificando oportunamente los factores de riesgo en el embarazo, parto y puerperio, así como previniendo embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, embarazos en mujeres mayores y mujeres multíparas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en Latinoamérica y Caribe mueren más de 20 mil mujeres al año en edad reproductiva por motivos relacionados al embarazo, parto y puerperio, lo que significa una defunción cada 25 minutos, y de éstas el 99% ocurren en países en vías de desarrollo. La salud materna y la reducción de la mortalidad materna es una constante preocupación del Estado y ha sido motivo de debates internacionales y nacionales, incluyendo la cumbre del Milenio donde se definen los objetivos y metas del Milenio y ratificados por el país. (OMS, 2015)

Por lo anterior es necesario investigar:

¿Cómo se caracteriza la mortalidad materna en el departamento Cortés, Honduras en el periodo 2015 – 2016?

De la pregunta anterior, se derivan las interrogantes específicas.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las personas en estudio del departamento de Cortés, Honduras?
2. ¿Qué características clínicas y de la atención brindada se identificaron en las muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio en el departamento de Cortés?
3. ¿Cuáles fueron las causas de la mortalidad materna del departamento de Cortés?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar la Mortalidad Materna en el Departamento de Cortés, Honduras, en el periodo de 2015 – 2016.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las personas en estudio del departamento de Cortés, Honduras.
2. Identificar las características clínicas y la atención brindada en la unidad de salud durante el embarazo, parto y puerperio en el departamento de Cortés, de las pacientes que sufrieron una muerte materna.
3. Identificar las causas de la mortalidad materna del departamento de Cortés.

VI. MARCO TEÓRICO

Según la secretaria de salud de Honduras, la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La muerte materna puede subdividirse en dos grupos, muerte obstétrica directa (Es la muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto, puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.) y muerte obstétrica indirecta (Es la muerte materna que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo). (Honduras, 2008)

Epidemiología de la Mortalidad Materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 585 mil mujeres mueren en el mundo por complicaciones del embarazo y el parto de estas muertes, el 99% ocurre en los países en desarrollo. (OMS, 2016) La principal causa de mortalidad materna en el mundo son las hemorragias, seguidas de las causas indirectas, las infecciones, el aborto en condiciones de riesgo, la eclampsia, y el parto obstruido. (Alkema L, 2016)

Según la OPS/OMS, en Latinoamérica y Caribe, mueren más de 20 mil mujeres al año en edad reproductiva por motivos relacionados al embarazo, parto y puerperio, lo que significa una defunción cada 25 minutos. (ONU, 2015)

En países en vías de desarrollo, la razón de mortalidad materna para el año 2015, fue de 239 por 100,000 mil nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de apenas 12.0 por 100,000 NV. (Alkema L, 2016) En Honduras para el año 2015 fue de 129 por 100,000 NV, aunque el departamento de Cortés no estaba dentro de las regiones que tenían la Razón de mortalidad materna más alta del país (67.5 por 100,000 RN). (SESAL, 2017)

En la actualidad se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Detrás de una muerte materna hay un conjunto de ideas, prácticas, valores, y creencias ligadas con la maternidad, paternidad, la salud y el derecho de cada grupo social. (OMS, 2010)

El análisis de la mortalidad, además de un ejercicio histórico, se ha convertido en un instrumento de vigilancia epidemiológica y de evaluación oportuna de los programas de salud.

La autopsia verbal ha sido usada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en los países donde los registros son deficientes y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal definidas. Las autopsias verbales se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que dan a luz en sus hogares.

La autopsia verbal es el proceso de entrevistar a parientes y/o amistades de la persona que falleció para descubrir las circunstancias y la causa de su muerte, es decir que resulta ser un instrumento útil para la comprobación de los casos y la ampliación de la información relacionada con las causas de la muerte, esta es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad. (Ramos, 2002)

En Honduras, esta estrategia se ha venido implementando, pero no de una manera proactiva. Sin embargo, ha permitido registrar las muertes de mujeres en edad fértil y por consiguiente captar la muerte materna, este proceso ha brindado información para construir la razón de mortalidad materna en el país y tomar decisiones de intervención mediante el seguimiento de aquellos factores determinantes o condicionantes de una muerte materna. Además, ha servido de evidencia para sustentar las medidas de prevención y control.

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que, con más fidelidad, expresa la inequidad y exclusión social. Más de medio millón de muertes maternas se producen anualmente en el mundo, el 99% sucede en los países en desarrollo.

Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica. De ese modo disminuye su capacidad de toma de decisiones informadas en salud.

La mortalidad materna expresa además la inequidad de género para la toma de decisiones, la mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres excluidas de los servicios de educación y salud, quienes carecen de poder para decidir aun en el seno de sus propias familias. Detrás de estas muertes se esconde la poca capacidad de negociación de la mujer. El costo social de la mortalidad materna se expresa en la consecuente desorganización familiar. (Maggiolo, 2007)

En 1998, la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el componente del sistema de información de salud que facilita la identificación, determinación y cuantificación de las causas de mortalidad materna, así como la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y periodos determinados, con el objeto de contribuir en el desarrollo de las medidas necesarias para su prevención”. (OMS, 2017)

Las encuestas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva utilizan fuentes múltiples: registro civil, informantes de la comunidad, visitas a los hogares, para tratar de identificar todas las muertes de mujeres en edades reproductivas dentro de un periodo de tiempo específico, y entre ellas las muertes que verdaderamente fueron maternas. (RAMNI, 2015)

Aspectos cualitativos de la mortalidad materna en Honduras

En Honduras, en el año 2003 se realizó un estudio cualitativo sobre mortalidad materna por parte del Instituto Nacional de la Mujer (INAM) donde se destaca que Honduras se encontraba entre los cinco países latinoamericanos que cumplió con la meta de reducción de la razón de mortalidad materna en un 50% en el quinquenio 90-95 gracias a una serie de medidas como: el incremento de la extensión de coberturas, incremento del parto Institucional, y reformulación de la formación de parteras. (INAM, 2003)

Sin embargo, se consideró la importancia de analizar los factores socioculturales en la ocurrencia de muertes maternas, donde se exploró cómo perciben y viven la maternidad las mujeres, sus esposos o compañeros de hogar y la sociedad, encontrando las siguientes conclusiones:

En los discursos de la población estudiada, queda claro que el hecho de que la mujer tenga la capacidad de embarazarse, siempre deriva en una obligación cultural y social de cuidar a los hijos o hijas que tenga. Por otra parte, la capacidad biológica de fecundar no implica necesariamente la responsabilidad de criar y cuidar el hijo o la hija.

La idea que el embarazo y el parto son procesos naturales, dificulta que las mujeres se realicen controles prenatales tempranamente y el resto de controles. Lo anterior también se manifiesta en la creencia de que, a mayor número de partos, más experta se vuelve la mujer, y por lo tanto menos necesidad de ayuda tiene. En casos extremos hasta las parteras son excluidas, de manera que mujeres de las zonas menos urbanizadas o se atienden solas o las atienden los maridos.

En la mayoría de las usuarias, no existe el concepto que tiene el derecho a controlar su capacidad reproductiva. Hay aceptación de la necesidad de la planificación familiar, pero la razón para aceptarla es garantizar el bienestar de los hijos y las hijas. Es decir, la planificación se ejerce en función de una “buena maternidad” y no desde una perspectiva de derecho de la mujer.

Una buena parte de los cónyuges se opone a la planificación, entre otras razones, por temor a la infidelidad. Esto coloca a las mujeres sin la posibilidad de controlar su reproducción. La mayoría de las mujeres viven el o los primeros embarazos como la culminación de su proceso de “ser mujer”, sin embargo, llegan a éstos sin información. Aún en el caso de embarazos planificados y deseados, las mujeres viven esta etapa con muchos temores de que el hijo o la hija nazcan con deformaciones o que ella muera al dar a luz. Estos temores generalmente no son compartidos y no generan conductas de prevención.

Socialmente existe un conocimiento implícito sobre la asociación parto-muerte, lo que contribuye a que se reaccione con pasividad ante las complicaciones y con resignación ante las muertes maternas.

Formulación de políticas y la prestación de servicios obstétricos en Honduras

Entre las políticas existentes a nivel nacional relacionadas a la temática de prestación de servicios de salud, se ha podido identificar lagunas de información respecto al abordaje de los temas prioritarios de la salud obstétrica de las mujeres hondureñas, resumiéndose en lo siguiente:

Esta relación desigual entre los géneros no está considerada en las Políticas de Salud hacia la mujer. De tal manera que no existen en las políticas, normas y elementos que adviertan sobre la dificultad y que capaciten al personal para hacer frente a las consecuencias prácticas de la desigualdad genérica.

Aunque las políticas y normas de salud hacia la mujer contienen elementos de salud sexual y reproductiva desde una óptica de derechos, la mayoría del personal desconoce el mismo.

El Programa de Atención Integral a la Mujer no se propone empoderarlas, sino que las ubica como actoras pasivas ante las ofertas del sistema.

Lo anterior corresponde con el hecho que, aunque las normas para atención obstétrica tienen carácter de Ley del Estado, refleja un enfoque de aseguramiento de derechos, casi todos los actores desconocen el marco legal de aplicación de estos derechos, lo que deviene en que se brinden servicios desde una óptica asistencialista tradicional.

A la debilidad anteriormente señalada se agrega la falta de articulación entre las diversas unidades del sistema de salud y la carencia de recursos materiales y humanos. A esto se suma la falta de adecuación de la formación de los recursos médicos a las necesidades del sistema de salud.

A pesar de los esfuerzos realizados, no se logra que todos los recursos humanos del sistema encaren la emergencia obstétrica como una verdadera urgencia, de manera que se pierde tiempo vital en la atención a las mujeres. Faltan conocimientos médicos, conocimientos de la Misión y Visión del Programa de Atención Integral a la Mujer, lo que induce errores en el proceso de toma de decisiones ante la emergencia obstétrica.

La percepción es que la Dirección de Hospitales no tiene mucha comunicación con Atención Integral a la Mujer, y la supervisión de ésta hacia las maternidades de los hospitales y la comunidad ha disminuido.

Las parteras son y continuarán siendo durante un buen tiempo, recursos indispensables para la atención a las mujeres. Muchas usuarias las prefieren por la calidez de la atención que brindan, la relación de confianza y el costo nulo o moderado de sus servicios. (SESAL S. d., 2017 (2))

Enfoque de riesgo en la Mortalidad Materna

El 95% de la mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe, donde aún se registran 85 fallecimientos por cada 100 mil nacidos vivos, se debe a causas que se pueden prevenir, alertó en Washington la OPS. (ONU, 2017)

Riesgo Reproductivo

Se refiere al riesgo de una mujer de morir durante su vida reproductiva por causa de la maternidad está directamente subordinada a la región, país y continente en el cual nace, crece y vive, así como a las oportunidades y posibilidades en las cuales se desenvuelve su vida.

Ante esta situación sería conveniente el manejo de toda embarazada desde el enfoque de riesgo, tomando en cuenta la presencia de una característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas en todas las pacientes atendidas en las consultas y emergencias obstétricas.

Se puede afirmar que una medida de la mortalidad materna proporcionaría información sobre el grado de desarrollo humano de los países. De hecho, aquellas regiones cuyo espacio social y sistema de salud están deficientemente estructurados, presentan tasas de mortalidad materna mayores que dan cuenta del nivel de desarrollo y bienestar social. Se evidencia entonces que la mortalidad materna constituye un fiel testimonio de inequidad, injusticia social y violación al derecho básico de la vida, prescrito en el Artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, desde 1948. (ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 2017)

Alcanzar la meta de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre los años 1990 y 2015 fue primordial para América Latina. (ONU O. d., 2015) (RAMNI, 2015) Sin embargo, contrariamente a esto, muestra un panorama variable para alcanzarla. La región avanza desigualmente en la lucha contra la mortalidad materna y sólo un cuarto de Latinoamérica está próxima a lograr la meta propuesta. Chile, Costa Rica, Uruguay,

Argentina y Cuba que presentaban menos de 50 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2008, con seguridad lograrán la meta fijada para el 2015. (MINSA, 2015)

Otro grupo de países ostentan entre 50 y 100 muertes maternas por 100,000 nacimientos y probablemente alcancen la meta fijada; tal es el caso de Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, México, Venezuela, Brasil y Colombia. Asimismo, se encuentran aquellos países rezagados para alcanzar la meta con más de 100 muertes maternas por 100,000 nacimientos; tenemos aquí a Perú, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana, Paraguay y Haití. (BM, 2015)

Transcurridos los años, desde la Declaración del Milenio, la región en su conjunto muestra progreso en la disminución de la mortalidad materna; sin embargo, aún queda mucho por hacer para reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna. Vale la pena mencionar que la razón de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, de acuerdo con la OPS y la OMS, ha descendido de 140 a 85 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, entre 1990 y 2008. (Salud, 2015)

La mortalidad materna constituye particularmente un problema con determinantes sociales, culturales y ambientales en relación con la pobreza, que en América Latina es susceptible a las desigualdades que imperan en la región. Por ejemplo, la posición económica asegura a los grupos de mayores ingresos las mejores condiciones de acceso a la salud, mejor educación y servicios básicos; en contraparte, los grupos más desposeídos carecen de servicios de salud, educación e incluso agua potable y alimentos.

Es necesario recalcar que cualquier avance sobre salud materna en América Latina demanda afrontar las diferencias sociales y económicas, mejorar la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva, atendiendo la participación de los hombres, así como sistemas de salud bien integrados, donde los servicios de atención primaria y especializada se complementen; y adicionalmente, conformar sociedades

sensibilizadas hacia la equidad de género y el respeto a los derechos humanos. (Romero, 2007)

Al respecto, la planificación familiar, la prevención de los embarazos no planificados y la prestación de una atención de calidad al embarazo y al parto previenen la mayoría de las muertes maternas por causas médicas. Los trastornos hipertensivos, las hemorragias, las infecciones, los abortos y el trabajo de parto obstruido dan cuenta del grueso de las defunciones, y la mayoría de éstas realmente se pueden prevenir y/o tratar.

Todo esto significa que será mediante el diseño e implementación de políticas públicas eficaces y pertinentes (alimentación, salud, educación, empleo) además de servicios básicos y ambiente entre otras, como se logre mejorar sustancialmente la salud materna y reducir la mortalidad asociada al embarazo, el parto y el puerperio, de tal manera que se impacte positivamente el avance de la mujer en la sociedad. (Ruíz Sánchez, 2014)

En fin, la solución al problema de la mortalidad materna en América Latina no es sólo una cuestión de distribución del ingreso; es falta de voluntad política y de una eficiente gestión pública, que mediante políticas públicas y sociales oportunas dirigidas a los problemas reales de la población, deben trascender lo enunciativo en acciones concretas para realmente mejorar las condiciones sociales, económicas, ambientales, de salud y empleo de la sociedad latinoamericana.

Principales causas de Muertes Maternas

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer.

El índice de muerte materna vinculado al aborto clandestino es 2.9 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá de los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año postparto.

Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. (Karan Calderon, 2008)

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano. (Tábara, 2006)

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres. La magnitud refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales, educacionales y las condiciones económicas precarias. Sus causas son diversas y muchos de los factores que las condicionan se ubican más allá del sector salud.

En Honduras se realizó la estratificación de las muertes maternas según necesidades básicas insatisfechas (NBI) y se pudo observar que la mayoría de muertes maternas se presentaban en departamentos con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, de esta forma se priorizó donde se apoyaría financieramente para revertir esta situación, el departamento de Cortés no estaba entre los priorizados. (SESAL, 2018).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal.

b. Área de estudio

El departamento de Cortés, Honduras.

c. Universo y Muestra

El universo y muestra de estudio estuvo constituido por todas las muertes maternas (26 mujeres) del departamento de Cortés, Honduras registradas en la base de datos de la Secretaria de Salud de Honduras, de los años 2015 y 2016.

d. Unidad de análisis

Las fichas de vigilancia epidemiológica de las mujeres fallecidas y clasificadas como muerte materna, y registradas en la base de datos disponible en la Secretaria de Salud de Honduras, correspondiente al Departamento de Cortés.

e. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Todas las muertes maternas que se dieron durante el periodo 2015 – 2016
- Mujeres que hayan sido registradas en la base de datos nacional SESAL y que contaran con sus datos completos
- Mujeres que hayan sido residentes en cualquiera de los 12 municipios que conforman el departamento de Cortés.

Criterios de exclusión

- Muertes maternas que no se dieron durante el periodo de estudio
- Mujeres que no hayan sido registradas en la base de datos nacional SESAL o que no contaran con sus datos completos
- Mujeres que no hayan sido residentes de ninguno de los municipios que conforman el departamento de Cortés.

f. Variables de estudio según objetivos:

Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas de las personas en estudio del departamento de Cortés, Honduras.

1. Edad
2. Estado civil
3. Escolaridad
4. Ocupación
5. Municipio de procedencia

Objetivo 2. Clasificar las muertes maternas según sus características clínicas y la atención brindada durante el embarazo, parto y puerperio.

1. Recibió atención
2. Número de controles prenatales
3. Momento reproductivo
4. Gestas
5. Lugar donde se atendió el parto
6. Tiempo que espero para ser atendida
7. Personal de salud que le atendió

Objetivo 3. Identificar las causas de la mortalidad materna del departamento de Cortés.

1. Causa básica de muerte
2. Causa directa de muerte
3. Clasificación de la muerte

g. Fuente de información

La fuente de información fue secundaria ya que se recolectó a través de una ficha epidemiológica de vigilancia de la mortalidad materna que dio salida a una base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras, correspondiente a las MM de Cortés del periodo 2015-2016.

h. Técnica de recolección de datos

Se utilizó la ficha epidemiología de la secretaria de salud la cual a través de la base de datos de registros que utiliza la vigilancia de mortalidad materna del periodo de estudio, proporcionada por la Unidad de Vigilancia de la Salud de Honduras.

i. Instrumento de recolección de la información

El instrumento de recolección de la información que se utilizó fue el IVM-2B, un instrumento para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras, específicamente elaborada por la SESAL.

j. Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se utilizó la base de datos (Excel) de mortalidad materna de la Región Sanitaria de Cortés, correspondientes al periodo 2015 – 2016. Con autorización de la secretaria de salud de Honduras.

Además, en el Software Excel se elaboraron gráficos y cuadros en los que se presentaron los resultados.

k. Consideraciones Éticas

Para realizar el presente estudio, se solicitó la autorización de la Jefa de la Unidad de Vigilancia de la Salud del Nivel Central en la Secretaría de Salud. Se adjunta la autorización con firma y sello de la jefatura antes mencionada.

La información fue manejada confidencialmente solo para efectos de estudio apegados a las normas de ética de investigación y a los principios de la Declaración de Helsinki, protegiendo la identidad de las mujeres fallecidas, ocultando el nombre y aquellas variables que permitan la identificación de las mismas.

l. Trabajo de campo

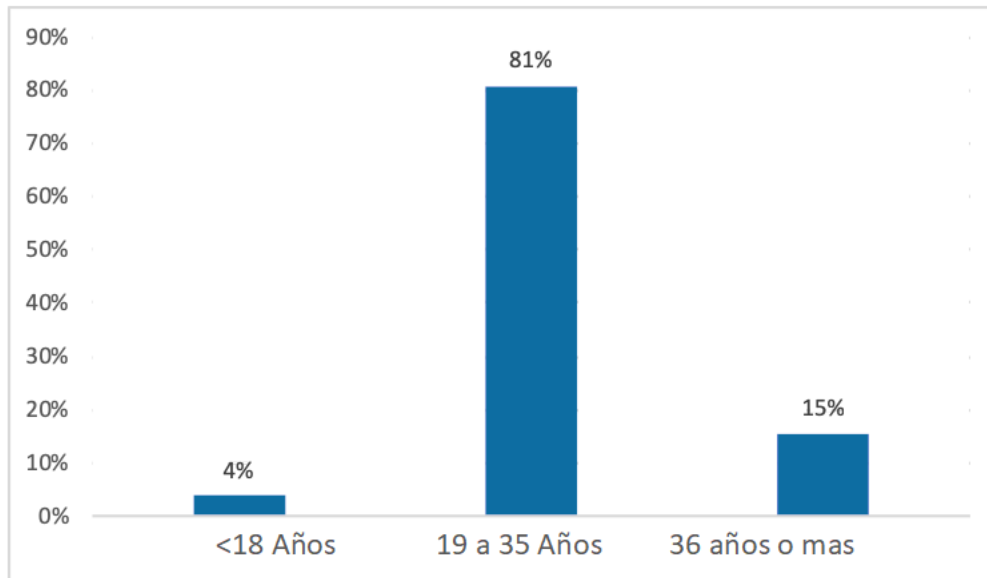
La base de datos fue trabajada en el Software Excel, donde se realizó la limpieza de datos, y ante la falta de datos en algunas variables, se procedió a revisar la respectiva ficha epidemiológica utilizada en la Vigilancia de Mortalidad Materna y sustituir los datos faltantes o erróneos encontrados.

Se realizó el llenado de la ficha IVM-1 que se le llenó a toda mujer en edad fértil y luego se llenaron 2 tipos de fichas de investigación de muerte, la ocurrida en los hospitales (IVM-2) y la ocurrida en la comunidad (IVM-2A). Esta última se llenó realizando una visita domiciliaria trabajo realizado por las unidades de salud., y posteriormente estos datos fueron enviados en físico a la SESAL para ser digitados en la base de datos de la secretaria de salud de Honduras.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1. Características sociodemográficas de las personas en estudio del departamento de Cortés, Honduras.

Gráfico 1. Edad de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016



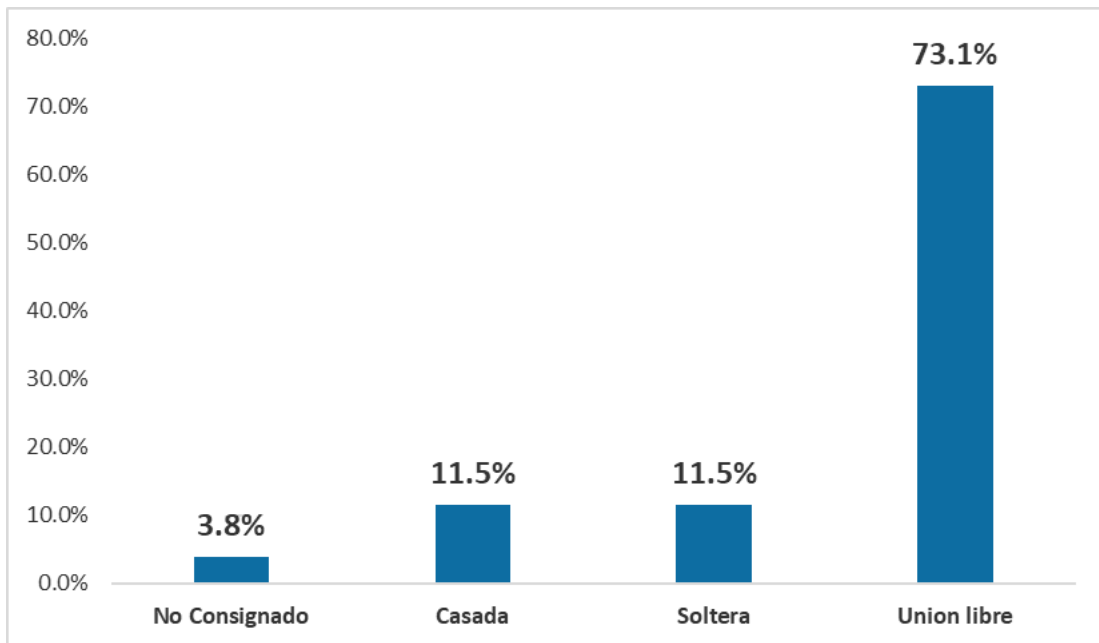
Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

El 4%(1) de las muertes maternas se dio en mujeres menores de 18 años, el 81% de las mujeres tenían de 19 a 35 años 81% (21), y el 15% (4) se encontraron en la categoría de 36 años o más. La media de edad de las mujeres que murieron por complicaciones asociadas al embarazo, el parto o el puerperio fue de 29 años. (Ver Anexo 4, tabla 1)

Estos datos son similares con lo establecido en el estudio publicado por Manuel Enrique Bonilla Cervantes (2015) realizado en el municipio de San Pedro Sula, Cortés, donde un tercio de las mujeres fallecidas tenían entre 19 y 24 años. (Bonilla Cervantes, 2015)

La mayor cantidad de muertes en este grupo de edad corresponde al mayor número de embarazos en ese grupo etario. En los grupos de riesgo este estudio se reportaron más muertes maternas en embarazadas añosas que en embarazada adolescente.

Gráfico 2. Estado civil de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

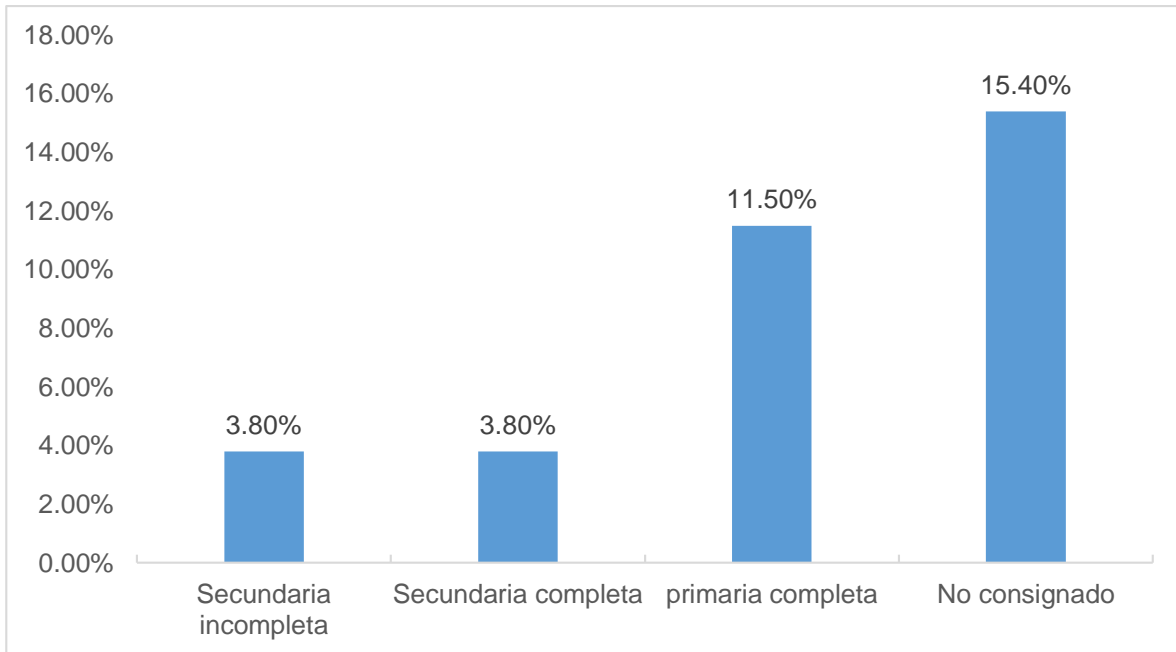
El 73.1% (19) de las personas reportadas como muerte materna vivían en unión libre, el 11.5% solteras (3), el 11.5% (3) casadas y no se consignó el estado civil en el 3.8% (1). (Ver Anexo 4, tabla 2)

Esto datos son superiores a los reportados en un estudio que se realizó en una población similar, donde el 37.5% de las personas reportadas como muerte materna vivían en unión libre, (Collart, 2014).

Sin embargo, son similares a lo presentado por Torres de Galvis y colaboradores, realizado en Medellín, Colombia en 2005, donde el estado civil de Unión libre estaba presente en el 57.6% de las fallecidas. (Torres Y, 2005)

En las parejas Hondureñas la unión libre es el estado civil mas común lo cual explica porque es mas frecuente también en las muertes maternas.

Gráfico 3. Escolaridad de las mujeres en estudio del departamento de Cortés, Honduras 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

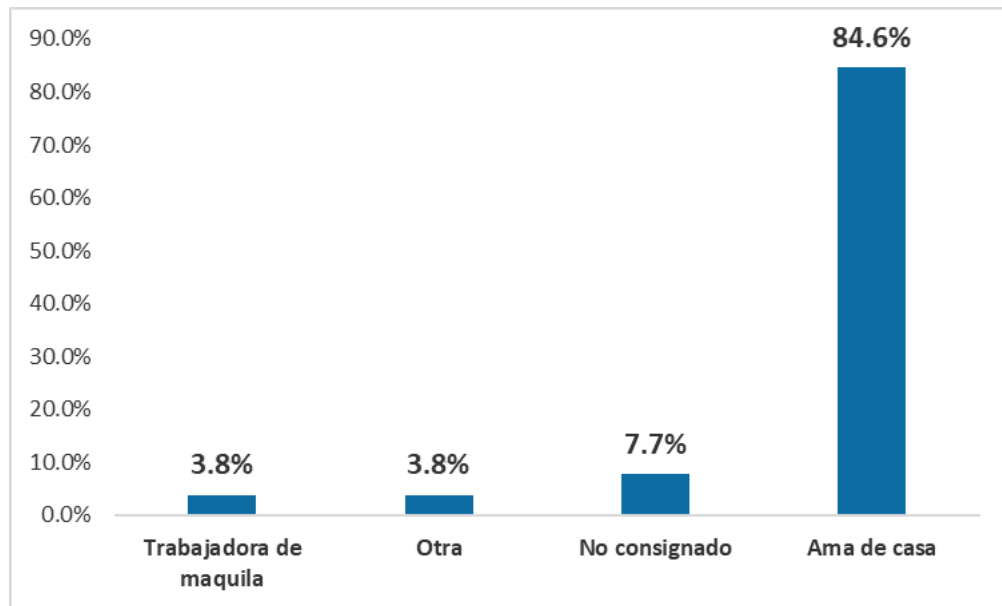
Entre las mujeres fallecidas, 26.9%(7) habían cursado la primaria completa, 11.5%(3) cursaron la secundaria incompleta y 15.4%(4) secundaria completa, sin embargo, 46.2%(12) no tenían consignado el dato de escolaridad. (Ver Anexo 4, tabla 3)

Los datos encontrados en el presente estudio son similares a lo establecido en el estudio de Bessy Collart realizado en el municipio de San Pedro Sula, Cortés, en 2010, donde el 43.8% de las mujeres fallecidas cursaron su primaria completa y el 50% no tenía consignado el dato de la escolaridad. (Collart, 2014)

En el estudio de Torres de Galvis y colaboradores realizado en Colombia, los autores encontraron que las fallecidas habían alcanzado hasta 18.0% de educación media completa, lo cual es similar a los resultados del presente estudio. (Torres Y, 2005)

El bajo nivel educativo puede ser un factor de riesgo para esta población ya que la escolaridad primaria completa fue la consignada de manera más frecuente.

Gráfico 4. Ocupación de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

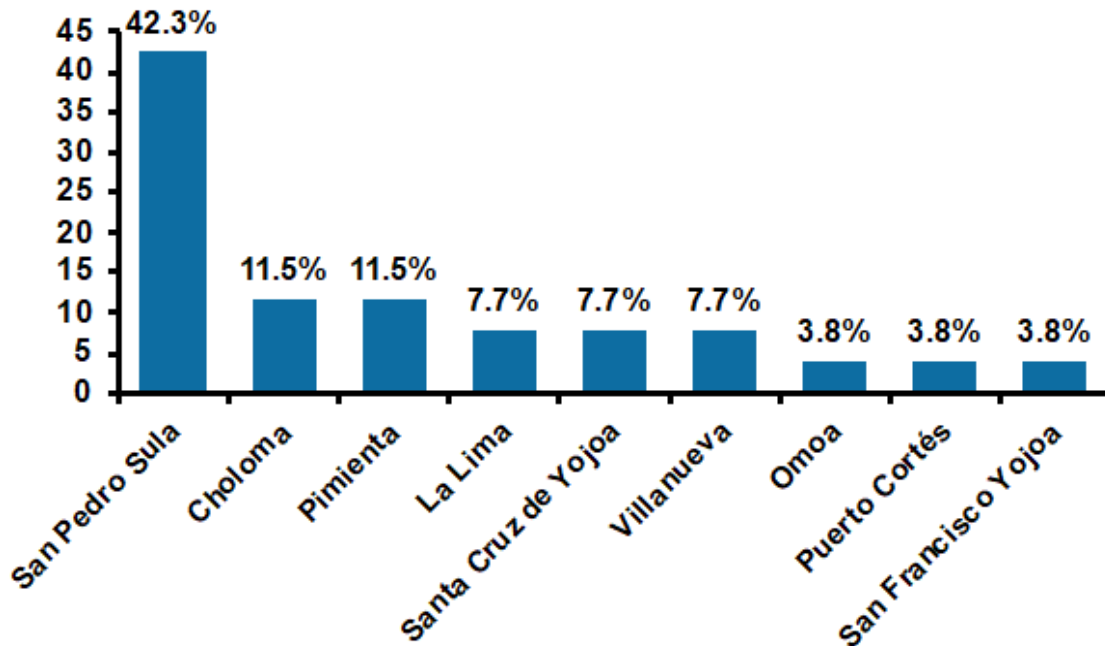
De las mujeres fallecidas, 84.6% (22) eran amas de casa, 3.8%(1) trabajadores de maquila, 3.8% (1) tenían otra ocupación y 7.7% (2) no se consignó la ocupación. (Ver Anexo 4, tabla 4)

Los datos encontrados en el presente estudio son superiores a lo establecido en el estudio de Bessy Collart realizado en el municipio de San Pedro Sula, Cortés, en 2010, donde el 37.5% de las mujeres fallecidas eran amas de casa. (Collart, 2014)

Además, los resultados reportados por Manuel Enrique Bonilla Cervantes realizado en el municipio de San Pedro Sula, Cortés, son inferiores a lo reportado en el presente estudio, donde el 33.0% de las fallecidas eran amas de casa. (Bonilla Cervantes, 2015)

Las amas de casa pueden presentar mayor dependencia económica, esto puede contribuir a su riesgo de muerte materna.

Gráfico 5. Municipio de procedencia de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

En relación con el municipio de procedencia de las mujeres fallecidas, 42.3% (11) residían en el municipio de San Pedro Sula, el 11.5% (3) en el municipio de Choloma, el 11.5% (3) en el municipio de Pimienta, 7.7% (2) en la Lima, 7.7% (2) en Santa Cruz de Yojoa, 7.7% (2) en Villa Nueva, 3.8% (1) en Omoa, 3.8% (1) en Puerto Cortés y 3.8% (1) en San Francisco de Yojoa. (Ver Anexo 4, tabla 5)

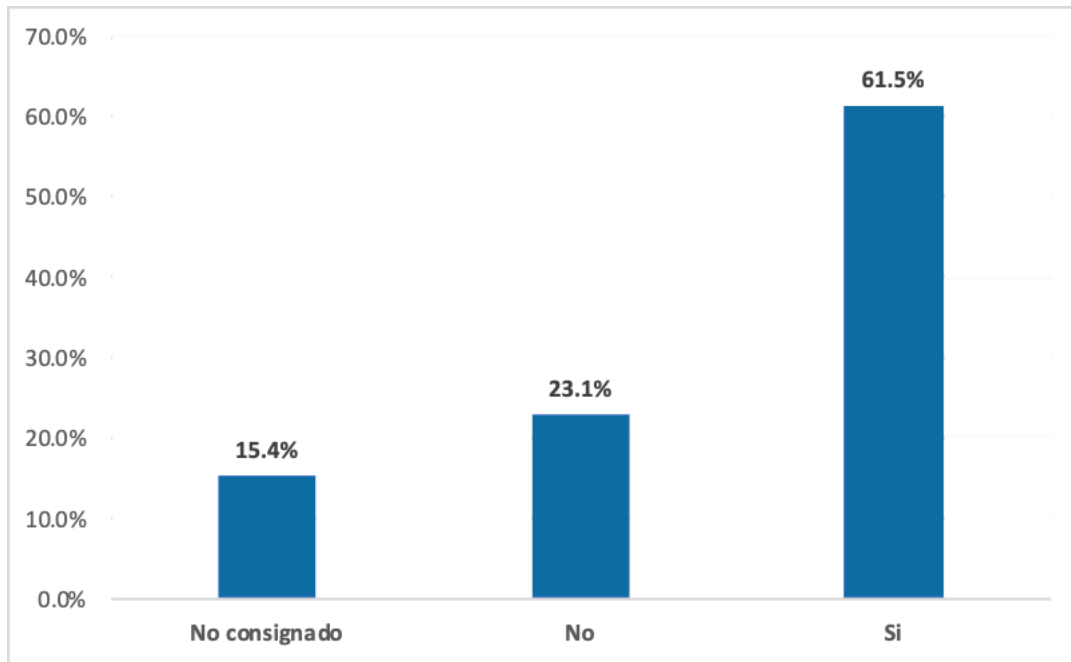
Estos datos son similares a lo establecido en el estudio de Bessy Collart realizado en el municipio de San Pedro Sula (SPS), Cortés, en 2010, donde el 50.0% de las mujeres fallecidas residían en San Pedro Sula. (Collart, 2014)

Siendo SPS el municipio con mayor población y donde se encuentran los centros de referencia regional es de esperar que la mayoría de las personas reportadas por muerte

materna procedan de este municipio, en este estudio no se encontró relación entre la procedencia y la muerte materna.

Objetivo 2. Características clínicas y atención brindada en la unidad de salud durante el embarazo, parto y puerperio en el departamento de Cortés.

Gráfico 6. Atención recibida por las mujeres fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

El 61.5% (16) de las mujeres fallecidas recibió atención prenatal, 23.1% (6) no recibieron atención prenatal y el 15.4% (4) de los casos no se consignó el dato. (Ver Anexo 4, tabla 6)

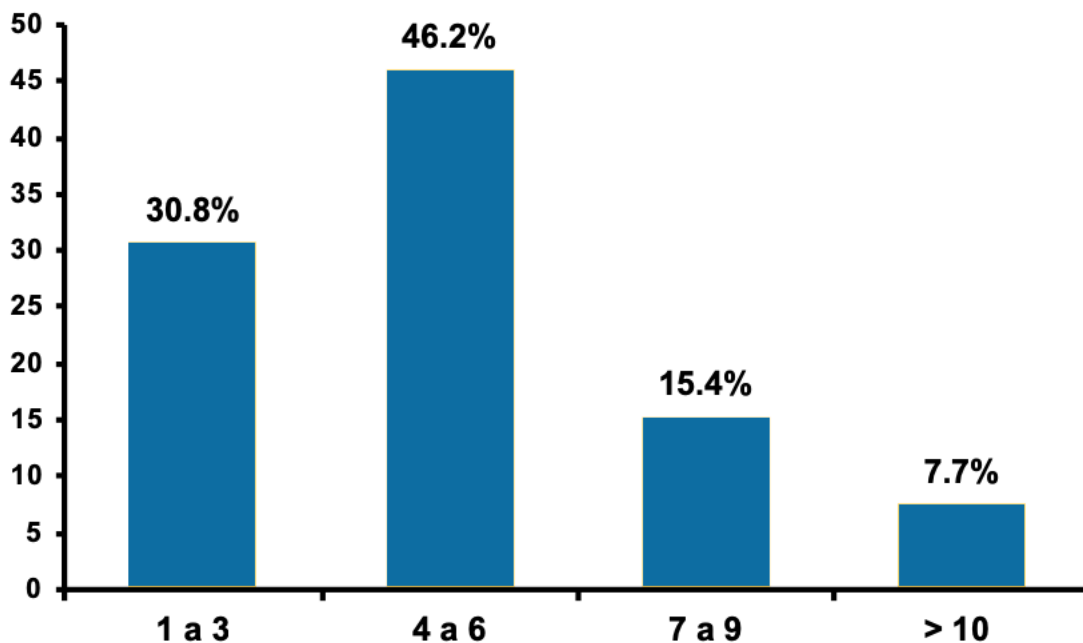
Lo reportado en el presente estudio, es similar a lo documentado por Manuel Enrique Bonilla Cervantes en el estudio realizado en San Pedro Sula, Cortés, donde el 66.7% de las fallecidas sí recibieron control prenatal. (Bonilla Cervantes, 2015).

En este estudio se encontró relación entre no recibir atención prenatal y tener un parto atendido por partera $p < 0.01$. No se encontró relación estadística entre recibir atención prenatal y la procedencia de la persona $p = 0.166$, tampoco se encontró relación entre

recibir atención prenatal y el estado civil de la persona $p=0.459650$, no se encontró evidencia de relación entre la escolaridad y recibir o no atención prenatal $p=0.484520$.

Estos datos podrían responder a la idiosincrasia cultural de la población hondureña, ya que muchas mujeres deciden tener partos en casa, ya sea por motivos económicos o de arraigo a la tradición de la matrona, es importante destacar la importancia de programas que capaciten a las matronas de las comunidades para disminuir la mortalidad materna a ese nivel.

Gráfico 7. Número de controles prenatales recibidos por las mujeres fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

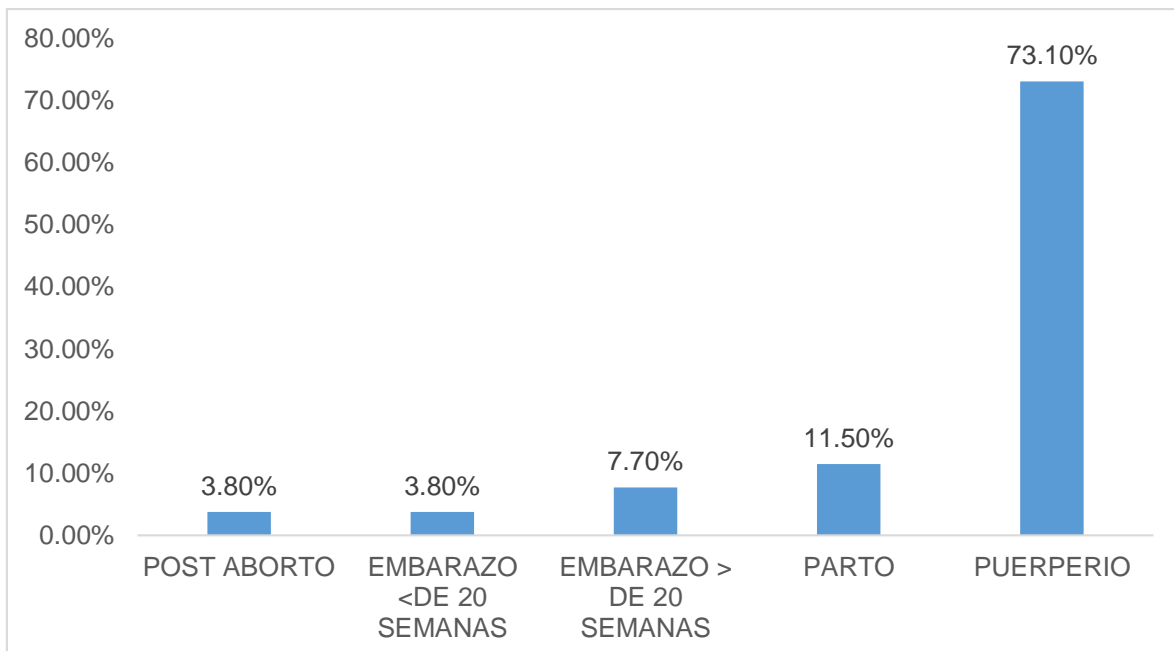
Los resultados de este estudio evidencian que el 30.8% (8) de las mujeres recibieron de 1 a 3 controles prenatales, 46.2% (12) las muertes maternas recibieron 4 a 6 controles prenatales, 15.4% (4) de 7 a 9 controles y 7.7% (2) más de 10. (Ver Anexo 4, tabla 7)

Estos datos son superiores a lo encontrado por Manuel Enrique Bonilla Cervantes en el estudio realizado en San Pedro Sula, Cortés, donde el 33.3% de las fallecidas recibieron de 1 a 3 controles prenatales. (Bonilla Cervantes, 2015)

Los datos referentes a 4 a 6 controles prenatales, son similares a lo establecido en el estudio de Bessy Collart realizado en el municipio de San Pedro Sula, Cortés, en 2010, donde el 56.0% de las fallecidas habían recibido entre 4 a 6 controles prenatales. (Collart, 2014)

La secretaria de salud en la norma de atención a la mujer embarazada establece que una mujer embarazada debería de tener al menos 5 controles prenatales antes del parto, según los datos de este estudio en menos del 50% de las mujeres reportadas por mortalidad materna se cumplió esta meta, lo que podría contribuir al evento en estudio.

Gráfico 8. Momento reproductivo del fallecimiento de las mujeres en estudio del departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

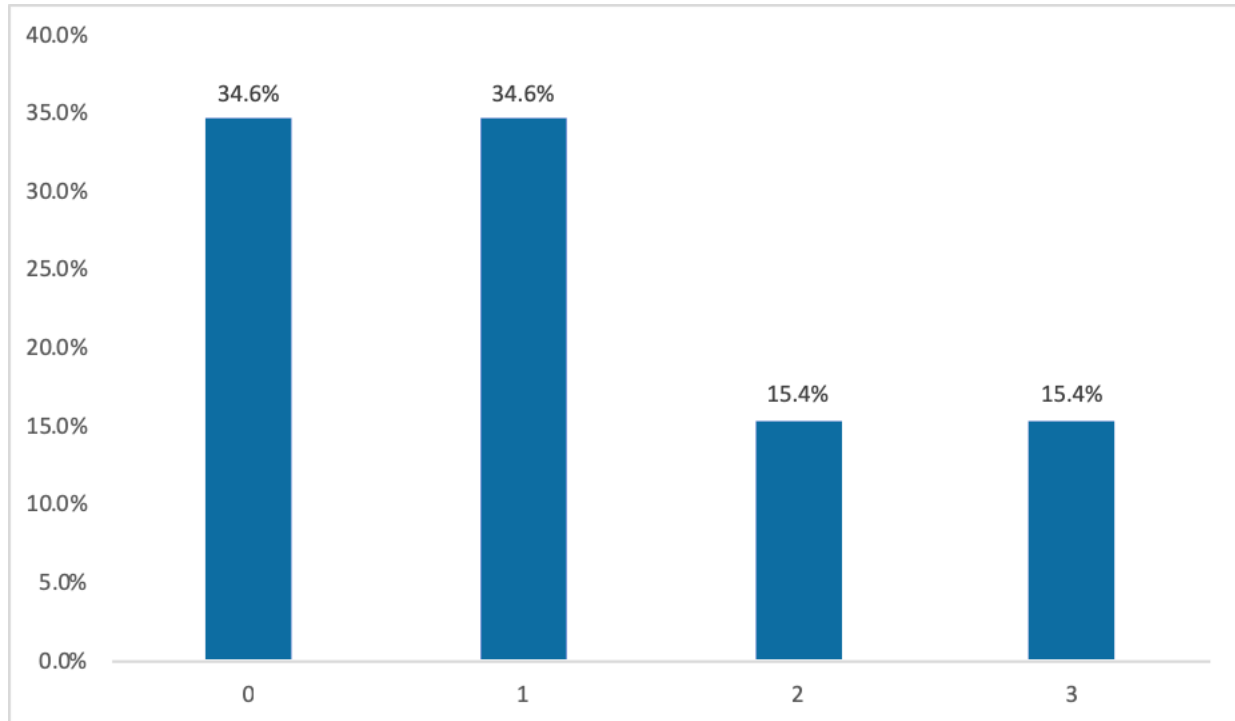
El 3.8%(1) de las muertes maternas se dio antes de las 20 semanas, el 7.7%(2) después de las 20 semanas, 11.5%(3) durante el parto, 3.8%(1) post aborto y el 73.1%(19) en el puerperio. (Ver Anexo 4, tabla 8)

Lo anterior es similar a lo encontrado por Collart en el estudio de Cortés en 2010, donde el momento reproductivo de la muerte fue en el puerperio con el 87.5% de los casos. (Collart, 2014) Además, en el mismo estudio, el 12.5% de las muertes ocurrieron en el embarazo, lo cual es similar a lo encontrado en el presente estudio. Lo cual es inferior a lo encontrado por Manuel Enrique Bonilla Cervantes en el estudio realizado en San Pedro Sula, Cortés, donde el 50.0% de las muertes maternas ocurrieron entre las 38 a 41 semanas de gestación. (Bonilla Cervantes, 2015)

De manera similar, los resultados del presente estudio son inferiores a lo documentado en el estudio nacional de Guatemala, realizado en el año 2007, donde el 46.2% de las fallecidas, ocurrió entre las 37 a 42 semanas de gestación. (Guatemala, 2018)

Este dato muestra un manejo puerperal deficiente en esta población ya que el estudio de Collart se realiza hace 9 años y en el estudio actual la muerte durante el puerperio todavía presenta un papel importante.

Gráfico 9. Número de gestas en las mujeres embarazadas fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



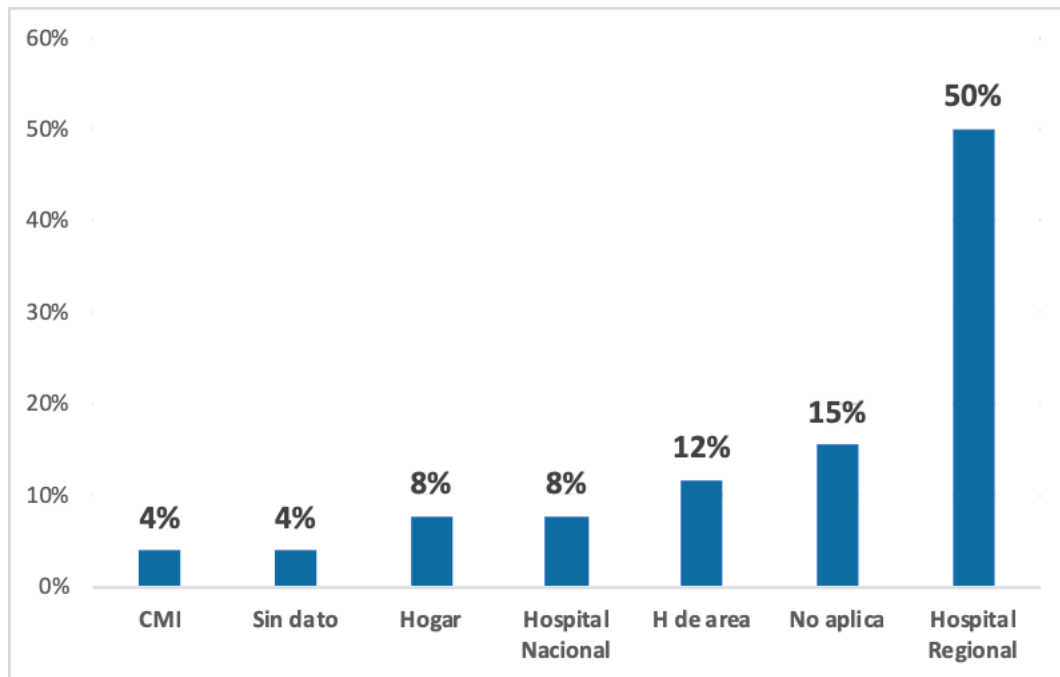
Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

El 34.6% (9) de las mujeres eran primigestas, igualmente 34.6% (9) tenían una gesta previa, el 15.4% (4) tenían do gestas y 15.4% (4) tenían tres gestas. (Ver Anexo 4, tabla 9)

En este estudio se encontró relación entre el numero de gestas y el numero de controles prenatales $p= 0.039589$, las mujeres que tenían menor número de gestas tenían al menos un control prenatal, y las mujeres con más gestas tendían a no tener controles prenatales. No se encontró relación entre el numero de gestas y la escolaridad $p= 0.093785$.

Estos datos sugieren que las mujeres que tenían mayor numero de partos consideraron menos importante los controles prenatales que las mujeres que tenían más gestas, esto podría contribuir a que la mortalidad materna sea mayor en los grupos de riesgo de las embarazadas añosas.

Gráfico 10. Lugar de atención del parto de las mujeres embarazadas fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



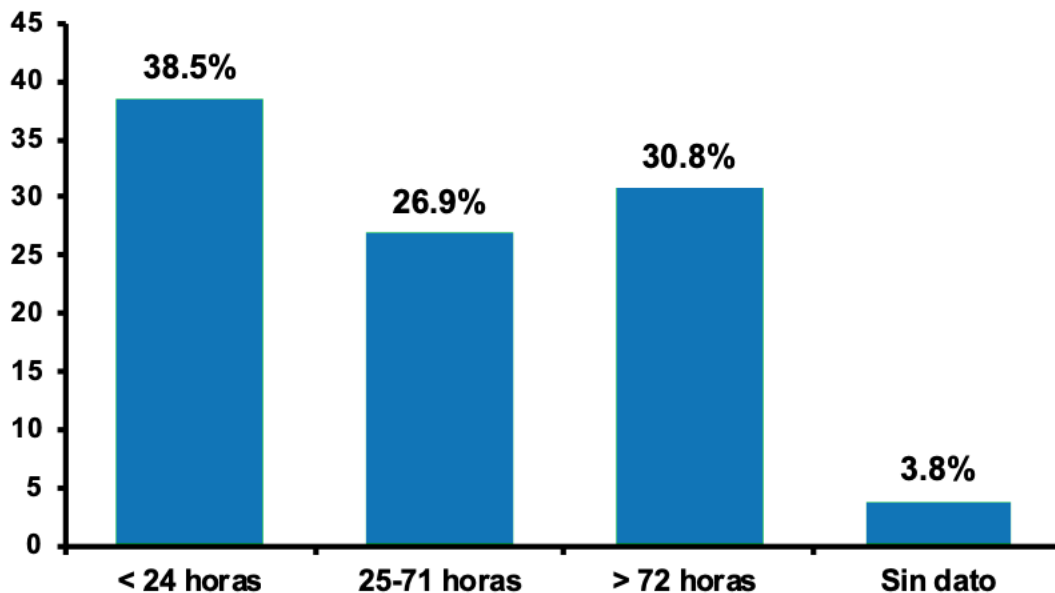
Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015- 2016. SESAL

Según el lugar de atención del parto de la muerte materna, el 4%(1) fueron atendidos en Clínica Materno Infantil, 4%(1) no se encontraron datos, 8%(2) de los partos fueron en el hogar, 8%(2) en hospital nacional, 12%(3) en hospital de área, 15%(4) no aplico, y el 50% (13) de los partos fueron atendidos en hospital regional. (Ver Anexo 4, tabla 10).

En el estudio realizado por Manuel Enrique Bonilla Cervantes en San Pedro Sula, Cortés, el investigador encontró que el 66.7% de las fallecidas, fue institucional, sin especificar el tipo de establecimiento, lo cual es similar a lo encontrado en el presente estudio. (Bonilla Cervantes, 2015)

En este estudio se encontró relación entre no recibir atención prenatal y tener un parto en el hogar $p=0.021851$, no se encontró relación entre el lugar del parto y el estado civil o la escolaridad. Estos resultados resaltan la importancia de los controles prenatales en la disminución de la mortalidad materna y el aumento de los partos institucionales.

Gráfico 11. Tiempo de Estancia Hospitalaria, de las mujeres embarazadas fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015- 2016. SESAL

38.5%(10) de las personas estuvieron Hospitalizadas menos de 24 horas, el 26.9%(7) de 25 a 71 horas, el 30.8%(8) permaneció hospitalizada más de 72 horas, no se encontró este dato en el 3.8%(1) de los casos. (Ver Anexo 4, tabla 11)

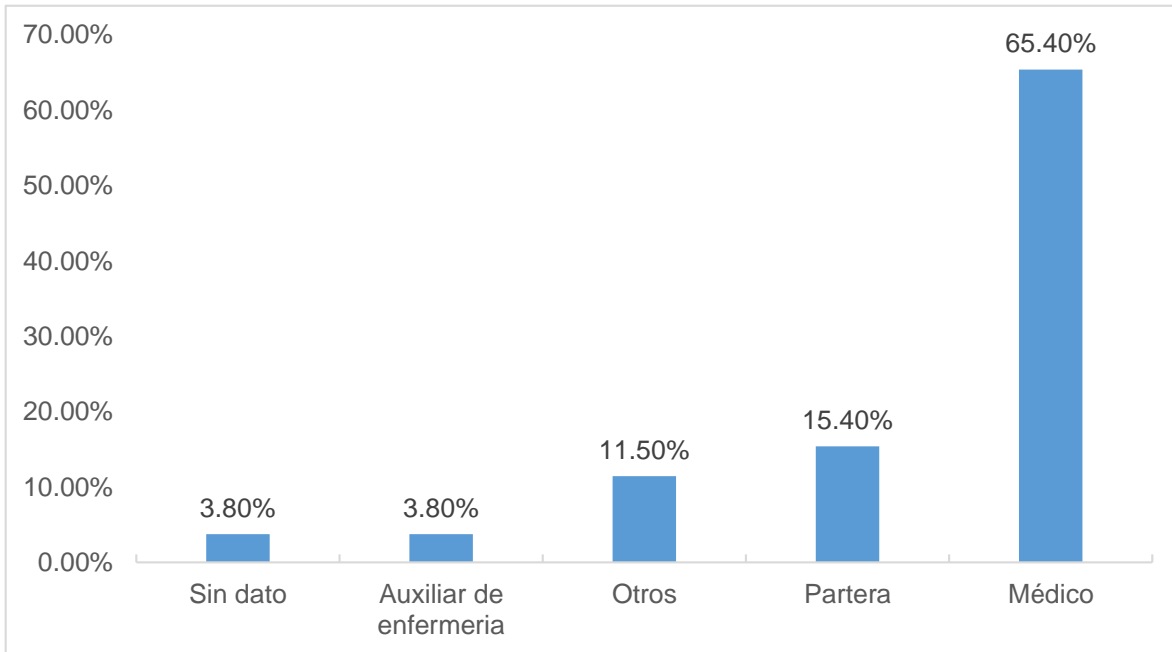
Estos son inferiores a lo documentado por Collart en 2010 en el estudio de Cortés, donde el 62.5% de las muertes maternas ocurrieron en menos de 24 horas de estar hospitalizadas. (Collart, 2014)

En el estudio nacional de Guatemala, realizado en el año 2007, el 53.1% de las defunciones ocurrieron en las primeras 24 horas después del parto, lo cual es superior a lo encontrado en el presente estudio. (Guatemala, 2018)

Estos datos facilitan la identificación de un grupo con alto riesgo de muerte relacionada al parto; y un período de tiempo que es crítico para que los servicios de salud

desarrollen las medidas adecuadas para evitar la muerte de la madre, particularmente durante las primeras dos horas después del parto.

Gráfico 12. Personal de salud que atendió las mujeres embarazadas fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

Los resultados del presente estudio muestran que 65.4% (17) de las fallecidas fueron atendidas por un médico, 15.4%(4) por partera, 11.5%(3) por otro no descrito, 3.8%(1) por auxiliar de enfermería y no se encontraron datos en el 3.8%(1) de los casos. (Ver Anexo 4. Tabla 12).

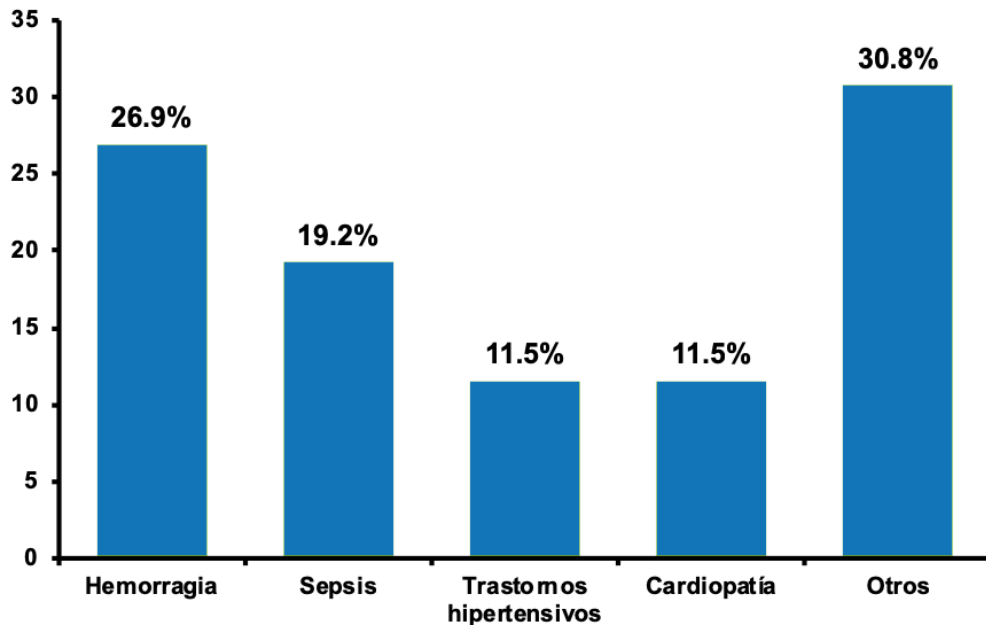
Este porcentaje es similar a lo documentado en el estudio de Bonilla Cervantes en San Pedro Sula, Cortés, donde el investigador encontró que el 66.7% de las fallecidas, fueron atendidas por un médico. (Bonilla Cervantes, 2015)

En el estudio nacional de Guatemala, realizado en el año 2007, el 81.5% de las defunciones fueron atendidas por un médico, lo cual es superior a lo encontrado en el presente estudio. (Guatemala, 2018)

En Honduras cerca del 35% de los partos no fueron atendidos por un médico capacitado en atención de partos, esto podría explicar la alta tasa de mortalidad materna, así mismo se resalta la necesidad de tener personas comunitario capacitado en el manejo de complicaciones relacionadas al embarazo el parto y el puerperio.

Objetivo 3. Causas de la mortalidad materna del departamento de Cortés.

Gráfico 13. Causa básica de muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 - 2016. SESAL

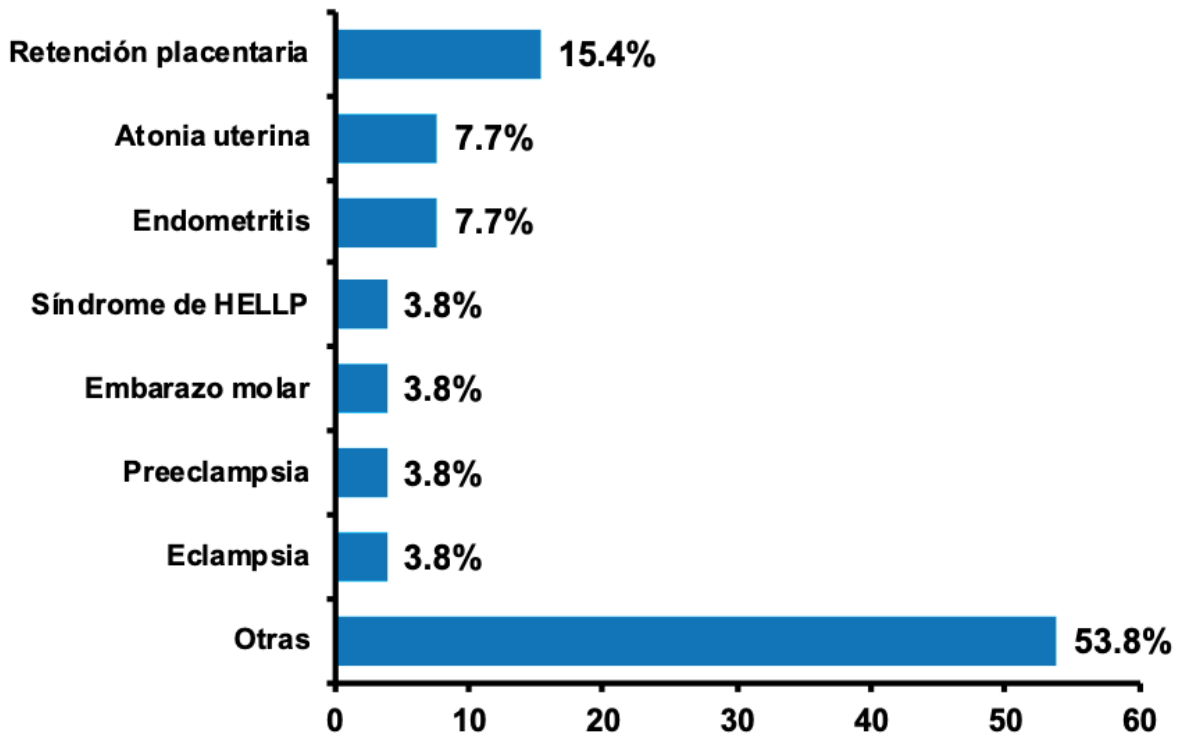
Los resultados del presente estudio muestran que 26.9% (7) de las muertes maternas ocurrieron por causa de hemorragia, 19.2%(5) por sepsis, 11.5%(3) por trastornos hipertensivos, 11.5%(3) por cardiopatía y 30.8%(8) por otras causas. (Ver Anexo 4, tabla 13)

Estos datos son inferiores a lo documentado por Collart en 2010 en el estudio de Cortés, donde el 43.7% de las muertes maternas ocurrieron por causas hemorrágicas. En el grupo de otras causas encontradas en el presente estudio, los datos son similares a lo documentado por Collart con 37.6%. (Collart, 2014)

Sin embargo, en el estudio nacional de Guatemala, realizado en el año 2007, el 41% de las defunciones ocurrieron por causa hemorrágicas, lo cual es superior a lo encontrado en el presente estudio. (Guatemala, 2018)

La menor prevalencia de muertes por causa hemorrágica puede deberse a que la sepsis tuvo un papel más prevalente en nuestro estudio que en el realizado en Guatemala.

Gráfico 14. Causa directa de muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015-2016. SESAL

15.4% (4) de las muertes maternas tuvo como causa directa la retención placentaria, 7.7%(2) atonía uterina, 7.7%(2) endometritis, 3.8%(1) síndrome de HELLP, 3.8%(1) embarazo molar, 3.8%(1) preeclampsia, 3.8%(1) eclampsia, otras causas representaron el 53.8% (14). (Ver anexo 4, Tabla 14)

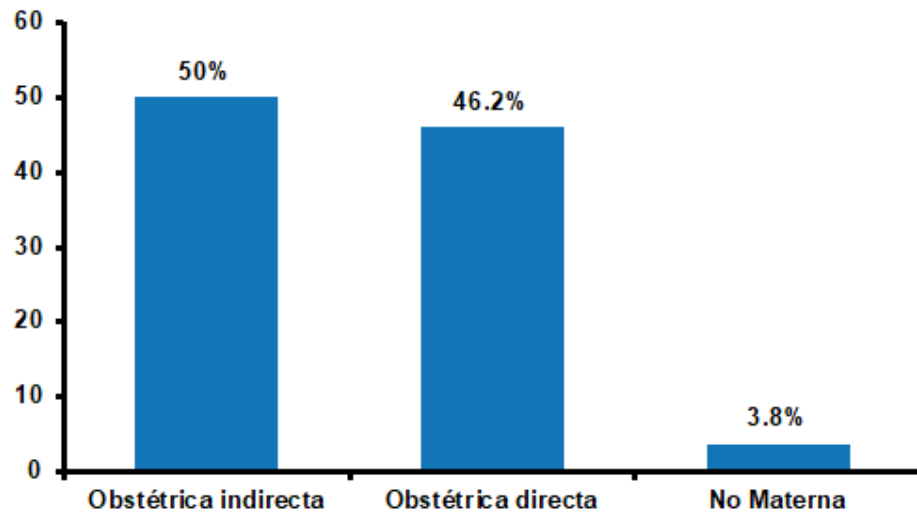
Los datos encontrados en el estudio son inferiores a lo documentado por Collart en 2010 en el estudio de Cortés, donde el 38.5% de las muertes maternas ocurrieron por causas hemorrágicas, relacionadas al postparto inmediato, donde la placenta previa con hemorragia ocurrió en el 23.1% (Collart, 2014)

En el estudio nacional de Guatemala de 2007, la retención placentaria (39.5%) y la atonía uterina (35.0%) fueron las principales causas directas de muerte materna, lo cual

coincide con los resultados del presente estudio, aunque con porcentajes superiores. (Guatemala, 2018)

Los resultados de este estudio muestran que la hemorragia continúa siendo la principal causa de mortalidad materna, principalmente por retención placentaria, esta es una causa de muerte que presenta un alto grado de prevención, se resalta que más del 50% de las muertes fueron atribuidas a otras causas.

Gráfico 15. Clasificación de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras 2015-2016.



Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Los resultados muestran que 50.0% (13) de las maternas fueron clasificadas como obstétrica indirecta, 46.2% (12) como obstétrica directa y 3.8% (1) no materna. (Ver Anexo 4 tabla 15)

Los datos encontrados en el presente estudio son inferiores a lo documentado por Collart en 2010 en el estudio de Cortés, donde el 68.7% de las muertes maternas fueron clasificadas como obstétrica indirecta. (Collart, 2014)

En el estudio de Guatemala, el 39.5% de las muertes maternas fue clasificado como obstétrica indirecta, lo cual inferio con los resultados del presente estudio. (Guatemala, 2018)

Ambos estudios fueron realizados en una población latinoamericana, de bajos recursos, baja escolaridad y difícil acceso a los servicios de salud, estas condiciones ponen a las pacientes en mayor riesgo de sufrir una muerte materna.

IX. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que fallecieron se caracterizaron por encontrarse en una edad de 19 a 35 años, con ocupación de ama de casa en su mayoría, procediendo de los municipios de San Pedro Sula, Choloma, Pimienta, la Lima, Santa Cruz de Yojoa, Villa Nueva, Omoa, Puerto Cortés y San Francisco de Yojoa. con una escolaridad de primaria, y estado civil unión libre.
2. La mayoría de las muertes maternas recibieron atención, con 4 a 6 controles prenatales, presentando embarazo mayor a las 28 semanas de gestación en la mayoría de los casos, y falleciendo en el periodo del puerperio. La mayoría de las muertes maternas ocurrieron en un hospital, en menos de 24 horas de estar hospitalizada, y fueron atendidas en más de la mitad de los casos, por un médico.
3. Las principales causas básicas de muerte materna fueron la hemorragia a través de la retención placentaria y los trastornos hipertensivos, siendo clasificadas en la mitad de los casos, como muertes obstétricas indirectas.

X. RECOMENDACIONES

Secretaria de salud de Honduras quien es el ente Rector de la Región de Cortés Honduras:

1. Activar estrategias para la búsqueda activa de las mujeres en edad fértil para detectar oportunamente los factores de riesgo garantizándole atención oportuna.
2. Fortalecer las capacidades institucionales de atención en las diferentes unidades de salud en relación a la atención a la embarazada, parto y el puerperio con el propósito de disminuir las muertes por hemorragia postparto y trastornos hipertensivos.
3. Creación de un comité multidisciplinario de mortalidad materna para analizar cada una de las muertes maternas identificando en que momento de la atención no se aplicó la normativa y cuáles fueron las causas., para implementar estrategias que contribuyan al cumplimiento de la misma y logrando así reducción de la mortalidad materna.
4. Que todas las unidades de salud donde se de atención a la mujer ya sea en el embarazo, parto o puerperio cuente con todos los materiales insumos y personal capacitado para brindar atención oportuna.
5. Promocionar los procesos de investigación sobre los factores y condiciones que favorecen o condicionan la ocurrencia de la muerte materna involucrando a todos los actores sociales creando estrategias para lograr que se de atención oportuna.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Alkema L, C. D. (Viernes de Octubre de 2016). *Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group*. Obtenido de Lancet: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615008387.pdf>

AMM, A. M. (Octubre de 2013). *Declaración de Helsinki*. Obtenido de Principios éticos para la investigación médica en seres humanos.: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Atlás, H. (2014). *División Política de Honduras por departamentos*. Tegucigalpa, M.D.C. : Ediciones Ramsés.

BM, G. B. (2015). *Datos de mortalidad materna por países*. Obtenido de Datos de mortalidad materna: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?end=2015&start=1990&view=chart>

Bonilla Cervantes, M. E. (2015). Características de la mortalidad materna en la Región Metropolitana de San Pedro Sula, 2015. 76.

Collart, B. (2014). Caracterización de la Mortalidad Materna en el Departamento de Cortés, 2010. *Sin publicar*, 67.

Guatemala, M. estudio de mortalidad materna en Guatemala, 2007. (Miércoles de Enero de 2018). OPS. Obtenido de [www.paho.org: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=566-2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=566-2011-estudio-mortalidad-materna-2007-segeplan-ops&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255)

Honduras, S. d. (2008). *Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras*. Teg.

INAM, I. N. (2003). *Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras*. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, 2003. Tegucigalpa, M.D.C.: INAM.

INE, I. N. (2018). *Proyecciones de población 2015 - 2050*. Tegucigalpa, M.D.C.: Presidencia de la República.

Karan Calderon, M. e. (2008). Aspectos Sociales de la mortalidad materna, estudio de caso en la ciudad de México, 2004 - 2006. *Sociedad Mexicana de perineonatólogía*, Página 205.

Lubbock, L. (2008). Utilization of maternal health care services in the department of Matagalpa, Nicaragua. *Pan American Journal of Public Health*, No. 24(2), 75-84.

Maggiolo, I. (2007). Mortalidad Materna y sus factores. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zulia, Venezuela.*, 37 - 40.

Meléndez, J. (1997). *Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras*. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud de Honduras.

MINSA, M. d. (4 de Octubre de 2015). *MINSAL*. Obtenido de Guía perinatal. Cesárea anterior y muerte materna.: https://www.web.minsal.cl/sites/.../GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

OMS. (2010). *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y Estrategías de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico*. Washington, D.C. Estados Unidos de América. . Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.

OMS, O. H. (2017). Trends in MMR from 1990 to 2015. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 (en inglés). Ginebra (Suiza): Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Pág. 22-24. *Página de la OMS*.

OMS, O. M. (Martes de Octubre de 2016). *Estadísticas Vitales*. Obtenido de Datos de País: <http://www.who.int>

ONU. (2017). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de Declaración Universal de los Derechos Humanos: www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

ONU. (2017). *Evaluación del Programa de país del UNFPA: Honduras, 2012 - 2016*. Washington, D.C.: Organización de las Naciones Unidas. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

ONU, O. d. (Miércoles de Octubre de 2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá del 2015*. Obtenido de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Presidencia, O. d. (2001). *Estrategia para la Reducción de la Pobreza*. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud.

RAMNI. (2015). *Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (RAMNI)*. Tegucigalpa, M.D.C.: Despacho de la Presidencia.

Ramos. (2002). *Reproductive Age Mortality Survey*. Chile: Guaymuras.

RISS-SESAL, R. I. (2018). *Distribución de los Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de Atención*. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud.

Romero, G. e. (2007). Risk factors of maternal death in Mexico. *World Health Organization*, No. 34(1). Pág. 21-25.

Ruíz Sánchez, J. e. (Octubre de 2014). *Perinatal Reprod Hum*. Obtenido de Cesárea: Tendencias y resultados: <http://www.medigraphic.com/inper>

Salud, S. d. (2015). *Informe de la Vigilancia de Mortalidad Materna, 2012 - 2013*. Tegucigalpa, M.D.C.

SESAL. (2014). *Política Nacional de Salud*. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud.

SESAL. (2014). *Política Nacional Materno Infantil*. Tegucigalpa, M.D.C.: Presidencia de la República.

SESAL. (2017). *Informe de la Vigilancia de Mortalidad Materna, 2016*. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud. Recuperado el 2018.

SESAL. (2017). *Informe de Mortalidad Materna para el 2016*. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud.

SESAL. (2018). *Mortalidad Materna: Resultados de la Vigilancia por Región Sanitaria, 2017*. tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud.

SESAL, S. d. (Nueve de Octubre de 2017 (2)). *Memoria Institucional 2016: resultados y logros*. Obtenido de Portal de la Secretaría de Salud: <http://www.salud.gob.hn/web/>

Tábara, L. e. (2006). *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Mortalidad Materna, derechos sexuales y reproductivos. III Taller Latinoamericano: <https://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/328/300>

Torres Y, e. a. (2005). Factores asociados a mortalidad materna - estudio de casos y controles. Medellín, 2001 - 2003. *Rev CES Med* 2005; 19 (2), 19-45

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo 1. Características sociodemográficas de las personas en estudio del departamento de Cortés, Honduras.

Variables	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Edad	% por edad según	Tiempo que una persona ha vivido desde el momento de su nacimiento hasta su fallecimiento.	< de 18 años 19 -35 años 36 años o más	Ordinal
Estado civil	% por estado civil actual	Se refiere a la condición de relación de pareja que mantiene la mujer con otra persona del sexo opuesto y que es reconocida por las leyes del país	Casada Soltera Unión libre No consignado	Nominal
Escolaridad	% por grado de escolaridad alcanzado	Grado formal de escolaridad.	*Primaria incompleta *Primaria completa *Secundaria incompleta *Secundaria completa *No consignado	Ordinal
Ocupación	% por ocupación	Se refiere a la profesión u oficio en que se desempeñaba la persona antes del fallecimiento.	Ama de casa Trabajadora de maquila Otra No consignado	Nominal
Municipio de Procedencia	% por Municipio de procedencia	Se refiere al municipio de origen de la persona.	San Pedro Sula Choloma Pimienta La Lima Santa Cruz de Yojoa Villa Nueva Omoa Puerto Cortés San Francisco de Yojoa.	Nominal

Objetivo 2. Muertes maternas según sus características clínicas y la atención brindada en la unidad de salud durante el embarazo, parto y puerperio en el departamento de Cortés.

Variables	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Atención prenatal	% de personas que recibieron atención prenatal	Recibe al menos una atención prenatal durante el embarazo.	Si No	Nominal
Número de controles prenatales	% de controles	Atención de salud que recibió la mujer durante el embarazo antes de fallecer	1 a 3 4 a 6 7 a 9 >10.	Ordinal
Edad Gestacional	% según momento reproductivo en que se da la muerte materna	Se refiere al momento reproductivo de la muerte en que ocurrió la muerte materna	< 20 semanas >20 semanas Parto Post aborto Puerperio	Ordinal
Gesta	% por gestas	Es el número de embarazos que ha tenido la mujer que falleció.	0 gestas 1 gesta 2 gestas 3 gestas	Ordinal
Lugar donde se atendió el parto	% según el lugar de ocurrencia del parto	Se refiere al tipo de lugar o institución donde se atendió el parto	CMI Sin dato Hospital Nacional Hospital de área Hospital regional Clínica privada Hogar Otros	Nominal

Tiempo de espera para recibir atención	% de tiempo de espera para recibir atención	El tiempo en horas que la mujer recibió atención en el puerperio mediato	<24 Horas 25-71 Horas >72 horas	Nominal
Profesional de la salud que atendió la paciente	% según el profesional que la atendió	Se refiere al profesional de la salud que atendió la paciente	Partera Auxiliar de Enfermería Médico Otro	Ordinal

Objetivo 3. Causas de la mortalidad materna del departamento de Cortés.

Variables	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Causa básica de muerte	% según la causa básica que origino la muerte	Se refiere a las diferentes enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones	Hemorragia Sepsis Trastornos Hipertensivos Cardiopatía Otros	Nominal
Casas directas de muerte materna	% por causas directas de muerte materna	Muertes directamente relacionadas al embarazo.	Retención placentaria Atonía Uterina Endometritis Síndrome de HELLP Embarazo Molar Preclamsia Eclampsia Otros	Nominal

ANEXO 2. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

FICHA DE INVESTIGACIÓN HOSPITALARIA DE LAS MUERTES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

IVM - 2
B

I. DATOS GENERALES DE LA MUJER

- a. Número expediente: _____
- b. Edad: _____
- c. Domicilio habitual:
Municipio _____
- d. Escolaridad _____
- e. Estado civil _____
- f. Profesión u oficio _____

II. DATOS GENERALES DEL HOSPITAL DONDE OCURRE LA MUERTE

a) Nombre Hospital: _____

III. DATOS DE LA HISTORIA CLINICA DE LA MUJER

1. ANTECEDENTES

Antecedentes Ginecobstetricos:

a. Primigesta _____

b. Historia Ginecobstétrica: (anote el número que corresponde en el espacio)

Embarazos ____ Partos ____ Abortos ____ Cesáreas ____ Hijos vivos ____ Hijos muertos ____

Tipo de evento	Fecha			No Consignado
	Día	Mes	Año	
Ultimo Parto				
Ultima Cesárea				
Ultimo Aborto				

2. DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL

a. ¿Llego embarazada la señora al hospital? Sí ____ No ____ No consignado ____

b. ¿Recibió atención prenatal? Sí ____ No ____ No consignado ____

c. Número total de controles ____ No consignado ____

d. Tipo de Unidad de salud: _____

e. Recurso que brindó la atención prenatal: _____ No consignado ____

4. DATOS DE LA ATENCION CLINICA:

Personal que refiere	Si	Unidad de Salud	Si
Personal comunitario		CMI	
Enfermera auxiliar		CESAR	
Licenciadas en enfermería		CESAMO	
Médico General		Hospital público	
Médico especialista		Hospital privado	
Médico en servicio social		IHSS	
		Otros:	

e. Motivo de la referencia:

4.2. DEL INGRESO HOSPITALARIO

a. Fecha y Hora de llegada al hospital: _____

b. Fecha y Hora de la Primera Atención _____

c. Fecha y Hora del Ingreso _____

d. ¿Cuál es condición Obstétrica al momento del ingreso?

Embarazo _____ Parto _____ Puerperio _____

Si la paciente ingreso en trabajo de parto o puerperio continúe con las siguientes preguntas:

d.1. Especifique el tiempo trascurrido de presentar actividad uterina:

___ horas

d.2. ¿Hubo ruptura prematura de membranas antes de su ingreso?

Si _____ Hora ____:____ No _____ No se consigna en nota de ingreso _____

e. Condición al momento del ingreso: (Si la respuesta es “ Si ” escriba además el valor de los signos vitales encontrados al ingreso)

Signos vitales al ingreso	Consignado		Valor	Referencia
	Si	No		
Peso				Kg
Frecuencia respiratoria				R/m
Frecuencia cardiaca materna				L/m
Temperatura				°C
Presión arterial				Mm/ Hg

Actividad uterina *				Contracciones en 10 minutos
Frecuencia cardiaca fetal*				L/m
Altura de fondo uterino *				Cms
movimientos fetales*				Si / No

*No aplica si el caso se trata de una puérpera

f. Clasifique la condición en que se recibió la paciente en la primera atención en el hospital

Complicaciones: Si _____ No _____

Cual fue la complicación que presentaba:

_____ (Ej.: Hemorragia, hipertensión arterial, convulsiones, Sepsis, etc.)

g. Registre el tiempo de evolución de su cuadro actual según la nota de ingreso:

Días _____ Horas _____

h. Que recurso brindó la primera atención a la señora en el hospital:

Personal que atendió	Si	Hor a	Personal que atendió	S i	Hor a
Médico Ginecobstetra			Médico interno		
Médico residente I			Médico en servicio social		
Médico residente II			Enfermera profesional		
Médico residente III			Enfermera auxiliar		
Médico general			Estudiante		

k. ¿Fue evaluada por Ginecobstetra o profesional responsable?

Si _____ Hora: _____ No _____ No consigno _____

L. Tiempo que espero en ser evaluada por el Ginecobstetra

Hora: _____ Motivo: _____

M. Enuncie los signos y síntomas que presentó la señora a su ingreso al hospital.

Signos / síntomas	si	Signos / síntomas	si
Cefalea		Dolor epigástrico	
Visión borrosa		Trabajo de parto / actividad uterina	
Convulsiones / ataques		Edema cara / extremidades	
Trastornos de conciencia		Hemorragia tras vaginal	
Amaurosis (ceguera)		Fiebre	
Hiperreflexia		Proteinuria	
Disminución del movimiento fetal		Ausencia de movimiento fetal	
Presión arterial elevada		Ruptura prematura de membranas	

Fetidez área genital		Otros	
----------------------	--	-------	--

N. En la nota de ingreso se identifica que hubo percepción del riesgo:

Si _____ No_____ Ingresó estable _____

Ñ. ¿Al momento del ingreso hubo reporte del Riesgo en las órdenes del Médico?

Sí _____ No_____ No lo ameritaba _____

Q. Evalúe utilizando la norma de atención materna/ neonatal si el manejo del caso fue de acuerdo a la misma Sí_____ No_____

4.3. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

A. Al momento del ingreso ¿Se le había realizado en la unidad de salud de donde fue referida algún procedimiento quirúrgico?

a) Si _____ b) No_____ c) No consignado_____

B. En el cuadro siguiente marque el tipo de procedimiento realizado a la paciente tanto en el hospital o clínica de donde vino referida, como en este hospital:

Procedimiento quirúrgico	Otro hospital o clínica privada	En este hospital	Fecha *		
			D	M	A
Legrado					
Cesárea					
Laparotomía exploradora					
Salpingectomía					
Histerectomía					
Drenaje de absceso					
Fórceps					
Reparación de desgarro cervical					
Sonda intrauterina					
Otros					

D. Qué tipo de procedimiento anestésico recibió la señora en este hospital:

a) Recibió anestesia local _____

b) Recibió anestesia regional _____

c) Recibió anestesia general _____

d) Recibió neurolepto analgesia _____

e) Recibió otro tipo _____ (especifique): _____

¿Ocurrió una complicación debido al proceso anestésico?

a) Si _____, b) No_____

4.4. COMPLICACIONES HOSPITALARIAS

A. ¿Presentó complicaciones durante su estancia hospitalaria?

a) Si _____ b) No_____ c) no consignado_____

B. Especifique cuáles fueron las complicaciones presentadas durante su estancia hospitalaria: (Marque con una X en la o las que corresponden)

Tipo de complicación	Si	No	Tipo de complicación	Si	No
Hemorragia ante parto			Sepsis		
Hemorragia posparto			Shock hipovolémico		
Trabajo de parto prolongado			Coagulación Intravascular Diseminada		
Retención placentaria			Convulsiones		
Pre eclampsia			Complicaciones por la anestesia		
Eclampsia			Otros:		
Shock séptico					

C. ¿Había médico especialista al momento del diagnóstico de la complicación?

a) Si _____ b) No_____

Si su respuesta fue “**No**” especifique porque no había Médico especialista:

D. ¿Durante el manejo de su complicación fue evaluada por el médico Gineco obstetra?

a) Si _____, (Fecha:___/___/___, Hora___:___)

b) No _____ Especifique por qué

no:_____

**E. ¿Durante el manejo de su complicación fue evaluada por otros médicos especialistas si el caso lo ameritaba? Sí _____
No _____**

Si es si ¿Qué médicos especialistas la evaluaron?_____

F. ¿Cuando ocurrió la complicación del caso hubo reporte de gravedad en las notas de evolución?

Si _____ No_____ no consignado_____

G. Registre a continuación el manejo médico que se indicó al momento de la complicación de acuerdo al diagnóstico. (Manejo médico incluye medicamentos, expansores de volumen, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, exámenes de laboratorio y gabinete)

H. ¿El manejo de la complicación fue de acuerdo a las normas nacionales de Atención Materna Neonatal?

Sí _____ No _____ No consignado _____

I. Si su respuesta es no, enuncie el o los aspectos de la norma o del diagnóstico clínico que no se cumplieron: _____

IV. DATOS DEL PARTO Y PUERPERIO

IV.1. LUGAR DEL PARTO

A. El parto de la fallecida ocurrió en este hospital: Si _____ No _____
 No ocurrió un parto, falleció en el embarazo _____

B. Si el parto no fue en este hospital especifique donde ocurrió:

Hospital de donde viene referida _____ CMI _____ IHSS _____

Hospital y clínica privada _____ Casa _____ Otro _____

especifique _____

Anote de donde fue referida:

IV.2. TRABAJO DE PARTO

A. ¿Se realizó inducción del trabajo de parto?

Sí _____ Especifique el medicamento utilizado: _____

No _____ No Consignado _____

B. ¿Se realizó conducción del trabajo de parto?

Sí _____ Especifique el medicamento utilizado: _____

No _____ No Consignado _____

IV.3. ATENCIÓN DEL PARTO

A. ¿Quién atendió el parto? Marque con una "X"

Personal que atendió			
Medico Ginecobstetra		Enfermera profesional	
Médico residente I		Enfermera auxiliar	
Médico residente II		Partera	

Médico residente III		Familiar	
Médico general		Ella misma	
Médico interno		Otro:	
Médico en servicio social			

IV.4. TIPO DE PARTO: Marque con una "X"

A. Parto vaginal: Si _____ No _____; Espontáneo: Si _____ No _____;

Instrumentado: Si _____ No _____; Distócico Sí _____ No _____

B. Cesárea: Si _____ No _____; Urgencia/Emergencia Si _____ No _____;

Perimorten Sí _____ No _____

IV.5. PRESENTACIÓN FETAL AL MOMENTO DEL PARTO

Marque con una "X"

Vértice		Frente	
Pélvico		Situación transversa	
Cara		No Consignado	

IV.6. ALUMBRAMIENTO

A. **Tipo de alumbramiento:** Marque con una "X"

Espontaneo	
Manual	
Quirúrgico	

Completo: Si _____ No _____

B. Tiempo transcurrido desde el parto hasta el momento del alumbramiento: _____ minutos u horas

¿Dónde ocurrió el alumbramiento? Domicilio () Institución de salud () Otro (Vehículo, camino, etc.... () No Aplica () Sin información ()	Fecha y hora del alumbramiento ____/____/____ ____:____horas D M A
¿Quién atendió el alumbramiento?	
Médico residente I ()	Enfermera profesional ()
Médico residente II ()	Enfermera auxiliar ()
Médico residente III ()	Partera ()
Médico general ()	Familiar ()
Médico interno ()	Ella misma ()

Médico en servicio social ()	Otro:
-------------------------------	-------

IV.7. MANEJO ACTIVO DE TERCER PERIODO DE PARTO (MATEP)

Marque con una "X". Considere completo si se registran las tres intervenciones de acuerdo a norma

Oxitocina pre alumbramiento		MATEP
Tracción - Contratracción		Completo ()
Masaje uterino		Incompleto ()

IV.8. COMPLICACIONES DEL PARTO Y PUERPERIO

A. Presento la fallecida signos de peligro o complicaciones durante el parto:

Si _____ Especifique cuales signos de peligro:

No _____

B. Cuanto fue el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esta complicación y el inicio de su tratamiento: Tiempo ___:___horas No

consignado _____

No se puede cuantificar _____

C. Presentó complicaciones en el puerperio inmediato (Primeras 24 horas)

Sí: _____ Especifique: _____ No: _____

D. ¿Se realizó vigilancia adecuada durante las dos primeras horas del puerperio? (cada 15 minutos, las dos primeras horas posparto) Si _____ No _____ Sin información _____

E. ¿Hubo hemorragia postparto? Si _____ No _____ Sin información _____

F. Si la respuesta es sí ¿En qué momento se identificó la hemorragia postparto?

En las 2 primeras horas _____ Entre la 2 y 6 horas _____ Entre 7 y 24 horas

Más de 24 horas _____

G. ¿La causa de la hemorragia postparto fue?

Atonía uterina _____; Retención de placenta o restos _____; Placenta acreta _____; Rotura uterina _____; Laceraciones o desgarros del canal de parto _____; Inversión uterina _____; Trastorno de la coagulación _____; Sin información _____

* puede presentarse una o más complicaciones señale

H. Otras complicaciones del puerperio (Marque con una "X")

Endometritis	
Peritonitis	
Septicemia / Choque séptico	
Preclamsia /Eclampsia	
Embolia obstétrica	
Depresión postparto	
Sin información en historia clínica	
Otras	

V. DATOS DE CASO POR ABORTO

V.1. TIPO DE ABORTO: Espontáneo ____ Provocado ____ Ignorado (No se sabe) ____

V.2. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ABORTO: Semanas _____

V.3. MANEJO HOSPITALARIO

A. La evacuación uterina en el aborto se realizó de manera: (Marque con una "X" donde corresponde): Instrumental ____; Aspiración ____; Histerectomía ____; No Hubo ____

V.4. COMPLICACIONES

A. ¿Hubo complicación post aborto? Sí ____ No ____

Especifique que complicación ocurrió después del aborto:

B. Tiempo de estancia hospitalaria según sala o servicio

SALA O SERVICIO	Días	Horas	Minutos
Emergencia			
Labor y Parto			
Recuperación			
Ginecología			
Patológico			
Séptico			
Obs. Med Interna			
Cirugía			
UCI			
Otras			

VI. SERVICIOS DE APOYO

VI.1. ENFERMERIA

A. Hay revisión de órdenes médicas por enfermera jefe de sala / supervisora:

Sí _____ No _____ Si su respuesta fue “**No**” explique por qué no:

B. En la sala de hospitalización se cumplió con las órdenes médicas:

(Para verificar cumplimiento revisamos hojas de signos vitales, hoja de medicamentos y nota de enfermería)

Sí _____ Parcialmente _____ No _____

Especifique porque se cumplió parcialmente o no se cumplió:

C. Revise si hay nota de enfermería en todos los turnos, mientras la señora estuvo ingresada (desde el ingreso hasta su fallecimiento)

Sí _____ No _____

D. El personal de enfermería, ¿advirtió en sus notas la gravedad del caso?

Sí _____ No _____

E. ¿El personal de enfermería tomo alguna acción al detectar la gravedad del caso? Si _____ Cual:

No _____ No consignado: _____

F. El tiempo transcurrido entre la indicación del medicamento y su aplicación por enfermería fue de: Menos de 30 minutos _____

De 31 a 59 minutos _____ de 1 a 2 horas _____ Más de 2 horas _____ No le aplicaron _____ No consignado _____

No se puede evaluar en el expediente _____ No se consigna hora _____

VI.2. LABORATORIO

A. Se realizaron los exámenes de laboratorio y de gabinete indicados

Sí _____ (equivale a que se realizaron todos los estudios)

No

Especifique _____

VI.3. MEDICAMENTOS

A. Existencia de **TODOS** los medicamentos indicados por el médico y registrados en el expediente: Si _____ (equivale a que existían todos los medicamentos)

No _____

Especifique: _____

VI.4. SANGRE Y HEMODERIVADOS

A. ¿Requirió de hemoderivados la fallecida? Sí ___ No ___ Pasar a la pregunta No.9

Si su respuesta es “Si” anote los hemoderivados que la fallecida necesitó:

B. ¿Estuvo disponible la sangre u otro hemoderivado al ser solicitado?

Sí _____ No _____ Si su respuesta es “No” enuncie porque no estaba disponible:

VI.5. AMBULANCIA

A. ¿Estaba disponible la ambulancia del hospital para su referencia a otro centro de mayor complejidad? Sí _____ No _____

Si es no Porque:

VII. REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO

VII.1. Conformación del expediente clínico y datos del fallecimiento

Tipo de formato	Sí	No
Hoja de Hospitalización		
Hoja de signos vitales		
Historia Clínica Perinatal Base		
Partograma		
Hojas de evolución y ordenes médicas (incluye nota de ingreso)		
Notas de enfermería		
Hoja de medicamentos		
Hojas de resultados de laboratorio		
Hoja de Epicrisis		
Reporte de defunción		
Lista de verificación de cumplimiento de normas (depende de si en el hospital realiza medición de estándares de calidad)		
Hoja de referencia		

VII.2. EXPEDIENTE CLINICO DEL SITIO DE ORIGEN Y REFERENCIA

A. Accesible: Si _____ No _____

B. ¿Foliado? Si _____ No _____ (fecha ____/ ____/ ____)

Si la respuesta es no

¿Por qué? _____

VII.3. EXPEDIENTE DEL HOSPITAL

A. Accesible: Si _____ No _____

B. ¿Foliado? Si _____ No _____ (fecha ____/ ____/ ____)

Si la respuesta es no ¿Por qué?

VII.4. REPORTE DE DEFUNCIÓN

A. El médico firmo el reporte de defunción: Si _____ No _____

B. El reporte de defunción está completamente lleno: Si _____ No _____

VII.5. DIAGNOSTICOS DE EGRESO

A. Diagnósticos de la hoja de hospitalización del expediente

B. Diagnósticos de egreso de la hoja de defunción

VII.6. AUTOPSIA

A. Se le solicitó autopsia: Si _____ No _____

B. Se le realizó la autopsia: Si _____ No _____ No Consignado _____

Si su respuesta es “**No**” especifique porque no:

C. ¿Dónde se le realizó la autopsia?:

D. Resultados autopsia:

VIII. DIAGNOSTICO DE MUERTE

VIII.1. MOMENTO DE MUERTE

Durante embarazo	
Consecuencia de aborto	
Durante el parto	
En el puerperio	

VIII.2. CLASIFICACION DE LA MUERTE

Muerte Relacionada Accidental	
Muerte Relacionada Incidental	
Muerte Materna Directa	
Muerte Materna indirecta	

IX. COMITÉ DE MORTALIDAD

A. Resultados del análisis de muertes maternas hospitalarias:

Numero de caso: _____ Nombre del hospital donde ocurrió la muerte: _____

No Expediente _____ Fecha de muerte _____ Estancia Hospitalaria _____

Nombre de la fallecida _____ Edad: _____


Procedencia: _____

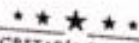
HGO: Embarazos: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesárea: _____ Hijos vivos: _____

_____ Hijos Muertos: _____

No.	Áreas Analizadas	Principales Situaciones Encontradas	Propuesta de Intervención
1	Manejo extra-hospitalario: Contacto con Unidad de Salud Identificación temprana del problema, traslado oportuno, acceso a unidad de salud, referencia oportuna.		
2	Manejo Hospitalario Factores relacionados con la atención: Manejo médico y de enfermería, Identificación de gravedad, cumplimiento de normas, procedimientos y rutinas		
3	Manejo Hospitalario Servicios de Apoyo / Insumos Quirófano, Laboratorio, farmacia, ambulancia, etc. Calificación expediente clínico Patología: Realización de Autopsia		
4	Análisis en los niveles correspondientes Clasificación de la muerte Conclusiones del Comité de Mortalidad		

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN POR LA SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS


GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS


SECRETARÍA DE SALUD

Tegucigalpa, M.D.C. 08 de noviembre de 2018

Oficio No. 2063- 2018-SESAL

Licda. Petrona Mejía
Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela Universitario
Su oficina

Estimada Licda. Mejía:


Por este medio estamos enviándole un afectuoso saludo y deseándole éxitos en sus funciones.

En respuesta a la solicitud enviada en fecha 06 de noviembre, respecto a la autorización para disponer de la base de datos de muertes materna de los años 2015-2016, correspondientes únicamente al departamento de Cortés. La información de la base de datos que se le facilitará, se utilizará única y exclusivamente para los propósitos de la investigación. Al final de la misma, le solicitamos entregar un informe escrito a la Unidad de Vigilancia de la Salud y a las autoridades de la Región Sanitaria de Cortés y San Pedro Sula. En este sentido estamos dando nuestra anuencia a la solicitud enviada.


La información proporcionada no será utilizada ni transferida a otras personas; no se autoriza para publicación ni divulgación sin previa autorización por la Unidad de Vigilancia de la Salud.

Sin otro particular, me suscribo de Usted referándole mis más altas muestras de estima y consideración.

Atentamente.



Dra. Diana Nuñez
Jefa de la Unidad de Vigilancia de la Salud



Cc: Dra. Martha Ayestas, Coordinadora de la Vigilancia de Mortalidad Materna
Cc: Dra. Edith Rodríguez, Jefe del Área de Enfermedades Transmisibles
C/ Centro, Avenida Cervantes, Contiguo al Correo Nacional
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.
Tel.(504)2222-8518, Fax.(504)2222-5226, www.salud.gob.hn

ANEXO 4. TABLAS

Objetivo 1. Características sociodemográficas de las personas en estudio del departamento de Cortés, Honduras.

Tabla 1. Edad de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras, 2015-2016

Edad	Frecuencia n	%
< 18 Años	1	3.8
19 - 35 Años	21	80.8
36 años o más	4	15.4
Total	26	100

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 2. Estado civil de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Estado Civil	Frecuencia n	%
Casada	3	11.5
Soltera	3	11.5
Unión Libre	19	73.1%
No consignado	1	3.8%
Total	26	100

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 3. Escolaridad de las mujeres en estudio del departamento de Cortés, Honduras 2015-2016.

Escolaridad	No.	%
Primaria incompleta		
Primaria completa	7	26.9
Secundaria incompleta	3	11.5
Secundaria completa	4	15.4
No consignado	12	46.2
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 4. Ocupación de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Ocupación	No.	%
Ama de casa	22	84.6
Trabajadora de maquila	1	3.8
Otra	1	3.8
No consignado	2	7.7
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 5. Municipio de residencia de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Municipio	No.	%
San Pedro Sula	11	42.3
Choloma	3	11.5
Pimienta	3	11.5
La Lima	2	7.7
Santa Cruz de Yojoa	2	7.7
Villanueva	2	7.7
Omoa	1	3.8
Puerto Cortés	1	3.8
San Francisco Yojoa	1	3.8
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Objetivo 2. Muertes maternas según sus características clínicas y la atención brindada en la unidad de salud durante el embarazo, parto y puerperio en el departamento de Cortés.

Tabla .6 Número de controles prenatales recibidos por las mujeres fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Recibió atención	No.	%
Sí	16	61.5
No	4	23.1
No consignado	6	15.4
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 7. Número de controles prenatales recibidos por las mujeres fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Número de controles	No.	%
1 a 3	8	30.8
4 a 6	12	46.2
7 a 9	4	15.4
> 10	2	7.7
Total	26	100

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 8. Momento reproductivo del fallecimiento de las mujeres en estudio del departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Momento reproductivo	No.	%
Embarazo < 20 SG	1	3.8
Embarazo > 20 SG	2	7.7
Parto	3	11.5
Post aborto	1	3.8
Puerperio	19	73.1
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 9. Número de gestas en las mujeres fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Numero de gestas	No.	%
0	9	34.6
1	9	34.6
2	4	15.4
3	4	15.4
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 10. Lugar de atención del parto de las mujeres fallecidas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Lugar de la defunción	No.	%
No consignado	1	3.8
Clínica Materno Infantil	1	3.8
No aplica	4	15.4
Hogar	2	7.7
Hospital Nacional	2	7.7
Hospital de Área	3	11.5
Hospital Regional	13	50.0
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 11 Estancia hospitalaria de las mujeres fallecidas por mortalidad materna en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Tiempo de atención	No.	%
< 24 horas	10	38.5
25-71 horas	7	26.9
> 72 horas	8	30.8
Sin dato	1	3.8
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 12. Personal de salud que atendió las mujeres fallecidas por mortalidad materna en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Personal de Salud	No.	%
Auxiliar de Enfermería	1	3.8
Médico	17	65.4
Partera	4	15.4
Otros	3	11.5
Sin dato	1	3.8
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Objetivo 3. Causas de la mortalidad materna del departamento de Cortés.

Tabla 13. Causa básica de muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Causa básica	No.	%
Hemorragia	7	26.9
Sepsis	5	19.2
Trastornos hipertensivos	3	11.5
Cardiopatía	3	11.5
Otros	8	30.8
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 14. Causa directa de muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras. 2015-2016.

Causa directa	No.	%
Otras	14	53.8
Eclampsia	1	3.8
Preeclampsia	1	3.8
Embarazo molar	1	3.8
Síndrome de HELLP	1	3.8
Endometritis	2	7.7
Atonía uterina	2	7.7
Retención placentaria	4	15.4
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL

Tabla 15. Clasificación de las muertes maternas en el departamento de Cortés, Honduras 2015-2016.

Clasificación obstétrica	No.	%
Obstétrica indirecta	13	50.0
Obstétrica directa	12	46.2
No Materna	1	3.8
Total	26	100.0

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de los años 2015 -2016. SESAL