



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



T 188
M 734
2001

INTERVENCIÓN DEL ALBERGUE MATERNO EN LA DISMINUCIÓN
DE MUERTES MATERNAS POR CAUSAS EVITABLES – ESTELÍ
PERIODO ENERO 1994 – DICIEMBRE 1999

AUTORAS:

Lic. Johannes Montalvan Castillo
Lic. Juan Francisca Rueda Jiménez

TUTORA:

Farmacéutica. M.s.c.
Alma Lila Pastora Zeiff
Docente CIES-UNAN-Managua

ASESOR :
M.D. Ms en Epidemiología
Pedro Leiva López
Docente CIES-UNAN-Managua

Estelí, Octubre del 2001

Alma Lila Pastora Zeiff

AGRADECIMIENTO

Johannes Montalvan Castillo
Juan Francisca Rueda Jiménez

AGRADECEMOS :

En pimer lugar a Dios por habernos permitido concluir nuestro trabajo.

A los Docentes de la Maestría del Norte

En Especial a:

Lic. Alma Lila Pastora Zeuli

Al Dr. Omar Enrique Palacios Alegría

A Lic. Fidelia Bustamantes

A Nuestros/as amigos/as

A nuestros/as compañeros/as de trabajo que de una u otra forma colaboraron con nosotras.

DEDICATORIA

A nuestros Hijos

Hjalmar Antonio
Bayardo Armengol
Jessica María
Carlos Uriel
Ana Emilia.

Josmar Ulises
Delia Johannes
Xochilt Omara

Lic. Vilma Jiménez

Quién dedicó toda su vida profesional, a mejorar la calidad de atención de la Madre y el niño. Qeep.

INDICE

	Contenido	Pág
I	Introducción	1
II	Antecedentes	3
III	Justificación	5
IV	Planteamiento del problema	6
V	Objetivos	7
VI	Marco teórico	8
VII	Diseño metodológico	26
VIII	Resultados	30
IX	Discusión y análisis de resultados	34
X	Conclusiones	42
XI	Recomendaciones	43
XII	Bibliografía de consulta	44
	Bibliografía de referencia	45
	Anexos	

I.- INTRODUCCIÓN

En la Región de las América año tras año pierden la vida por causas derivadas del embarazo, parto o puerperio alrededor de 30, 000 mujeres aún cuando la gran mayoría de estas se podrían evitar mediante intervenciones sencillas y de bajo costo.

Durante los últimos años se han realizado esfuerzos para enfrentar estos problemas mediante el establecimiento de albergues maternos cercano a los hospitales; la razón social de éstos es para gestantes de alto riesgo procedentes de zonas rurales o urbanas marginal con limitaciones de acceso a los servicios de salud, transporte, medios de comunicación y de escasos recursos económicos. (1)

A pesar de los esfuerzos realizados y retomando la reducción de la mortalidad materna en las América, Nicaragua continúa presentando elevadas tasas de mortalidad materna (110 /100,000 nacidos vivos en 1999) asociadas fundamentalmente a la alta fertilidad, el bajo espacimientto de los nacimientos, la limitada cobertura y calidad de la prestación de los servicios, las pésimas condiciones de vida de la mujer en su etapa reproductiva y sumado a ésto el insuficiente abordaje de las políticas de salud.

En la salud reproductiva de las mujeres en Nicaragua repercuten múltiples factores biológicos, ambientales, económicos y culturales siendo los principales: La historia de su vida reproductiva, la inaccesibilidad a los centros asistenciales, la deficiente atención del parto domiciliario, la insuficiente calidad de atención del parto institucional, la carencia de insumos y equipos y la insuficiente información en la comunidad y en particular de las gestantes con alto riesgo obstétrico en relación a los signos de alarma que es preciso modificar y permitir para que la mujer participe en las decisiones que incumben a su salud y a su destino.(2)

Actualmente en el marco de las políticas y estrategias orientadas a reducir los índices de mortalidad materna el Ministerio de Salud, se propone mejorar la accesibilidad de las embarazadas para ser atendidas en centros hospitalarios. La experiencia internacional evidencia que los albergues maternos representan una alternativa de significativa y eficaz contribución para facilitar el acceso oportuno y a la vez la adecuada atención de las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico.

En Nicaragua dicha experiencia está principalmente representada en la iniciativa de mujeres organizadas que gestionan los recursos y apoyo general para la instauración y puesta en funcionamiento de albergues maternos.

En 1985 en la ciudad de Estelí, se crea la Casa de Preparación para el Parto Natural; esta idea surgió después de analizar datos materno-infantil en los que se reflejaba como problemática de salud una cobertura de 20% del parto institucional y 80% de parto domiciliario del total de partos

esperados; se desconocía la magnitud real de las muertes maternas por el subregistro estadístico; en ese período donde se reportaron 40 muertes maternas por mil nacidos vivos.

Con el apoyo de enfermeras nicaragüenses, Materno Infantil Regional y colaboradoras internacionalistas que participaron en el marco de la cooperación internacional en esa época, se inicia este centro de atención con financiamiento de Cooperación Externa, cuyos objetivos fueron :

- ✓ Contribuir en la disminución de las muertes maternas .
- ✓ Garantizar un parto sin temor a través de la capacitación psicológica y física

Actualmente existen en el país 19 casas maternas, siendo la casa materna de Estelí la única que depende del Ministerio de Salud. Se han realizado estudios sobre el quehacer de las casas maternas, su producción de servicios y la accesibilidad en función de su relación con la Red de Servicios de Salud y la demanda de estos servicios por parte de la población Femenina. Según información de estas Casas Maternas no se han realizado estudios sobre los resultados obtenidos en la disminución de las muertes maternas por causas evitables. Por tal razón, con este estudio se propone conocer el número de muertes maternas que se han evitado y aquellos factores de riesgos asociados a las muertes maternas por estas causas y aportar recomendaciones para prevenirlas así como conocer las intervenciones que el Albergue Materno realiza.

II- ANTECEDENTES

En la mayoría de los países en desarrollo un aporte importante de la población femenina que vive en áreas rurales en las que hay dificultades de acceso a los servicios de maternidad, es un factor que contribuye a muchas de las muertes maternas que ocurren, igual sucede en las áreas urbano marginal que rodean a la mayoría de las ciudades de estos países, en los cuales se ha determinado que entre los factores que influyen en la poca utilización de los servicios de salud es la distancia de éstos, las dificultades de transporte y la calidad de atención.

Una forma de resolver este problema, es crear albergues para embarazadas en las inmediaciones de los centros de salud y hospitales para alojar a embarazadas con problemas y que sean originarias de zonas inaccesibles a las unidades de salud.(3)

La idea de albergues maternos para embarazadas que tengan problemas obstétricos no es nueva. En Europa organismos voluntarios han apoyado a las mujeres embarazadas para reducir el número de abortos provocados y el infanticidio; desde el inicio del siglo XX. Los albergues maternos han existido en Europa del Norte, Canadá y Estados Unidos, para las mujeres de zonas alejadas. (4)

Algunos de los países de la Región con estos tipos de albergues a nivel comunitario como en el caso de Cuba, en donde el primer hogar materno se inauguró en 1962 y ya en 1984 habían 85 de estos; la mortalidad materna se redujo de 118 a 26 por mil nacidos vivos. Colombia tiene establecido hogar materno en Jamundi cerca de Cali y caerá en el Brasil, entre otros. Instituciones de este tipo también existen en varios países de África, como Etiopía, Liberia, Tanzania, Uganda, Zaire y Botswana. Su implantación ha sido recomendada en varias publicaciones recientes como una vía para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna. (5)

Los estudios realizados en Etiopía, Kenia, Malawi, Nigeria y Tanzania han demostrado que la mortalidad materna es elevada en zonas de difícil acceso a los hospitales.

En los años 50 en Etiopía estos albergues permitieron reducir las tasas de mortalidad materna de 10 a menos de 1 por mil nacidos vivos. Y la tasa de mortalidad perinatal de 116 por mil a 6 por mil en Ituk, Mhang (Nigeria Oriental).

En Atrat, pueblo rural de Etiopía de 1976 a 1987 la tasa de mortalidad materna se redujo de 21.2 por mil a 11.2 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal de 212 por mil a 21.2 por mil.(6)

- Desde 1980, en Latinoamérica se reconoce que hay una epidemia silenciosa de muertes maternas las cuales, se evidencian con una serie de estudios sobre su epidemiología y consecuencias en diversos países de América Latina (Argentina, Colombia, Guatemala, Honduras), entre otros. A su vez diversas Conferencias Internacionales ratifican la urgencia del problema y de sus soluciones.(7)

- En 1984 en las Américas se plantea esta situación y aparece claramente en las políticas de la Organización Panamericana de la Salud cuando se pronuncia su Consejo Directivo, y en 1985 esta política recibe ratificaciones sucesivas en la conferencia Inter Regional para la prevención de la mortalidad materna, convocada por la Organización Mundial de la Salud.
- En 1987 se realiza la Conferencia Mundial en Nairobi sobre Maternidad Segura.
- En 1988 en la Resolución 13 de la XXXIII Reunión del Consejo directivo de la OPS, se presenta un PLAN de ACCIÓN REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMÉRICAS, retomando entre otros, los siguientes contenidos del Plan: (8)
 - A. Se define una política de Atención Integral de la Salud de la Mujer y de Prevención de la morbi mortalidad materna.
 - B. Fijar las metas para reducir la mortalidad materna por lo menos en un 50 % a lograrse en un período de 10 años.
 - C. Establecer un sistema de vigilancia de mortalidad materna
 - D. Realizar un programa de comunicación y difusión de información, promoción y sensibilización colectiva en relación con la maternidad
 - E. Diseñar y ejecutar estrategias de intervención para reducir la mortalidad materna; entre éstas se acepta la creación de hogares maternos con el compromiso de que cada dos años se evalúe su impacto.
 - F. Implementar los hogares maternos como estrategias alternativas y valorar su impacto en la reducción de la mortalidad materna.
- En 1985 en la ciudad de Estelí se crea la Casa de Preparación para el Parto Natural.
- En 1986 en la ciudad de Ocotul, Departamento de Nueva Segovia; el Movimiento de Mujeres Luisa Amanda Espinoza de esa localidad, crea la primera casa materna "Mery Barreda."

Actualmente existen en el país 19 casas maternas, siendo autónomas 11 de ellas ya que fueron creadas por Organismos No Gubernamentales y 8 que dependen del Ministerio de Salud, ubicadas en la Ciudad de Estelí y en los Municipios de Somotillo y Villa Nueva del SILAIS Chinandega

III.- JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años se han hecho esfuerzos para disminuir las muertes maternas mediante el establecimiento de albergues maternos cercanos a los hospitales para embarazadas de alto riesgo obstétrico, que viven en zonas rurales o urbano marginales de difícil acceso, con dificultades de transporte; además se añade a esto las condiciones de pobreza, ignorancia e insalubridad ambiental.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud en las políticas de Atención Integral a la Mujer ha venido impulsando el desarrollo de acciones orientadas a modificar las tasas de mortalidad materna y entre sus estrategias propone como alternativa muy importante; la creación de los albergues Maternos.

La información disponible en el Ministerio de Salud a nivel nacional permite observar una ligera tendencia en la disminución de las muertes maternas, pasando de 160 por 100,000 mil nacidos vivos en 1989 a 110 por 100,000 nacidos vivos en 1999.

En el Departamento de Estelí en el año 1993, la tasa de mortalidad materna era de 48 por 10,000 Nacidos Vivos y en 1999 de 12 por 10,000 Nacidos Vivos.

A seis años de haber iniciado el funcionamiento del albergue materno, es importante conocer el número de muertes maternas por causas evitables y las intervenciones realizadas por éste.

Cabe mencionar que en Nicaragua no se ha realizado ningún estudio sobre el tema pretendiendo con el presente estudio:

- Aportar una primera aproximación, sobre la contribución que está brindando el albergue materno de Estelí en la disminución de los muertes maternas.
- Conocer los factores de riesgo asociados a la Muertes Maternas por causas evitables y aportar recomendaciones para prevenirlas.
- Conocer las intervenciones que el Albergue Materno realiza a las gestantes de alto riesgo obstétrico y reproductivo.
- Conocer el número de muertes maternas que se evitaron con las acciones realizadas en el Albergue Materno del SILAIS Estelí.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Han sido eficaces las intervenciones realizadas en el albergue materno del SILAIS Estelí, a las mujeres embarazadas ingresadas, durante el período Enero 1994 a Diciembre 1999?

V.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia del albergue materno del SILAIS Estelí realizadas a las mujeres embarazadas ingresadas en el período de Enero de 1994 a Diciembre de 1999.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características generales de las mujeres fallecidas en el SILAIS Estelí y de las ingresadas al albergue materno.
2. Identificar muertes maternas evitables y sus causas ocurridas en el período en estudio.
3. Relacionar los factores de alto riesgo obstétrico de las defunciones maternas por causas evitable ocurridas en el SILAIS y de las ingresadas al albergue materno
4. Analizar las características de alto riesgo obstétrico que presentaron las fallecidas en relación de las que no fallecieron y que estuvieron alojadas en el albergue materno.
5. Describir las acciones realizadas a las embarazadas en el albergue materno durante el mismo período.

VI.-MARCO TEÓRICO

A) Muerte Materna

Una muerte materna es el producto final de una serie de factores que actúan sobre la vida de una mujer desde su nacimiento, hasta su etapa reproductiva. Estos factores determinantes están relacionados con una amplia gama de condiciones sociales, económicas, educativas, culturales, accesibilidad, calidad de los servicios de salud, y condiciones de pobreza en las cuales vive la mujer, haciéndolas más vulnerable a la enfermedad y a la muerte. (9)

Las causas de la mortalidad materna pueden dividirse en médicas y no médicas.

A.1) Las causas médicas se sub dividen en causas obstétricas directas e indirectas.

- **Causas obstétricas directas:** Son aquellas que resultan de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Siendo las hemorragias, infección, hipertensión gestacional, anemias, aborto y parto, las causas que provocan mortalidad materna.
- **Causas obstétricas indirectas:** Son aquellas enfermedades concomitantes que se agravan con el embarazo, pero que no es causa directa del fallecimiento. Entre las causas obstétricas indirectas están las enfermedades que se agravan por los efectos fisiológicos del embarazo y el parto. Siendo las principales causas hipertensión, diabetes, algunas hemoglobinopatías, hepatitis infecciosas y cardiopatías.

A. 2) Las causas no médicas: Están todas aquellas causas mediatas o indirectas que actúan como favorecedoras o predisponentes relacionadas con factores reproductivos, factores socioeconómicos, como son las condiciones de vida, problemas de accesibilidad, transporte, y los que están estrechamente relacionadas con los servicios de salud.

Según estudios realizados en Latinoamérica, como Schwuart, Botero, Pérez Sánchez entre otros, coinciden en afirmar que la probabilidad de una muerte materna y de su hijo está influenciada por múltiples factores, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados entre si. Cuanto más sean los factores determinantes, la probabilidad de sufrir el daño será mayor, por el contrario, cuando los factores se detectan a tiempo y se toman medidas correctivas la frecuencia del daño será menor. En el mundo ocurren 500,000 muertes maternas de las cuales el 99 % ocurren en los países en desarrollo donde la tasa de mortalidad es de 480.000 por 100,000 NVE, considerada como muy elevada en comparación a la registrada en los países desarrollados donde ocurren 27 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos esperados.

También afirman que en la Región de las Américas año tras año pierden la vida alrededor de 30,000 mujeres por causas directas. Aún cuando la gran mayoría de estas muertes pudieran evitarse ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidas y a la vez se cuenta con el saber de la evidencia científica y tecnológica suficiente para impedir las mediante intervenciones sencillas y de bajo costo.(10)

En Nicaragua, al concluir la semana epidemiológica 52 hasta el día 31 de Diciembre de 1999, el Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud en su Boletín Epidemiológico informa que se han notificado un total de 174 muertes maternas, representando un incremento de 14 defunciones más en relación al período del año anterior en que se notificaron 160. Dicho incremento representó el 9.2%.

La tasa de mortalidad materna en el país hasta la semana 43 de 1999 es de 72.3 por 100,000 N.V.E del total de muertes reportada (142) de ellas, el 47.2 % obstétricas directas y el 33.1% fueron por causas obstétricas indirectas. Según grupo de edad es significativo que el 45.8 % de estas eran adolescentes y el 20.5% mayores de 34 años.

La mortalidad materna a nivel nacional por cada SILAIS, presentan 52.9 % de tasa media nacional (72.3x 100,000) siendo los más afectados Río San Juan (218.1) Región Atlántico Norte (146.6) Jinotega (140.8) Estelí (95) y Chontales (91.3). Según su procedencia el mayor porcentaje en el país son del área rural con 72,5 % (103) y el 27.5 % (39) de la zona urbana.

B.) Muertes maternas evitables: Para medir la evitabilidad de la mortalidad se han realizado varios estudios que confirman que las muertes maternas evitables están relacionada con los factores reproductivos, calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, su accesibilidad geográfica y cultural. A partir de 1995 en los países desarrollados, han existido comités de Investigaciones de muertes maternas prevenibles para determinar si las muertes maternas son prevenibles o no, (3). En la región de las Américas existen estudios sobre muertes maternas prevenibles como las que a continuación se detallan :

Lugar de Estudio	Tiempo Estudiado	Fecha del Estudio	Porcentajes de Factores prevenibles
Ohio	10 años	1955 - 1965	64.6 %
Rhode Island	5 años	1960 - 1965	59 %
Mississippi	1 año	1967	90 %
South Caroline	1 año	1964	52 %
Indiana	1 año	1964	50 %
Jamaica	3 años	1981 - 1983	68 %
Guatemala	1 año	1993	70 %
México	1 año	1996	89%
Nicaragua	1 año	1993	90 %

(12)

Lo más importante de estos estudios de mortalidad materna han sido el determinar que la mayoría de ellas son prevenibles.

C.) Prevenibilidad de la muerte materna: Una de las definiciones reportadas sobre PREVENIBILIDAD de la muerte materna la encontramos en Basic Elements for the Study and Prevention of Maternal Mortality Epidemiological Bulletin. (13) que cita: Muerte Materna Prevenible: Son las muertes maternas prevenibles por acciones llevadas a cabo por los servicios de salud, tales como control prenatal adecuado, atención del parto, planificación familiar, accesibilidad del servicio de salud reproductiva.

Entre los factores prevenibles que fueron identificados y que estaban relacionados con muertes maternas, Kestter.E, en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa en Mortalidad Materna Experiencia Centroamericana, refiere que entre los factores que intervienen en la mortalidad materna ,están el 51% relacionados con los servicios de salud, el 31% con el paciente o la familia, el 10 % por la accesibilidad geográfica, falta de transporte, caminos y medios de comunicación. (14)

En 1996 en un estudio realizado en México se estableció que el 89% (241) de muertes maternas eran prevenibles y que el 70 % de éstas se hubieran evitado si la calidad de atención médica e institucional hubiera sido la adecuada. Por otro lado se estableció en las muertes domiciliarias que los patrones de conducta de la mujer o su familia inmersos en el evento fueron factores predisponentes y tuvieron un 22 % del total de muertes prevenibles.(15)

La definición de Muerte Materna Probablemente Prevenible: Son las muertes maternas ocurridas a pesar de tomar acciones a tiempo y correctamente.

El análisis de las Condiciones de Salud en América Latina realizado en 1995 por la O.P.S. y O.M.S señala que: "La evitabilidad estimada de muertes maternas oscila de acuerdo a diferentes estudios realizados, en un 23 % en México, un 92 % en Colombia, un 90% en Nicaragua sí en toda la región de las Américas existieran condiciones similares a las de Canadá, las muertes maternas se reducirían en 47 veces; modificando la conducta familiar respecto la maternidad y el uso adecuado de los servicios de maternidad evitándolos en un 85 %.(16)

La mortalidad materna en Nicaragua tiene dos características fundamentales :

Es evitable en el 90 % con los conocimientos y tecnologías existentes.

Es característica en determinados grupos de mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y de zonas rurales donde la cobertura institucional es baja, limitando con ello la accesibilidad a las unidades de salud mas cercanas. (17)

El 57% de las defunciones ocurren en instituciones de salud correspondiendo el 88.8% al nivel hospitalario y un 42.9% fallecen sin atención calificada a nivel domiciliar. Entre las principales causas obstétricas que provocan dichas defunciones están: retención placentaria, hipertensión gestacional, sepsis, ruptura uterina, aborto, embolia, placenta previa, atonía uterina, siendo todas ellas evitables.

D.) Factor de riesgo: Es la probabilidad que tiene un individuo o grupos de individuos para que se altere su salud, ya sea produciendo una enfermedad o desencadenando la muerte. Estos grupos son más necesitados o vulnerables como consecuencia de una amplia gama de factores.

D.1) Clasificación de los factores de riesgo: Ricardo Schwarcz y Colaboradores menciona en el Manual de Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo lo siguiente: “Cada norma dependiendo de las características locales, deberá tener en cuenta los factores mencionados así como aquellos que se estimen de relevancia local.” (17).

- Es importante aclarar que factor de riesgo no significa causa, es simplemente una herramienta para calificar la probabilidad del daño.
- En los resultados de una investigación realizada, por la coordinadora nacional del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de Nicaragua sobre los factores de riesgo obstétricos, se encontró que existían:

Gestantes sin control prenatal en un 18.2 %; con insuficiente control prenatal en un 40.7 % (2/ 4 CPN); edades extrema menores de 20 años 25,1%; mayores de 35 años 10%; gestantes primigestas en un 25.30 %; multigestas en un 32.7 %; granmultigesta en un 11.6 %; talla menor de 1.50 en un 4.6 %; gestantes sin instrucción 58.9% (incluyendo, analfabetas, alfabetas y con primaria incompleta); y ocupación como tareas del hogar en un 49.5%; trabajan fuera del hogar en un 31.4%; gestantes con grupos sanguíneos incompatibles 31.8%; madres solteras 9.6%; intervalo intergenésico corto menor de 18 meses en un 54%; más de 6 años 4.6%; preclampsia 22%; eclampsia 1.7%; amenaza de parto prematuro 5.6%; infecciones de vías urinarias 15%; edemas 20%; hemorragias 4.4%; presentaciones fetales anómalas 3.8%; aborto 17.7%; partos gemelares 2.6%; hipertensión 1.9%; grandes múltiparas 29.8%; múltiparas 9.4%; nulíparas 29.8%; embarazadas con toxoide tetánica 39.3%; edad gestacional de 36 semanas 8.3%; de 42 semanas 8.5%; otras complicaciones 18.9 %.

D.2) Alto riesgo obstétrico: Definición : Son gestantes cuyo factor de riesgo se han identificado relativamente frecuentes, pero con una sensibilidad y especificidad notable.

En relación con las causas de muertes maternas en Nicaragua, el Manual de Salud Reproductiva señala en la pag 36, los principales factores de alto riesgo que se encuentran en correspondencia definida con dichas causas, se agrupan en 4 categorías: antecedentes generales, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos obstétricos y condiciones socioeconómicas de la gestante. (19)

D.2.1) Antecedentes generales, son las características de la conducta reproductiva tales como la edad, multigravidad, intervalo intergenésico, estado nutricional, procedencia, accesibilidad geográfica y número de controles prenatales realizados.

- **Edad :** Existe consenso; producto de varios estudios realizados, (Foneyn & Isada, 1988) sobre morbilidad materna y perinatal en que el período ideal para la reproducción en la mujer, es el comprendido entre 20 y 29 años de edad, ya que las mujeres que se embarazan con inenos

de 20 años y más de 35 están sometidas a mayor riesgo porque presentan con frecuencia, complicaciones tales como:

- Menores de 20 años: Hay incidencia incrementada de toxemia gravídica, nacimiento prematuro y síndrome de bajo peso al nacer.
- Mayores de 35 años : Incidencia incrementada de toxemia, inserciones anómalas de placenta, distocias de las contracciones, defectos congénitos del recién nacido y enfermedades crónico degenerativas como hipertensión, o diabetes.

Diferentes estudios han señalado a las edades extremas como un importante factor de riesgo de mortalidad materna. Es así como en países en vía de desarrollo se ha estimado que el riesgo de morir sería 5 veces mayor en las mujeres menores de 15 y 2 veces más elevado en las de 15 a 19 años, comparadas con las de 20 – 24 años. La mortalidad aumenta en el rango de 35 años y más, alcanzando una probabilidad 10 veces mas, independientemente de los eventos de carácter biológico citados. Es frecuente que las embarazadas en este grupo de edad no acudan con frecuencia a los controles prenatales lo que agrega un elemento más de peligro para el pronóstico materno fetal.

- **Multigravidad:** El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un grupo sensible de las tasas correspondientes de morbimortalidad, eso obedece a la mayor frecuencia con que se presentan ciertas complicaciones obstétricas entre las cuales se destacan:
 - Distocias o contracciones uterinas que originan trabajo de parto prolongado, y aumenta la probabilidad de ruptura uterina espontánea.
 - Hemorragias anteparto y trasparto, como consecuencia de la mayor frecuencia de inserciones retenciones anormales de la placenta.

Entre otros problemas asociados con la multigravidez debe mencionarse el efecto diabetogénico de los embarazos numerosos, aparentemente condicionados por la aparición de sustancias antagonicas de la insulina por la placenta que pueden condicionar la aparición clínica de la diabetes en las mujeres.

Al igual de lo que ocurre en el caso de la edad es frecuente un cuidado prenatal y obstétrico poco adecuado en la multipara, lo cual influye en gran manera en el agravamiento de los riesgos señalados anteriormente.

- **Intervalo intergenésico:** En términos generales se acepta que un intervalo intergenésico Corto (período entre el último parto y la siguiente concepción) constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses. Esto obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de deterioro nutricional materno, el que a su vez se asocia a un aumento de la probabilidad de originar producto prematuro o de bajo peso al nacer, así como un aumento en la mortalidad postneonatal. Este último aspecto, se considera

determinante por el llamado fenómeno de competencia, que aumenta el peligro de desnutrición a edades tempranas y reduce las posibilidades de supervivencia del hijo previo al ocurrir un destete precoz y disminuir la duración de la lactancia materna.

- **Estado nutricional:** Las desviaciones extremas del peso corporal de la gestante están bien definidas como elemento que propician la morbi-mortalidad materna y perinatal. La mujer obesa presenta con mayor frecuencia toxemia gravídica y anomalías de la dinámica uterina que favorecen el trabajo de parto o período expulsivo prolongado y que afectan claramente el bienestar del producto.

La desnutrición se ha asociado con daños maternos y perinatales, entre los cuales se destacan con mayor frecuencia la toxemia del embarazo, los nacimientos prematuros y de bajo peso. (Ruge Anderson 1985). (20)

La antropometría materna disminuida (talla materna menor de 1.50 y peso menor de 50 kg) constituye en ocasiones la expresión genética del potencial de crecimiento del adulto, sin embargo puede a la vez significar una subalimentación en la infancia.

Las madres con talla inferior a 1.50 cm y peso pregestacional inferior a 50 kg tienen un riesgo relativo de 3.3 y 2.1 veces mayor de presentar un recién nacido para la edad gestacional, comparadas con madres de peso normal.

- **Procedencia:** En el estudio sobre enfoque de riesgo realizado en Nicaragua se determinó que las complicaciones del embarazo y las condiciones de vida precarias de las gestantes son determinantes para los sectores más desprotegidos, así tenemos que las mujeres de las zonas rurales, madres solteras, obreras no estables y/o sin ocupación, concentraron la mayor carga de patologías en el embarazo.(26)

Las mujeres multigestas, gestantes añosas, sin instrucción, madre joven, primigesta o nulípara con control prenatal deficiente y en condiciones de pobreza presentaron partos múltiples, partos a las 37 y 42 semanas de gestación rotura precoz de membranas, infección amniótica, y complicaciones en el puerperio.

- **Accesibilidad:** En la práctica diaria de los servicios de salud de la Región se siguen dando eventos y características de funcionamiento, como la Detección inoportuna de factores de Alto Riesgo por falta de atención prenatal adecuada, o por falta de oportunidad en la atención de las hemorragias, lo cual queda en evidencia, a juzgar por el elevado número de muertes maternas por inaccesibilidad.

La inaccesibilidad a los servicios de atención del embarazo y del parto son factores importantes causales de muerte materna, la falta de transporte, la inaccesibilidad geográfica los medios de comunicación, son hechos que complican aún más las muertes maternas. (31)

- **Inaccessibilidad Geográfica:** Es en la que las mujeres embarazadas tienen que recorrer grandes distancias, los medios de transporte son deficientes o no hay. También se consideran las zonas alejadas con barreras naturales como ríos o montañas y que la gestante no puede pasar por cierto período de tiempo ej; Invierno. En la mayoría de los países en vías de desarrollo, una parte importante de la población vive en áreas rurales en las que las dificultades de acceso a los servicios un factor que contribuyen a las muertes maternas y perinatales. Igual sucede en las zonas urbanas marginales que rodean a las ciudades de estos países, donde la población encuentra grandes dificultades de transporte para llegar a los servicios de salud.

Los criterios de inaccessibilidad geográfica son:

- a) Procedencia rural
- b) Distancia en kilómetros desplazándose de la comunidad de residencia al albergue más de 1 hora (5 Kms) caminando
- c) Disponibilidad del transporte más de 1 hora en el trayecto
- d) Carencia o imposibilidad de medios económicos para pagar el transporte para asistir a la atención institucional.

De hecho, se ha encontrado que entre los factores de salud en los países en desarrollo, uno de los más frecuentes es la distancia de estos o las dificultades de transporte; estudios llevados a cabo en México (1997) señalan, que la mortalidad materna es especialmente elevada cuando los problemas de transporte hacen difícil el llegar rápidamente al hospital al ocurrir una complicación grave durante el embarazo el parto o el puerperio. La demora en llegar al hospital donde se cuenta con los recursos para la atención resulta determinante cuando se considera una muerte materna.

- **Inaccessibilidad Institucional,** se refiere a las unidades de salud donde los niveles de resolución de los servicios de salud maternos son deficientes o no se corresponden para la atención de un parto de alto riesgo. También se consideran que los servicios de salud del Primer Nivel de referencia inducen a una atención de parto con calidad deficitaria. (32)
- **Control Prenatal:** Según Normas de atención Integral a la mujer del Ministerio de Salud el control prenatal debe tener una alta cobertura (90%) y una concentración suficiente (de 5 a 9 controles) para detectar los factores de riesgo de mayor prevalencia.

En lo que respecta a las embarazadas ingresadas en el albergue el 87.9% se les realizó control prenatal en las unidades de salud y de éstas el 71.9% se hicieron más de 4 controles prenatales, cabe mencionar que el 12.1% que llegaron sin control prenatal se les realizó en el albergue lo que permitió identificar los principales factores de riesgo mediante acciones que conllevaron a preservarles la vida tanto a la madre como al niño.

D.2.2.) Antecedentes Patológicos Personales; son aquellas enfermedades crónico degenerativas tales como: hipertensión crónica, diabetes, nefropatías, cardiopatías.

El Comité Norteamericano de Bienestar Materno ha realizado la siguiente clasificación de la hipertensión crónica:

- Hipertensión gestacional, proteinuria gestacional, hipertensión proteínica gestacional o preeclampsia y eclampsia.(22).
- Hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, hipertensión crónica con preeclampsia sobregregada.
- Hipertensión y/o proteinuria no clasificada.

Según Schwarcz, los estados hipertensivos del embarazo figuran en los países subdesarrollados dentro de las tres primeras causas de muerte materna y en varios de ellos es la primera. **Esta mortalidad puede considerarse evitable** si se tiene en cuenta que las cifras informadas de muertes maternas por preeclampsia/eclampsia varían entre el 0 y 14 % . Es digno de mencionar que esta mortalidad es superior, cuanto mayor es la edad y la paridad las tasas de mortalidad por eclampsia fluctúan entre 19 y 5.5 % en adolescente, en contraste con el 99 y el 20 % en mujeres mayores de 30 años; así también estas tasas son mayores en múltiparas que en primíparas. (23).

La investigación epidemiológica ha permitido determinar una elevada prevalencia en la población de mujeres en edad fértil, (5-10 % de los embarazos que cursan con algunos de los estados hipertensivos),sin embargo algunos hospitales reportan un rango de 0.5 % hasta 38.4 % lo cual está evidenciando diferencias siendo determinante algunos factores de riesgo, tales como :nivel socioeconómico, calidad de atención en salud, edad extrema, paridad, antecedentes familiares, factores ambientales, embarazos múltiples y patologías asociadas.

En la edad materna existe una asociación entre esta variable y la frecuencia de trastornos hipertensivos, siendo en la edades más jóvenes la hipertensión preeclampsia,y eclampsia y en las edades mayores de 30 años; los estados hipertensivos crónicos. Debe destacarse que esta elevada prevalencia es importante como problema de Salud Pública, ya que se refiere a un grupo relativamente de mujeres jóvenes con presencia de esta toxemia gravídica y esta gravedad se asocia a una enfermedad hipertensiva de base.

- Paridad. Es un hecho aceptado universalmente que la hipertensión proteínica gestacional /preeclampsia / eclampsia es casi privativa de las primigestas en todas las edades y que en edad de 35 años y más el riesgo de presentar la enfermedad, es muy alto.

La hipertensión como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal propicia la toxemia gravídica bajo peso al nacer, muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas como desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta, asociadas frecuentemente a la hipertensión arterial.

- Embarazos múltiples: La incidencia de hipertensión es 5 veces mayor, cuando el embarazo es gemelar que cuando es único.

- Nivel socioeconómico: El riesgo de presentar un cuadro hipertensivo en el embarazo es muy elevado en gestantes de bajo nivel socioeconómico aunque no estén bien claras las razones, esto se asocia; con la ausencia o insuficientes controles prenatales.
- Factores ambientales: El riesgo de presentar hipertensión en los embarazos, es mayor en mujeres que viven a 5,000 metros sobre el nivel del mar que cuando viven en clima húmedo tropical, o en zonas de sequía prolongada, donde sufren de hambre y desnutrición.
- Patologías asociadas, la existencia simultánea de entidades como la mola hidatiforme, diabetes mellitus y polihidramnios aumenta el riesgo de preclampsia.
- Antecedentes familiares: La incidencia de trastornos hipertensivos es significativamente mayor en las hijas y nietas de mujeres que han presentado la enfermedad, ya que tiene un código genético que aún no se había expresado, pero que podría hacerlo en edades más avanzadas. Esta patología constituye un elemento importante, en la presencia de Toxemia Grávida porque se incrementa marcadamente el peligro de recurrencia de esta última enfermedad en
- un embarazo futuro y porque aumenta claramente la gravedad y la periodicidad del fenómeno toxémico.

Diabetes: Esta enfermedad nosológica es responsable principalmente de morbimortalidad perinatal cuales dependen de la gravedad y duración de la patología. En muchas ocasiones la única forma de identificar si la gestante tiene diabetes es la presencia de ciertas características en su historia reproductiva tales como:

- Aumento de la incidencia de la Toxemia Grávida que se considera que es causante de Lesión Vascular generalizada que acompaña a la diabetes.
- Incremento en la incidencia de Polihidramnios que pueden causar Hemorragias Postparto por la sobre distensión uterina.
- Aborto espontáneo que aparentemente ocurre con mayor frecuencia por anomalías genéricas del producto de mujeres diabéticas.
- En la medida en que la edad de la gestante es mayor, la frecuencia de diabetes aumenta inclusive hay un efecto diabetogénico en los embarazos repetidos o muy numerosos ocasionados por la acción antagónica que los estrógenos placentarios tienen sobre la utilización de la insulina por los correspondientes receptores tisulares.
- Incremento en la incidencia de defectos al nacimiento.
- Muerte Fetal que resulta temprana en la Diabetes Avanzada, o muerte tardía en la diabetes incipiente.
- Hipoglicemia y consecuentemente Hipoxia neonatal, que producen lesiones del sistema nervioso central.

- **Macrosomía fetal**, que es causa de sobre distensión uterina y del trabajo de parto prolongado en el primer caso, puede ocasionar una hemorragia materna postparto y en la segunda diversos tipos de lesión fetal.

Nefropatías: en sus dos variables clínicas la parenquimatosa primaria y la infecciosa constituyen un factor de riesgo principalmente por la morbimortalidad perinatal y secundariamente por la mortalidad materna. Sin embargo son diferentes los mecanismos por las cuales se relacionan con la morbi-mortalidad referida.

La Nefropatía más importante por ser la más frecuente, es la Infección Crónica de las vías Urinarias que predominan en la mujer se presenta durante el embarazo y en ocasiones tiene comportamiento subclínico. La infección crónica de las vías urinarias que se presentan en 10 % de todas las embarazadas y se ha asociado a un incremento significativo de recurrencia de Partos Prematuros e inclusive de Muerte Fetal in útero. Por su parte, la enfermedad renal parenquimatosa cuya causa más frecuente es la glomerulonefritis crónica favorece el incremento de fenómenos tales como: Bajo Peso al Nacer, Nacimiento Prematuro por interrupción obligada del embarazo, Toxemia gravídica y sus complicaciones.

Cardiopatías: Su elevada frecuencia en nuestro medio al igual que en los países en vías de desarrollo obliga a ser considerada como un factor de riesgo en caso de embarazo, esto obedece a la alta prevalencia de fiebre reumática que origina, secuela, valvulares y alteración hemodinámica generalmente grave.

El daño de la cardiopatía incide en la salud materna, como en la perinatal. En el primer caso, porque la sobrecarga cardiovascular debida al incremento de volumen plasmático que fisiológicamente ocurre entre las semanas 28 - 32 de gestación puede hacer caer en insuficiencia y un miocardio previamente lesionado.

El daño perinatal obedece a la Hipoxia Fetal crónica, debido a la baja perfusión tisular en los casos de insuficiencia y naturalmente puede generar, el bajo peso al nacer.

Las enfermedades crónico degenerativas en mujeres embarazadas, se consideran como factor de riesgo reproductivo debido a que se trata de patologías que perdura en toda su vida y que puede presentar lesiones vasculares que tienden a progresar y que intervienen directamente en la generación de complicaciones tanto maternas como del producto; al presentarse en el embarazo existe una alta probabilidad de recurrencia de muerte materna si la gestante no se realiza adecuados controles prenatales.

D.2.3.) Antecedentes Patológicos Obstétricos:

Aborto : El antecedente de abortos previos en la historia reproductiva de una mujer se considera un factor de riesgo, tanto por su tendencia a recurrir, como por ser esta complicación una de las principales causas de muerte materna.

En el caso del aborto espontáneo, el peligro de recurrencia es especialmente patente del tercero en adelante y causa morbimortalidad materna principalmente por hemorragias graves, además de que ha sido asociado con muerte fetal temprana.

Por su parte, el aborto inducido tiende a repetirse en aquellas mujeres que lo emplean como recurso para limitar el tamaño de la familia y es especialmente peligroso como causante de morbimortalidad materna, debido a la alta frecuencia y gravedad de las complicaciones infecciosas que acompañan, principalmente por las condiciones higiénicas deficientes en la práctica clandestina del aborto, a lo cual debe agregarse los problemas de incompetencia ístmico-cervical, resultante de una instrumentación agresiva en la dilatación del cérvix.

Finalmente, ambos tipos de aborto pueden dar origen a infertilidad secundaria, en el primer caso por muerte fetal repetida y en el segundo por aborto habitual.

Muerte Perinatal: La mortalidad perinatal se clasifica en tipo I y II:

- La de tipo I corresponde a las muertes acaecidas desde la semana 28 de la gestación hasta los siete días de vida extrauterina, inclusive.
- La tipo II a las ocurridas desde la semana 20 del embarazo hasta los 28 días de vida extrauterina; es decir, abarca todo el período neonatal.

De los tipos de mortalidad perinatal que se han descrito, la más analizada en estudios y análisis epidemiológicos es la de tipo I; en cambio, la mortalidad perinatal II ha sido privativa de la investigación pediátrica y perinatológica.

La mortlaidad perinatal en cualquiera de sus variedades tiene dos componentes fundamentales: la mortalidad fetal y la mortalidad neonatal. Estas, por tener diferente origen en términos de causalidad clínica, deben analizarse por separado cuando se estudian como factores de riesgo.

Muerte fetal: Es un factor de gran riesgo, porque una vez que ya ha ocurrido, tiende a presentarse nuevamente en embarazos futuros. Entre las causas más importantes de mortalidad fetal se encuentran las enfermedades crónicodegenerativas en la madre del tipo de diabetes mellitus, hipertensión arterial y padecimientos que se acompañan de lesión generalizada de los vasos sanguíneos, ésta a su vez ocasiona trastornos vasculares útero-placentarios que se traducen en hipoxia fetal crónica habitualmente grave.

Independientemente de que la mayoría de las muertes fetales tienen el origen anteriormente descrito, existe un grupo de ellas que se presentan en el trabajo de parto, como consecuencia de la disminución de la oxigenación provocada por las contacciones uterinas. Sin embargo, en muchos de estos casos la muerte ocurre porque ya existía deficiencia fetal previa en el aporte de oxígeno.

Ciertas complicaciones agudas son también causa de muerte fetal; entre ellas podríamos citar la toxemia gravídica y el desprendimiento prematuro de placenta que puede dar lugar a este tipo de mortlaidad en un 30 a 50% de los casos.

Muerte neonatal: El antecedente de muerte neonatal en la historia reproductiva de una mujer constituye un factor de riesgo, porque con cierta frecuencia es la manifestación obstétrica de un problema que tiende a recurrir o de la presencia de patologías de tipo crónico-degenerativo.

De esta manera, la mortalidad neonatal es causada básicamente por nacimientos prematuros, de bajo peso y con defectos graves. Otros elementos que la pueden provocar son, tanto el trauma obstétrico que en muchas ocasiones es secundario a las intervenciones que motivan las distocias generales por situaciones de riesgo obstétrico, como la complicación vascular sistémica propia de las enfermedades crónico-degenerativas que ya se han mencionado y que dan origen a una insuficiencia placentaria.

Como puede verse, la mayoría de las complicaciones referidas tiene una clara tendencia a la recurrencia en embarazos subsecuentes, lo que a su vez condiciona una alta probabilidad de repetición de la muerte neonatal, una vez que ésta se ha presentado en embarazos previos.

Nacimientos prematuros: Existe confusión en la literatura médica porque frecuentemente se manejan como sinónimos nacimientos prematuros y bajo peso al nacer. Dado que estas entidades tienen un origen y un comportamiento clínico diferente, es útil hacer las siguientes observaciones:

- ✓ Si bien en alguna época se consideró sinónimo de nacimiento prematuro, el peso menor de 2.500 gramos al nacer, en la actualidad se acepta que debe definirse solamente por una edad gestacional menor a 37 semanas, ya que existen productos cuyo peso al nacer puede ser menor de los 2,500 gramos, pero que corresponden a un embarazo a término por edad gestacional. Precisamente estos últimos casos representan la entidad conocida como “síndrome de bajo peso al nacer”.
- ✓ Los nacimientos prematuros tienen mayor importancia como causa de muerte neonatal, aun cuando existe una pequeña proporción de casos en que también es responsable de muerte fetal. En cambio, la mortalidad neonatal por bajo peso al nacer es sensiblemente inferior a la producida por nacimiento prematuro. Por esta razón, en los párrafos siguientes se destacarán particularmente los problemas relacionados con esta última entidad.

Nacimiento prematuro espontáneo: Existen múltiples causas que pueden dar lugar a un parto prematuro. Las principales son: enfermedades crónico-degenerativas de la madre, complicaciones agudas del embarazo, edad menor de 20 años, intervalos intergenésicos cortos y anomalías morfológicas o funcionales del aparato genital.

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, la causa precisa del parto prematuro no logra determinarse; por ello, la simple historia de partos prematuros previos entre los antecedentes obstétricos de una mujer, debe hacer pensar en una elevada probabilidad de que esta complicación se presente en caso de un nuevo embarazo.

Nacimiento prematuro inducido: La mayoría de los conceptos expresados anteriormente corresponden al parto prematuro espontáneo. No obstante, como elementos de riesgo, deben tenerse presentes los factores que conducen al parto prematuro médicamente inducido, ya sea como indicación terapéutica o como problema iatrogénico.

Tal es el caso de las enfermedades maternas que como la toxemia gravídica, la inserción baja de placenta o la cardiopatía descompensada, obligan a interrumpir la gestación para preservar el bienestar o la vida de la madre y del producto. Ejemplo de iatrogenia sería el error en la fecha de ejecución de una operación cesárea repetida, que se efectúe antes de que el producto se encuentre a término, por haberse estimado equivocadamente la edad gestacional.

Defectos al nacimiento: Constituyen los ejemplos más claros de un factor de riesgo reproductivo, porque tienen una probabilidad definida de repetirse en embarazos subsecuentes y porque son causa importante de morbilidad perinatal.

La probabilidad de recurrencia a que nos hemos referido depende del tipo de transmisión genética del defecto. Por ejemplo, los de tipo dominante casi siempre aparecerán de nuevo; en cambio, los de tipo recesivo se manifestarán sólo en ciertas ocasiones.

La anterior significa que existe indicación clara para prevenir un embarazo cuando el defecto al nacimiento tiene transmisión genética dominante. Un ejemplo de este tipo es la condroplasia.

Cuando la transmisión es recesiva, debe valorarse la probabilidad de recurrencia para indicar anticoncepción temporal o definitiva. Tal es el caso del síndrome de Down, cuya probabilidad de aparición aumenta sensiblemente conforme es mayor la edad de la mujer. Estadísticamente, la ocurrencia de este síndrome en la población general, es de uno por mil nacimientos cuando la mujer es menor de 35 años. A los 45, la incidencia puede llegar a uno en cuarenta nacimientos.

Un elemento de importancia cada vez mayor, por la incorporación de la mujer a las actividades productivas, es la exposición a ciertos riesgos específicos del trabajo, así como cambios en los hábitos de vida. Los agentes teratogénicos deben por tanto tenerse muy presentes para investigarlos en la historia reproductiva de una mujer. Ejemplos de éstos son las radiaciones, los medicamentos, el contacto con virus durante el embarazo y las toxicomanías.

Toxemia gravídica: La importancia de la toxemia gravídica como factor de riesgo reproductivo radica, por una parte, en que es la causa más importante de morbimortalidad materna en todos los países en vías de desarrollo y por la otra, en que tiene una elevada probabilidad de volverse a presentar en un embarazo subsecuente una vez que ya se ha padecido.

La toxemia afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran en edades extremas de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas y con padecimientos como la diabetes y la enfermedad renal o hipertensiva.

Existe opinión generalizada respecto a que la toxemia gravídica se presenta con más frecuencia en las primigestas y adquiere mayor gravedad mientras más joven es la paciente. La gravedad se acentúa en mujeres mayores de 35 años, probablemente porque muchas de ellas padecen enfermedades crónicas degenerativas y, por consiguiente, tienen lesiones en los aparatos vascular, cardíaco y renal.

En cuanto a la recurrencia de la toxemia en subsiguientes embarazadas, es importante establecer que la frecuencia de ella depende de si la enfermedad toxémica se añadió a problemas hipertensivos preexistentes. Si la situación es esta última, obviamente la probabilidad de repetición es mayor, puesto que el problema vásculo-renal aparecerá en la siguiente gestación y probablemente más acentuado.

Cesárea previa: Es un factor de riesgo cuya importancia mundial va en aumento, debido a que se ha incrementado la proporción de embarazos que terminan por vía abdominal a fin de preservar el bienestar del producto.

Si bien el aumento en el número de cesárea que se practica ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad perinatal, no debe olvidarse que conlleva ciertos riesgos para un embarazo futuro. Por ejemplo, la existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico en sí.

Por otra parte, existe una posibilidad variable pero definida, de ruptura de la cicatriz uterina al presentarse el trabajo de parto espontáneo. Si bien la intensidad de esta complicación puede ser mínima, no son raros los casos donde ocurre estallamiento del segmento y se produce hemorragia intraabdominal masiva que compromete de inmediato la vida de la mujer.

Finalmente, debe considerarse el peligro ya citado de que se realice un cálculo erróneo en la ejecución de una cesárea repetida y se ocasione un nacimiento prematuro.

Hemorragias obstétricas: La característica que convierten en factor de riesgo a este grupo de complicaciones es su tendencia a presentarse nuevamente en embarazos subsiguientes. Este fenómeno de recurrencia se explica al recordar las principales entidades nosológicas que propician la aparición del problema así en las cesárea anterior que conlleva al peligro de ruptura de la cicatriz uterina, placenta previa, y acretismo placentario asociándose directamente una mayor probabilidad de hemorragia.

De igual manera la toxemia gravídica favorece esta complicación debido fundamentalmente a la falta de oxigenación del músculo uterino que reproduce su capacidad contráctil después del nacimiento del producto; además se sabe que la toxemia gravídica se acompaña frecuentemente de fenómenos de coagulación intravascular diseminada.

Algo similar puede decirse de la obesidad y desnutrición casos en los cuales son frecuentes las anomalías de las contracciones uterinas y por lo tanto las ocurrencia de Atonía Uterina y Hemorragia en el post-parto inmediato.

Ya se ha señalado que en la edad mayor de 35 años se asocia con un incremento claro en la frecuencia con que se presenta una Inserción baja de placenta y atonía uterina, por lo cual la hemorragia obstétrica es más probable en las mujeres añosas.

En síntesis la simple historia obstétrica de hemorragias en embarazos y partos previos de una mujer en edad reproductiva o la existencia de algunos de los antecedentes señalados, debe hacer que se tenga presente la alta posibilidad de recurrencia de esta complicación.

E.) Factores Socioeconómicos: Pérez Sánchez y Donoso Silva hace referencia sobre el análisis que se realizó sobre Salud Materna y Perinatal en las Américas por la O.P.S, en 1990. Pag 1-13.
(24)

"En el terreno de la salud materna, existe relación; entre las mujeres en edad fértil que presentan bajo nivel socioeconómico, factores de riesgo reproductivo y la mortalidad materna, se pueden considerar que alrededor de una tercera parte de las mujeres en edad fértil son quienes tienen riesgo reproductivo elevado, dando lugar a dos terceras partes de la mortalidad materna y tres cuartas partes de la mortalidad perinatal debido a la proporción de embarazos de alto riesgo.

Se ha visto que las mujeres de baja condición social, y baja estatura presentan mayor número de preclampsia y cesárea, así como altas tasas de mortalidad materna y perinatal. Las mujeres de este grupo suelen tener escasa educación escolar, viven en hacinamiento o en viviendas inadecuadas, tienen mayor paridad y menos asistencia prenatal que las mujeres de grupos sociales más altos; las mujeres de clase socioeconómica baja no tienen como costumbre la consulta médica en casos no urgentes y el embarazo es un acontecimiento común para ellas no comprendiendo la necesidad de atención, al menos que se presente un caso grave.(25)

F. Estado Civil: Aunque muchas gestantes de alto riesgo obstétrico son casadas o acompañadas, las madres solteras reciben menos asistencia prenatal y tienen una actitud indiferente al embarazo que las gestantes casadas. También tienen mayor complicación durante el embarazo y altos índices de partos prematuros, mortalidad materna y perinatal. Muchas madres solteras son de bajo nivel socioeconómico.

G) Salud Reproductiva: Salud reproductiva, es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, durante el proceso de reproducción así como en el ejercicio de la sexualidad.

La salud reproductiva en este contexto se analiza a partir de tres elementos básicos: capacidad, logro y seguridad.

Capacidad, significa la posibilidad de las personas para reproducirse, decidir cuándo y cuántos hijos / as tener y poder disfrutar de la relación sexual.

Logro, indica que la reproducción depende de la supervivencia del crecimiento y del desarrollo de un niño / a sano / a.

Seguridad, implica que el hecho de tener un hijo / a, el desarrollo del embarazo y del parto pueden llevarse a cabo sin riesgo para la salud de la mujer; por lo tanto, las relaciones sexuales deben tener lugar cuando éstas no representen ni el más mínimo riesgo para la salud de la pareja.

Algunos de los aspectos básicos de la salud reproductiva que se ha convertido en problemas mundiales son:

- ✓ La seguridad relativa de los métodos anticonceptivos en la planificación familiar
- ✓ La esterilidad y la infertilidad
- ✓ La salud perinatal, la mortalidad materna y perinatal
- ✓ Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA
- ✓ La lactancia materna
- ✓ El cáncer del aparato reproductor de la mujer y de mamas
- ✓ La sexualidad y los embarazos en la adolescencia

Para la mayor parte de las poblaciones del mundo un proceso sano de reproducción parece ser una meta aún muy lejana.

Los hábitos, actitudes y valores que la mujer desarrolla desde los primeros años afectan su vida reproductiva. El 50% de la población total de Latinoamérica son mujeres de las cuales el 25 % están en edad fértil. En la región ocurren alrededor de 15 millones de embarazos y el promedio de hijos por mujer es de cuatro. (27)

En Nicaragua la distribución porcentual de mujeres en edad fértil, según nivel socioeconómico es el siguiente: Bajo 45.3% Medio 34.9% Alto: 19.9% en estudio realizado en FIFEG realizó una valoración económica del trabajo de la mujer Nicaragüense y se obtuvo como resultado que el 85% del total de mujeres en edad fértil viven en condiciones de pobreza y de estas el 63% en pobreza crónica. La tasa de desempleo es de 12% de la PEA el 73.6 y un 24% es analfabeta, el año promedio de escolaridad es de 4.5. La tasa de Mortalidad Materna, hasta Junio de 1999 es de 72.3 por 100.000 N.V y la tasa global de fecundidad es de 3.85, la tasa de esperanza de vida al nacer es de 68.16 años en ambos sexos (proyección del 1995 al año 2000) (28).

La tasa de crecimiento poblacional es de 2.6 el porcentaje de la pob urbana es de 54.4 y la rural es de 45.6 La tasa bruta de natalidad es de 33.45 por 1,000, pob menor de 15 años es de 45.11 % y de 65 a más es de 3.49 % realizada por INEC- CELADE Nicaragua en 1994. (29)

La Tasa bruta de mortalidad es de 5.55 x 1,000 y la tasa de mortalidad infantil es de 58 x 1,000 SINEVI. (30)

Como consecuencia las gestantes con bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de instrucción, resultan con control insuficiente del embarazo, intervalo intergenésico corto, madres en edades extremas, primigestas y multigestas, presentando baja hemoglobina, desnutrición, partos espontáneos, presentaciones anómalas y complicaciones en el parto y puerperio.

H) Intervención del Albergue Materno del Municipio de Esteli: En el Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna de las Américas, aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana; en una de las estrategias de intervención propuesta aparecen las estrategias de intervención para reducirla, con dos grandes grupos de acción uno relativo a las condiciones de salud de la mujer y el otro dirigido a los servicios de salud. En estas acciones se incluyen el

servicios de salud. Esto incluye la cobertura, calidad de atención accesibilidad al cuidado institucional y al mismo tiempo la mortalidad materna aumenta la responsabilidad del sector salud cuando una muerte ocurre. En este sentido la mortalidad materna constituye un indicador de la calidad de atención en servicio. (35)

Con el objetivo fundamental de contribuir en el plan de Disminución de la Mortalidad Materna, en el SIALIS Estelí en octubre de 1993 se dispuso organizar el albergue materno para mujeres de Alto Riesgo Obstétrico procedentes de áreas inaccesibles y periurbanas.

Este centro cuenta con 9 recursos en total, 5 Enfermeras que brindan atención durante 24 horas del día, una directora, una administradora, una afanadora, una admisionista y una doctora contratada por tres horas diarias; la infraestructura es propiedad del Ministerio de salud y administrativamente depende del SIALIS Estelí, el cual le asigna un presupuesto que cubre el 75% de las necesidades básicas. Actualmente se está ofertando servicios de Atención a la Mujer a precios razonables para cubrir la brecha presupuestaria.

El promedio anual de mujeres embarazadas alojadas en el albergue es de 300 mujeres con un promedio de estancia de 15 días. Se mantiene coordinación interinstitucional y extrasectorial, también pertenece a la Red de Casas Maternas que recién se conformó en el Municipio de Estelí.

VII.- DISEÑO METODOLOGICO:

- a) **Tipo de Estudio:** El presente estudio es una investigación evaluativa, con diseño pre experimental.
- b) **Grupos de Estudios:** Para llevar a cabo la investigación, se definieron dos grupos de estudios:
1. El grupo constituido por las muertes maternas obstétricas evitables registradas en el SILAIS Esteli, durante el período de estudio, siendo un total 31 muertes registradas.
 2. La embarazadas ingresadas al albergue materno, durante el mismo período, con un total de 397 mujeres embarazadas.
- c) **Área de Estudio:** Se realizó en el albergue materno del SILAIS de Estelí.
- d) **Métodos de Recolección de Datos:** Fuente de Datos: Para la recolección de los datos se hizo uso de información secundaria, obtenida inicialmente de los expedientes clínicos de las fallecidas, fichas de muertes maternas que se encuentran en el departamento de Materno Infantil del SILAIS Estelí. Posteriormente se revisaron los libros de admisión e ingreso del albergue materno durante el período de Enero de 1994 a Junio de 1999, de estos se extrajeron los expedientes que fueron revisados para obtener los datos y reflejados en una matriz previamente definida.
- e) **Estrategias del Muestreo :** Para efectos del muestreo se depuraron todos los expedientes del albergue materno que correspondían a los municipios del Departamento de Estelí, los cuales son: Estelí, Limay, Condega, Pueblo Nuevo, La Trinidad y San Nicolás, una vez que los expedientes fueron seleccionados, se enumeraron previamente, con el fin de poder controlar datos que pudieran ser eliminados por omisión.
- f) **Para la recolección de la información:** Se utilizó un formato donde se registraron los siguientes aspectos: Datos generales, antecedentes de embarazos, datos del embarazo actual, factores de riesgo obstétrico y riesgo reproductivo, patologías asociadas al embarazo, causas de muertes maternas, mecanismos de referencia, medidas de intervención.
- g) **Para cumplir con los objetivos del estudio, se analizaron las siguientes variables:**
- g.1) **Características generales de las mujeres fallecidas en el SILAIS Estelí y de las ingresadas al albergue materno:**
- ✓ Edad
 - ✓ Estado Civil
 - ✓ Nivel Académico

- ✓ Ocupación
- ✓ Procedencia
- ✓ Accesibilidad geográfica.

g.2) Muertes evitables y sus causas:

- ✓ Hemorragias,(En el embarazo, parto y/o puerperio)
- ✓ Hipertensión y embarazo, parto o puerperio
- ✓ Complicaciones de Patologías asociadas al embarazo, parto y/o puerperio
- ✓ Aborto y sus distintas clasificaciones
- ✓ Parto Prolongado
- ✓ Rotura Uterina
- ✓ Atonía Uterina
- ✓ Retención de Placenta
- ✓ Referencias Tardías
- ✓ Parto Pretérmino

g.3 Factores de alto riesgo obstétrico de las defunciones maternas evitables y de las ingresadas al albergue materno:

- ✓ Multiparidad
- ✓ Antecedentes de Aborto
- ✓ Antecedentes de Cesárea
- ✓ Embarazo Prolongado
- ✓ Nulíparas
- ✓ Embarazo múltiples
- ✓ Intervalo Intergenésico corto
- ✓ Infección de vías urinarias con repercusión en el embarazo
- ✓ Presentación anómalas del producto después de las 36 semanas de gestación
- ✓ Desprendimiento de Placenta Normoinserta
- ✓ Ausencia de controles prenatales

g.4. Características de alto riesgo obstétrico que presentaron las fallecidas, en relación a las ingresadas al albergue materno:

- ✓ Número de controles prenatales
- ✓ Peso
- ✓ Talla
- ✓ Semanas de Gestación
- ✓ Altura Uterina
- ✓ Tipo y Rh
- ✓ Edema
- ✓ Posición del producto
- ✓ Hipertensión y Embarazo
- ✓ Preclampsia

- ✓ Eclampsia
- ✓ Embarazo en edades extremas
- ✓ Embarazo Gemelar
- ✓ Embarazo Prolongado
- ✓ Gran Multiparidad
- ✓ Isoinmunización ABO
- ✓ Isoinmunización RH
- ✓ Oligoamnios
- ✓ Polihidramnios
- ✓ Presentación anómala
- ✓ Muerte Fetal
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta
- ✓ Anemia con Hb < de 10mg o Hematocrito de 30 %
- ✓ Amenaza de parto pretérmino
- ✓ Crecimiento Intrauterino Retardado
- ✓ Aborto diferido
- ✓ Diabetes

g.5 Acciones realizadas a las embarazadas en el albergue materno:

- ✓ Además de su alojamiento y alimentación
- ✓ Control Prenatal
- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Medicamentos
- ✓ Referida a Especialista
- ✓ Referida para Ultrasonido
- ✓ Monitoreo materno fetal
- ✓ Referencias Oportunas
- ✓ Atención Medica
- ✓ Control de fertilidad
- ✓ Minilap por Paridad satisfecha
- ✓ Educación en Salud Materna
- ✓ Consejería sobre Salud Reproductiva
- ✓ Otras acciones

h). Procesamiento de Datos: Una vez obtenida la información en el formato, cada variable fue codificada para fines de tabulación y procesamiento de los datos. Se utilizó el programa MICROSOFT WORD.

j) Discusión y análisis de los resultados: Para conocer la disminución de muertes maternas evitadas por la intervención del albergue, el abordaje fue cuali – cuantitativo con énfasis a las respuestas de las siguientes preguntas.

¿Cuáles son los resultados? (número de muertes maternas evitadas en el albergue e intervenciones realizadas).

- ¿Hubieran sido los mismos resultados si el proyecto del albergue no hubiera funcionado?
- ¿Pudieron haber sido mejores los resultados?
- ¿Qué elemento fundamental fue el responsable del cambio?
- ¿Las acciones realizadas en el albergue han sido útiles, beneficiosas o nocivas?
- ¿La estructura organizativa existente contribuye o perjudica el desarrollo del proyecto?

j) Para la edición del texto se utilizó el Programa Microsoft Word . Los resultados del estudio se diseñaron en tablas y gráficos, utilizando el Programa Harvard Graphic.

VIII.- RESULTADOS

I. Características generales de las mujeres en estudio:

i.a) Muertes maternas del SILAIS Estelí 1994-1999 (Ver Anexos, Tabla No.1)

- ✓ El 50% de ellas se encontraban entre 20 y 34 años; el otro 50% mayores de 35 años.
- ✓ El 57.1% eran madres solteras, pero acompañadas al momento del estudio; el 28.6% estaban casadas y 14.3% solteras y solas, cuando fallecieron.
- ✓ El 28.6% concluyeron los estudios primarios; el 21.4% cursaron secundaria incompleta; el 14.3% concluyeron la secundaria; el 14.3% no concluyeron los estudios primarios; el 7.1% fueron técnicos superior. Un aspecto relevante ha resaltar es que de todas las que murieron, ninguna era analfabeta.
- ✓ El 92.8% de ellas se desempeñaba como doméstica; el 7.2% eran maestros.
- ✓ El 64.3% eran de procedencia rural; el resto del área urbana de Estelí.
- ✓ En relación a la accesibilidad geográfica de las mujeres que murieron en el período del estudio, el 57.1% tenían accesibilidad geográfica; el 42.9% encontraron barreras en este tipo de accesibilidad.
- ✓ El mecanismo de referencia fue adecuado en el 100% de los casos estudiados.
- ✓ El 35.7% de las muertes maternas procedían del municipio de Estelí, el 21.5% del municipio de La Trinidad, el 14.3% del municipio de Limay; el 14.3% del municipio de San Nicolás; el 7.28% del municipio de Pueblo Nuevo y el 7.28% del municipio de Condega.

i.b) Embarazadas ingresadas en el albergue materno del SILAIS Estelí 1994-1999 (Ver Anexos, Tabla No.2)

- ✓ El 57.9% de ellas se encontraban entre 20 y 34 años; el 21.4% de 35 años a más y el 20.7% adolescentes de 14 a 19 años.
- ✓ El 53.9% eran madres solteras, pero acompañadas al momento del estudio, el 31.5% estaban casadas; el 12.8% solteras y solas y un 1.8% sin registro.
- ✓ El 46.8% no concluyeron los estudios de primaria; el 22% concluyeron la primaria; el 10.8% no finalizaron los estudios secundarios; el 10.6% eran analfabetos; el 2% finalizaron los estudios secundarios; el 1% con nivel de técnico superior.
- ✓ El 93.3% de ellas se desempeñan como domésticas; solamente un 3% eran estudiantes; el 1.8% eran maestras, el resto sin registro.

- ✓ El 90.9% eran de procedencia rural; el resto de procedencia urbana.
- ✓ En relación a la accesibilidad geográfica el 96.2% no tuvieron accesibilidad geográfica para llegar al albergue materno.
- ✓ El mecanismo de referencia al albergue materno fue en el 79% referidos de los diferentes unidades de salud del MINSA el 12.4% fue por demanda espontánea; el 4.8% fueron referidos por ONG y el 3.5% referidos por parteras.
- ✓ El 26.2% de los ingresados al albergue procedían del municipio de Pueblo Nuevo; el 25.9% del municipio de Estelí; el 24.9% del municipio de Condega; el 14.6% del municipio de Limay; el 6.3% del municipio de San Nicolás y el 2.1% del municipio de La Trinidad.

II. Muertes maternas evitables ocurridas en el SILAIS Estelí y sus causas:

- ii. a En el SILAIS Estelí existen 31 muertes maternas registradas durante 1994 – 1999 de ellas 14 fueron por causas obstétricas evitables. El 43% fueron por estado: hipertensivo del embarazo, asociados a preclampsia y eclampsia y el 57% por hemorragias asociadas a retención de placenta, hipotonía uterina, rotura uterina, placenta previa y aborto (Ver Anexos Gráficos No. 1 y 2).
- ii.b Del total de las ingresadas al albergue materno 397 mujeres, el 55% ingresaron con diagnóstico definido dentro de causas obstétricas asociadas a hemorragias, siendo estas aborto, rotura uterina, retención placentaria, placenta previa, situación transversa, cesárea anterior, sangrado recurrente. El 21% por estados hipertensivos asociados a preclampsia e hipertensión. (Ver Anexos, Gráficos 3 y 4 y Tabla No. 7)

III. Factores de alto riesgo obstétrico de las mujeres en estudio:

- iii.a) Entre los factores de alto riesgo obstétrico estudiados en los antecedentes de las muertes maternas registradas en el SILAIS Estelí se encontraron los siguientes: (Ver Anexos: Tabla No. 3 y 6)
- ✓ Ser granmultípara con más de siete partos, tener un intervalo intergenésico corto menor de dos años, con ausencia de controles prenatales, con controles prenatales insuficientes, con estatura menor de 1.5 metros, tener más de treinta y cinco años y con limitado acceso a los servicios de salud del SILAIS Estelí.
- ✓ Del total de muertes maternas registradas, el 21.4% (4) fueron clasificadas como granmultíparas y el 42.8% (6) clasificadas como gran multigestas.
- ✓ El intervalo intergenésico de la mayoría (92.9%) de las fallecidas fue de menos de dos años (intervalo intergenésico corto).

- ✓ Los registros muestran, que solo el 28.6% no se realizaron control del embarazo, pero de aquellas que asistieron a control prenatal, el 42.8% no alcanzaron el número de controles normados por el MINSA.
 - ✓ De las catorce fallecidas, el 50% se encontraban en edades extremas
 - ✓ Solamente tres de las fallecidas registraban una estatura menor de 1.5 metros (21.4%)
 - ✓ El 57.1% de las fallecidas encontraron barreras en la accesibilidad geográfica para acudir a los servicios de salud durante el embarazo.
 - ✓ El 57.1% (8) de ellas presentaron amenaza de parto pretermino; el mismo número de ellas eran multigestas.
 - ✓ El 50% (7) de ellas fueron referidas tardíamente a los servicios de salud del SILAIS Estelí.
 - ✓ Solamente un 14.3% (2) registraron un estado nutricional bajo o desnutridas.
- iii.b)** Los factores de alto riesgo obstétrico estudiados en los antecedentes de las embarazadas ingresadas al albergue materno fueron los mismos que se analizaron en las muertes maternas registradas en el SILAIS Estelí, pero difieren en este grupo en lo siguiente: (Ver Anexos: Tabla No. 4)
- ✓ Del total de embarazadas ingresadas en el albergue materno, el 23.2% (92) fueron clasificadas como granmultíparas y el 27.2% 108 (clasificadas como gran multigestas).
 - ✓ El intervalo intergenésico fue del 45.3% (180) de las ingresadas, menor de dos años (intervalo intergenésico corto)
 - ✓ Los registros muestran, que solo el 12.1% no se realizaron control del embarazo; pero de aquellas que asistieron a control prenatal, el 28.1% no alcanzaron el número de controles normados por el MINSA.
 - ✓ De las 397 embarazadas ingresadas al albergue materno, el 42.1% se encontraban en edades extremas.
 - ✓ El 14.4% (57) de ellas registraban una estatura menor de 1.5 metros.
 - ✓ El 96.2% (382) encontraron barreras en la accesibilidad geográfica para ingresarse en el albergue materno.
 - ✓ El 40.9% (164) de ellas presentaron amenazas de parto pretérmino
 - ✓ El 46.1% (183) fueron multigestas y el 45.3% (200) eran primíparas

- ✓ Solamente un 3.5% (14) registraron un estado nutricional bajo o desnutridas

IV. Intervenciones realizadas a las embarazadas ingresadas en el albergue materno, durante el periodo de estudio. (Ver en Anexos, Tabla No.5)

- ✓ A las 397 embarazadas ingresadas se les realizaron las siguientes actividades:
 - Atención de enfermería
 - Monitoreo materno fetal
 - Alojamiento
 - Alimentación
 - Educación en salud reproductiva
 - Traslado oportuno al hospital
 - Atención del parto institucional
- ✓ A 310 de ellas, se les brindó atención en planificación familiar
- ✓ A 294 de las ingresadas se les dispensaron los medicamentos necesarios, durante su estadía en el albergue materno.
- ✓ Se les brindó atención médica a 270 de ellas, a 155 mujeres embarazadas se les realizó referencia para una atención médica especializada.
- ✓ A 238 mujeres ingresadas al albergue se les realizaron los diferentes exámenes de laboratorio y a 183 de ellas ultrasonido, necesarios según las orientaciones propias de su estado de salud.
- ✓ En relación a la atención de niños recién nacidos, a 190 de ellas se les brindó dicha atención, como también atención post parto.

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Tomando como referencia las causas prevenibles y los factores de alto riesgo obstétrico de las muertes maternas registradas durante el período de estudio en el SILAIS Esteli, se pueden relacionar las características que presentaron las fallecidas con las características de las que no fallecieron y que estuvieron alojadas en el albergue materno, entre la causas evitables o prevenibles afirmamos la teoría de una de las definiciones reportadas sobre PREVENIBILIDAD de la muerte materna de Basic Elements for The Study and Prevention Of Maternal Mortality Epidemiological Bulletin (13) la cual expresa lo siguiente: que la Muerte Materna Prevenible, "son las muertes maternas prevenibles o evitadas por acciones llevadas a cabo por los servicios de salud, tales como control prenatal adecuado, atención del parto, planificación familiar, accesibilidad del servicio en salud reproductiva" y que la Muerte Materna Evitable: German Mora y Joao Yunes expresa, acerca de la muerte materna evitable que son "causas y factores de riesgo que son conocidos, que se cuenta con el conocimiento científico y tecnológico para impedir que suceda el daño."

Entre los factores prevenibles que fueron identificados y que estaban relacionados con muertes maternas Kestter E. En el sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa en Mortalidad Materna Experiencia Centroamericana, refiere que "entre los factores que intervienen en la mortalidad materna, están el 51% relacionados con los servicios de salud, 31% con el paciente o la familia, 10% por la accesibilidad geográfica, falta de transporte, caminos, medios de comunicación. (14)

En 1996 en un estudio realizado en México se estableció que el 89% de muertes maternas eran prevenibles y que el 70% de éstas se hubieran evitado si la calidad de atención médica e institucional hubiera sido la adecuada. También se estableció en las muertes domiciliarias que los patrones de conducta de la mujer o su familia inmersos, en el evento fueron factores predisponibles y tuvieron un 22% del total de muertes prevenibles. (15)

En documento del Ministerio de Salud sobre Mortalidad Materna en Nicaragua (99) expresa que el 42.9% de las muertes maternas fallecen sin atención calificada a nivel domiciliario. Entre las principales causas están: Retención placentaria, hipertensión gestacional, sepsis, ruptura uterina, aborto, placenta previa, atonía uterina. Todas ellas evitables. • *Tabla*

Estas teorías se pueden afirmar ya que se identificaron que los factores de riesgo y las causas obstétricas eran similares como se demuestra en los resultados de este estudio. Pero la diferencia es que si bien los dos grupos presentan similitud se cuenta con el conocimiento científico y tecnológico para prevenirlas.

En las fallecidas no se realizaron las acciones de salud correspondientes, mientras que en las ingresadas al albergue si, en las 14 mujeres que fallecieron se encontró como factores determinantes:

- a) Los patrones de conducta de la mujer o su familia fueron desfavorables en un 50% de los casos.

- b) Las no referencias a unidad de salud 50% ya que las embarazadas se negaron a buscar atención médica.
- c) Las referencias tardías en un 50% de los casos; la familia tomó decisión de trasladar a la unidad de salud más cercana muy tarde falleciendo durante el trayecto.
- d) Por otra parte 10 de estas fallecidas se realizaron controles prenatales 71.4% pero estos fueron en un 60% insuficientes.
- e) La atención institucional no fue la adecuada en el 28% de los casos.
- f) El uso inadecuado de los servicios (no referencia oportuna al albergue materno)

Diez de las defunciones maternas ocurridas en el SILAIS, no recibieron atención en salud.

Lo más importantes de este estudio ha sido el determinar factores facilitadores en el 100% de las embarazadas que ingresaron al albergue por:

- ✓ Los patrones de conducta de las embarazadas y de sus familiares al buscar la resolución adecuada al problema de salud.
- ✓ Los mecanismos de referencia de las embarazadas con alto riesgo al albergue fueron efectivas en el 100% de los casos.
- ✓ El uso adecuado de los servicios de salud.
- ✓ Las embarazadas del albergue tenían más de 4 controles prenatales, lo que permitió identificar los factores de riesgo y dar seguimiento adecuado.
- ✓ Las acciones realizadas en el albergue fueron determinantes para preservarles la vida
- ✓ La atención institucional fue adecuada.

Las causas obstétricas evitables o prevenibles de muerte maternas identificadas en el estudio, están relacionadas con: Estados Hipertensivos del Embarazo. El 7.1% (28 mujeres) de las ingresadas al albergue presentaron hipertensión durante su embarazo y llegaron con diagnóstico de preclampsia 14.9% hipertensión y embarazo el 7.1%.

Según Schwarcz. Los estados hipertensivos del embarazo figuran en los países subdesarrollados, dentro de las tres primeras causas de muerte materna y en varios de ellos es la primera. **Esta mortalidad puede considerarse evitable**; si se tiene en cuenta que las cifras informadas de muertes maternas por preclampsia/eclampsia varían entre el 0 y 14 % Es digno de mencionar que esta mortalidad es superior, cuanto mayor son la edad y la paridad ya que hay tasas de mortalidad

por eclampsia que fluctúan entre 19 y 5.5 % en adolescente, en contraste con el 99 y el 20 % en mujeres mayores de 30 años así también estas tasas son mayores en múltiparas que en primíparas. La investigación epidemiológica ha permitido determinar una elevada prevalencia en la población de mujeres en edad fértil, (5-10% de los embarazos que cursan con algunos de los estados hipertensivos). Sin embargo algunos hospitales reportan un rango de 0.5% hasta 38.4%.

Siendo determinante algunos factores de riesgo, tales como: nivel socioeconómico, calidad de atención en salud, edad extrema, paridad, antecedentes familiares, factores ambientales, embarazos múltiples y patologías asociadas.

En la edad materna, existe una asociación entre esta variable y la frecuencia de trastornos hipertensivos, siendo en la edades más jóvenes la hipertensión preclampsia, y eclampsia y en las edades mayores de 30 años; los estados hipertensivos crónicos. Esta teoría también se confirma ya que se encontraron 25.4% (27) embarazadas menores de 19 años, 46% (39) mayores de 35 años y 23.6% (21) casos entre 20 y 34 años.

Paridad: Es un hecho aceptado universalmente que la hipertensión proteínica gestacional (preclampsia / eclampsia) es casi privativa de las primigestas de todas las edades y que sí, la edad de 35 años y más; se asocia, con primigravidez; el riesgo de presentar la enfermedad es muy alto. En el estudio se encontró con estas características a 21 embarazadas ingresadas en el albergue para un 23% del total de primigestas.

Como importancia de lo anterior es la hipertensión un factor de riesgo de morbi - mortalidad materna y perinatal, al propiciar la toxemia gravídica y de bajo peso al nacer así como muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas; tales como desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, con la cual se asocia frecuentemente.

Embarazos múltiples: La incidencia de hipertensión es 5 veces mayor, cuando el embarazo es gemelar, que cuando es único. En el estudio se encontró 8 embarazadas con estas características.

Nivel socioeconómico: El riesgo de presentar un cuadro hipertensivo en el embarazo, es muy elevado en gestantes de bajo nivel socioeconómico; aunque no estén bien claras las razones esto se asocia; con la ausencia o insuficiente controles prenatales.

Patologías asociadas: La existencia simultánea de entidades como la diabetes mellitus con esta característica se encontraron 3 casos de las ingresadas al albergue. La mola hidatiforme y polihidramnios aumenta el riesgo de preeclampsia, en el estudio no se encontraron estos casos.

En la mortalidad por eclampsia el 28.5% (4) fallecieron por esta causa sin embargo de las que presentaron preeclampsia ingresadas en el albergue ninguna de ellas eclampsia.

Hemorragia: En síntesis la historia obstétrica de hemorragia en el embarazo y parto previo de una mujer en edad reproductiva o la existencia de alguno de los antecedentes señalados, son factores de alto riesgo – obstétrico que deben tenerse presente por la alta probabilidad de recurrencia con todas sus implicaciones de muerte materna.

Retención de Placenta. La características de este factor de riesgo es que este grupo de complicaciones su tendencia a presentarse nuevamente en su embarazo es mayor, ya que las principales entidades nosológicas, que propician la aparición de este problema son:

Antecedentes de retención placentaria: El 1.5% (6 mujeres) de las ingresadas al albergue llegaron con diagnóstico de retención placentaria en su parto anterior y de las muertes maternas el 28.6% (4 mujeres fallecieron por esa misma causa).

Placenta Previa: Acretismo placentaria, rotura uterina, hipotonía uterina, y hemorragia en el post-parto inmediato así como la mujer mayor de 34 años se asocia en un incremento en la frecuencia con que se presenta la inserción baja de placenta, y atonía uterina por lo cual la hemorragia obstétrica es más probable en las mujeres añosas. Placenta Previa: El 3.5% (14 mujeres) de las ingresadas al albergue llegaron con diagnóstico y de las muertes maternas el 14.3% (2 mujeres fallecieron por esa misma causa). Con acretismo placentario 6 mujeres.

Sangrado Recurrente: El 2.5% (10 mujeres) de las ingresadas al albergue presentaron sangrado recurrente durante su embarazo y de las muertes maternas el 7.1% (1 mujer).

Entre las características de las ingresadas en el Albergue Materno, se destacan las de oficio doméstico con un 93.9% y el otro 6.1% restante son de otros oficios, el nivel académico de las embarazadas con primaria incompleta con el 46.8% y en el estado civil cabe señalar que sobresalen las embarazadas acompañadas con un 53.9%; sin embargo las solteras son las que menos ingresaron con el 12.8% lo cual reafirma la teoría que las embarazadas solteras son las que menos reciben asistencia en salud, considerándose el estado conyugal un factor importante.

Con relación a las edades los grupos de 20 – 34 años son las que más ingresaron, con un 58%, siendo este el período ideal para la reproducción de la mujer y el 42% restante eran de las edades extremas.

En cuando a la procedencia el 91% de éstas eran del área rural y el 9% de las áreas peri urbanas de los municipios del Departamento de Estelí destacándose en primer lugar las referencias del municipio de Pueblo Nuevo con 26.2% y en segundo lugar el municipio de Estelí con el 25.9%. Confirmándose así, la teoría de que uno de los criterios de ingreso al albergue es alojar a las embarazadas de procedencia rural y peri urbano, siendo el municipio de La Trinidad el que menos reportó con un 2.1%.

Es importante señalar que en los datos encontrados en el estudio los mecanismos de referencia fueron un factor importante ya que fueron referidas oportunamente al albergue, siendo las unidades de salud y las parteras las que más refirieron con un 87.6% y el 12.4% restante fueron por demanda espontánea.

En relación a los factores de alto riesgo obstétrico identificados en las embarazadas ingresadas al albergue materno.

Varios autores de estudio realizados en Latinoamérica, como Shwuartz, Botero, Pérez Sánchez entre otros coinciden en afirmar que la probabilidad de una muerte materna y de su hijo está influenciadas, por múltiples factores, los cuales pueden actuar independiente o interrelacionados. Entre más sean los factores determinantes, la probabilidad de sufrir el daño será mayor. Por el contrario cuando los factores se detectan a tiempo y se toman medidas correctivas, la frecuencia del daño será menor.

En relación a los hallazgos de los factores de riesgo en este trabajo de investigación en las embarazadas que ingresaron en el albergue se encontró lo siguiente:

Granmultípara: En el presente estudio realizado el 23.2% (92 mujeres) de las ingresadas al albergue tuvieron más de 7 partos, según teoría el número excesivo de embarazo (más de 6) ha sido quinta gestación se encuentra un grupo sensible de las tasas correspondiente de morbi – mortalidad materna eso obedece a la mayor frecuencia con que se presentan ciertas complicaciones obstétricas entre las cuales se destacan:

- ✓ Distocias o contracciones uterinas que originan trabajo de parto prolongado, y aumenta la probabilidad de ruptura uterina espontánea.
- ✓ Hemorragia ante parto y transparto, como consecuencia de la mayor frecuencia de inserciones anormales de la placenta. De estos casos se encontraron 14 casos en las ingresadas en el albergue para un 4.6%.
- ✓ Al igual de lo que ocurre en el caso de la edad es frecuente un cuidado prenatal y obstétrico poco adecuado en la multípara, lo cual influye en gran manera en el agravamiento de los riesgos señalados anteriormente.

Edad : Existe consenso; producto de varios estudios realizados, (Foneyn & Isada, 1998) sobre morbilidad materna y perinatal; en que el período ideal para la reproducción en la mujer, es el comprendido entre 20 y 34 años de edad. En este estudio se encontró que un 57.9% (230 embarazadas comprendían este grupo etáreo.

Antecedentes de Aborto. Según estudio realizado en Nicaragua por la Lic. Vilma Jiménez el 17.7% de las mujeres presentaron aborto, ocupando esta causa una de las principales causas de muerte, prevenibles en Nicaragua en el presente estudio realizado el 29.2% (116 mujeres) de las ingresadas al albergue tuvieron aborto.

Intervalo Intergenésito Corto: En el presente estudio el 45.3% (180 mujeres) de las ingresadas al albergue salieron embarazadas antes de un año del último parto. Lo cual se considera que es un indicador de alto riesgo. En estudio realizado por Lic. Vilma concepción el 4.6% de las mujeres estudiadas presentaron ese factor de riesgo. Según la teoría dice que el período entre el último

parto y la siguiente concepción, constituye un factor de riesgo especialmente cuando es menor de 18 meses.

Estatura menor de 1.5 mts: La antropometría materna disminuida con talla menor de 1.50 es un factor de riesgo que compromete a la madre y al niño, el 14.4% (57 mujeres) de las ingresadas al albergue presentaron talla menor de 1 metro 50 centímetros.

Situación del Producto Fetal: De las ingresadas al Albergue el 9.1 % (36 mujeres) presentaron el producto en situación transversa siendo éste un factor de riesgo agravante tanto para la madre como para el niño en el momento del parto por rotura uterina cabe mencionar que estas 36 mujeres están vivas.

Inaccesibilidad: La experiencia internacional evidencia que los Albergues maternos representan una alternativa de significativa y eficaz contribución, para facilitar el acceso oportuno y la adecuada referencia al Hospital de las mujeres embarazadas con alto Riesgo Obstétrico provenientes de zonas inaccesibles. Esta teoría también se confirma en nuestro estudio ya que encontramos que el 96.2% (382 mujeres ingresadas al Albergue provenían de zonas rurales inaccesibles y están vivas).

Según realizados en México en 1997 señalan que la mortalidad materna es especialmente elevada cuando los problemas de transporte hacen difícil llegar al Hospital cuando ocurre una complicación grave durante el embarazo, parto y puerperio y se demostró que la demora en llegar al Hospital es determinante cuando se considera una muerte materna. Esta teoría se afirma con las muertes maternas ocurridas en el SILAIS (8) 57% de las fallecidas eran de áreas zonas inaccesibles.

Control Prenatal: Según Normas de atención Integral a la mujer del Ministerio de Salud el control prenatal debe tener una alta cobertura (90%) y una concentración suficiente (de 5 a 9 controles) para detectar los factores de riesgo de mayor prevalencia.

En lo que respecta a las embarazadas ingresadas en el albergue el 87.9% se les realizó control prenatal en las unidades de salud y de éstas el 71.9% se hicieron más de 4 controles prenatales, cabe mencionar que el 12.1% que llegaron sin control prenatal se les realizó en el albergue lo que permitió identificar los principales factores de riesgo mediante acciones que conllevaron a preservarles la vida tanto a la madre como al niño.

Edades Extremas: En el presente estudio las edades extremas representaron el 42.1% de las cuales el 20.70% eran menores de 19 años, el 21.4% mayores de 35 años y el 57.9% oscilaban entre los grupos de edades de 20 a 34 años. Según Fonein & Isada en estudio realizado sobre morbi mortalidad materna y perinatal, las mujeres que se embarazan con menos de 20 años y mayores de 34 años, están sometidas a mayor riesgo. en la mortalidad materna y perinatal ya que se asocia en un incremento en la frecuencia con que se presenta la inserción baja de placenta, y atonía uterina por lo cual la hemorragia obstétrica es mas probable en las mujeres añosas.

También se asocia a complicaciones tales como:

Menores de 20 años: Hay incidencia incrementada de toxemia gravídica, y nacimiento prematuro. De estos casos se identificaron 27 para un 5% de las embarazadas ingresadas en el albergue materno.

Mayores de 35 años: Incidencia incrementada de toxemia, 39 casos para un 9.2% inserciones anómalas de placenta, 14 casos para un 3.5% de las ingresadas al albergue.

Diferentes estudios también han señalado a las edades extremas como un importante factor de riesgo de mortalidad materna. Es así como en países en vía de desarrollo se ha estimado que el riesgo de morir sería 5 veces mayor en las mujeres menores de 15 y 2 veces más elevados en las de 15 a 19 años, comparadas con las de 20 – 24 años y la mortalidad materna aumenta en el rango de 35 años y más alcanzando una probabilidad 10 veces más. En el estudio se encontró 167 para un 42.1% ingresadas en el albergue todas ellas están vivas.

Las acciones realizadas a las mujeres ingresadas en el albergue materno del SILAIS Esteli, año 1994 – 1999 se encuentran, el proceso de atención se inicia cuando ingresa una embarazada, se confirma el diagnóstico de referencia al realizar la valoración por la enfermera de turno, se elabora su expediente, se le da a conocer las normas internas y posteriormente el médico general confirma el diagnóstico; ordena tratamiento o referencia al especialista si el caso; amerita el promedio de estancia es de 15 días.

Se registran las actividades y se elabora informe mensual enviándolo al SILAIS como una unidad más de salud. Se fortalece la coordinación institucional y comunitaria a través de la referencia y contrarreferencia.

Se garantiza el parto institucional y la lactancia materna en un 100% de las usuarias del albergue.

Entre las acciones realizadas en el albergue materno a las embarazadas de alto riesgo ingresadas están atención de enfermería, monitoreo materno fetal, alojamiento, alimentación y educación en salud; el traslado oportuno al hospital para su atención de parto institucional en un 100% de las ingresadas al albergue.

Otras acciones realizadas en el albergue materno fueron de planificación familiar y dispensación de medicamentos.

Se les envió referidas para atención médica especializada y se garantizó exámenes de laboratorio y Ultrasonido; todo completamente gratis, por los aportes de la Cooperación Externa y la coordinación con los dos niveles de Atención existentes en el municipio.

También se brindó atención al recién nacido y atención en el puerperio. Estas acciones fueron realizadas por personal de enfermería (5 recursos en total) que labora en el albergue materno.

Entre las limitaciones encontradas en el albergue materno están como las significativas

- Insuficiente disposición de recursos financieros para gastos operativos, medicamentos y medios diagnósticos.
- Actualmente se ofertan servicios de Atención Integral a la Mujer como venta servicios para poder cubrir el déficit presupuestario.
- Las usuarias del albergue son de escasos recursos económicos por lo que no tienen capacidad para garantizar su alimentación, exámenes y medicamentos.
- Actualmente no cuenta con ayuda de Cooperación Externa aún cuando el SILAIS cuenta Agentes cooperantes (PROSILAIS y FORMMAT).

Las causa obstétricas evitables asociadas a rotura uterina más importantes encontradas en el estudio fueron, desproporción cefalopélvica de las ingresadas al albergue que presentaron este caso y están vivas.

Cesárea Anterior: En el presente Estudio se encontró el 7.8% (31 mujeres) de las ingresadas al albergue tenían antecedentes de cesárea anterior y están vivas. En las muertes maternas dos de las fallecidas tenían antecedentes de cesárea anterior y fallecieron por rotura uterina en su domicilio.

Lo que nos indica que si las 31 que ingresaron al albergue y que presentaron estas mismas causas se hubiesen quedado en su domicilio, existe una alta probabilidad de que hubieron fallecido. Este factor de riesgo es considerado determinante en una mujer con éste antecedente y este se agrava si es atendida en la zona rural o bien en el domicilio, que es lo que sucedió con las dos que fallecieron en el SILAIS.

En la medida que la proporción de embarazo aumenta, también aumentan los factores de riesgo sobre todo en las adolescentes, siendo las principales indicaciones de cesáreas, desproporción cefalopélvica, inserción baja de placenta, acretismo placentario, asociándose también como causa de cesárea anterior en el embarazo futuro la ruptura uterina, ya que produce hemorragia intra abdominal masiva que compromete de inmediato la vida de una mujer y sobre todo en las zonas inaccesibles. De las 82 adolescentes que ingresaron al albergue inaterno 23 terminaron su embarazo en cesárea.

X. CONCLUSIONES

- La muerte materna es el resultado final de una serie de factores que actúan sobre la vida de una mujer, relacionadas con las condiciones sociales, económicas, educativas, culturales, de accesibilidad y de la calidad en la atención en los servicios de salud. Las condiciones de pobreza en las cuales viene una mujer las coloca muy vulnerables ante la enfermedad y la muerte.
- La presencia de factores de riesgo prevenibles en las embarazadas no determina la posibilidad de vivir o morir; dicha situación está más ligada a las diferentes intervenciones que se realizan al momento de la atención del embarazo, parto y puerperio, corroborado con los hallazgos del presente estudio.
- Existe un problema real importante que debe analizarse en su dimensión integral en la búsqueda de profundizar y encontrar alternativas de solución ya que las muertes maternas registradas en el estudio fueron evitables.
- Se pueden asegurar que existen algunos factores facilitadores que evitan las muertes maternas, entre las más importantes mencionamos, las necesidades de las embarazadas de acudir a los servicios de salud para su atención, los mecanismos de referencia oportunos, el completamiento de sus controles pre natales, las intervenciones oportunas y la atención del parto institucional adecuada.
- Para los servicios de salud la mortalidad materna es un indicador negativo para la calidad de atención en servicio y calidad de vida de los ciudadanos.
- Los principales factores de riesgo y las causas evitables en los dos grupos estudiados fueron similares, pero lo que determinó que no sucediera ninguna muerte materna en el albergue, fueron los diferentes intervenciones que se realizaron a cada una de las ingresadas.

XI. RECOMENDACIONES

Al finalizar el estudio, se presentan las siguientes recomendaciones:

Dirigidas a las embarazadas que asisten a las unidades de salud y al albergue materno del SILAIS – Estelí.

- ✓ Cumplir con las citas de los controles prenatales
- ✓ Acatar las orientaciones que reciben en la atención prenatal
- ✓ Espaciar los embarazos mediante el control de la fertilidad
- ✓ Promover las acciones que realiza al albergue
- ✓ Sensibilizar a las mujeres embarazadas de su comunidad con factores de riesgo para que asistan oportunamente al albergue para la atención del parto institucional.

Dirigidas al personal de salud del MINSA

- ✓ Incrementar la captación precoz, oportuna y dar seguimiento a las embarazadas que demandan atención en las unidades de salud.
- ✓ Incrementar el parto institucional en las embarazadas de áreas urbanas y rural que llegan a las unidades de salud.
- ✓ Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia de las embarazadas que asisten a las unidades de salud con la comunidad, el albergue, hospital y otros centros alternativos.
- ✓ Incrementar el presupuesto del albergue para la atención de las embarazadas de alto riesgo obstétrico que asisten al albergue materno de Estelí.

Dirigidas al personal que asisten a las embarazadas del albergue materno

- ✓ Definir las funciones del personal que labora por perfil
- ✓ Elaborar el reglamento interno del albergue materno
- ✓ Registrar el diagnóstico de las embarazadas que acuden al albergue
- ✓ Fortalecer la coordinación con agentes comunitarios



BIBLIOGRAFIA

XII. BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA:

1. Adamson, P. Mortalidad materna en el progreso de las naciones. Barcelona, España. UNICEF. 1996.
2. Bobadilla, J. L. ; Reyes, Fausto y Karchmer, S. Magnitud y causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal México 1988-1989. Presentado en el Seminario sobre Causas y Prevención de la Mortalidad de los Adultos en los países en Santiago de Chile. Octubre de 1991.
3. Botero U., Jaime. et. Al. Obstetricia y ginecología. 4ª. ed. Colombia. CARVAJAL. s. f.
4. Condiciones de salud en Nicaragua. pp: 234-244. En: Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Vol II. Washington, D. C. OPS, OMS. 1990. (Publicación Científica; 524)
5. Cuadra, Ricardo. Encuesta sobre salud familiar en Nicaragua. Managua. Profamilia/CDC de Atlanta. 1993.
6. Donoso, E. ; Poblete, L. Y Villarroel, L. Mortalidad materna en Chile. Rev Chil Obstetric. s. n. t.
7. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de demografía y salud. Managua. INEC, MINSA, DHS. 1999.
8. Organización Mundial de la Salud. Foro mundial de salud. Revista Desarrollo Sanitario. 2(4); 45-49. 1990.
9. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la mortalidad materna en las Américas. Washington, D. C. OPS/OMS. 1992.
10. ---- Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna. Washington, D. C. OPS. 1990.
11. ---- Metodología del enfoque de riesgo aplicado a la salud materno infantil. Washington, D. C. OPS, OMS. 1994.
12. ---- Hogares Maternos: descripción y propuestas para su instauración. Washington, D. C. 1999. (Publicación Científica; 1258)
13. Pérez Sánchez Alfredo y Donoso Sifia, Enrique. Obstetricia. 2ª. ed. Santiago de Chile. EL MEDITERRANEO. 1992.
14. Red nacional de casas maternas. Panorama de las casas maternas de Nicaragua. s. n. T.
15. Somué, E. ; Díaz, H. G. y Fascina R. H. Enfoque de riesgo: manual de autoinstrucción. Washington, D. C. OPS, OMS. 1996. (Publicación Científica; 1264)
16. Schwarcz, Ricardo. et. al. Obstetricia. 5ª. ed. Buenos Aires, Argentina. EL ATENEO. 1996.

XIII.- BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas. 1992 Pág. 75 – 92 s.n.f
- (2) Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual de Salud Reproductiva. Dirección General de Atención Integral Pág. 35 – 55 Managua MINSA. 1996.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Op. Cit., Pág. 76
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Op. Cit., Pág. 77
- (5) Organización Panamericana de la Salud. Op. Cit., Pág. 77
- (6) Organización Mundial de la Salud. Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional Desarrollo Sanitario. 1990. Pág. 45 – 47
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Op. Cit., Pág. 78
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna Documento. 1990, Pág. 35.
- (9) Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual de Salud Reproductiva Pág. 35 – 55 Managua MINSA 1999.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional Desarrollo Sanitario. 1990. Pág. 48.
- (11) Elements for the Study and Prevention of Maternal Mortality Epidemiological Bellein. Pág. 55 – 57
- (12) Organización Mundial de la Salud. Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional Desarrollo Sanitario. 1990. Pág. 49.
- (13) Kesstter, E. En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa en Mortalidad Materna Experiencia Centroamericana. s.n.f.
- (14) Bobadilla J. L; Reyes Fauto S. y Karchmer, S. Magnitud y causas de la Mortalidad materna en el Distrito Federal de México 1998 – 1989 presentado en el Seminario sobre Causas y Prevención de la Mortalidad de los adultos en los países en Santiago Chile Pág. 7 – 11 Octubre de 1991.

- (15) Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de Salud en América Latina realizado en 1995 Washington, D.C. OPS/OPMS 1995.
- (16) Schwarcz, Ricardo et.al Obstetricia 5ta. Edición. Buenos Aires Argentina. El Ateneo 1996. Pág. 225 – 257 CLAP OPS/OMS 1997.
- (17) Nicaragua. Ministerio de Salud. Enfoque de Riesgo en Atención de Salud de la Mujer. Estudio Nacional. 1987 Pág. 24 – 35 Managua. MINSAL 1987.
- (18) Nicaragua, en el Manual de Salud Reproductiva señala en la Pág. 36, los principales factores de alto riesgos que se encuentran en correspondencia.
- (19) Foneyn & Isada, Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. 1986. Pag. 19 s.n.t
- (20) Ruge Anbderson. Desnutrición asociado con daños maternos y perinatales. 1986 s.n.t
- (21) Comité Norteamericano de Bienestar Materno. Clasificación de los estados hipertensivos del embarazo 1987. Pág. 43 – 45
- (22) Schwarcz, Ricardo. et.al Obstetricia. Pág. 255 – 257 s.n.t
- (23) Pérez Sánchez, Alfredo & Donoso Siña, Enrique. Obstetricia 2da. Ed. Santiago de Chile. s.e 1992. Pág. 1 – 13.
- (24) Nicaragua. Ministerio de Salud. Enfoque de riesgo en Atención de Salud de la Mujer. Estudio Nacional 1987. (anexos Pág. 12 – 16)
- (25) Nicaragua. Ministerio de Acción Social. Estudio de la Pobreza en Nicaragua. Junio 1994. Managua M.A.S
- (26) Cuadra, Ricardo. Encuesta sobre Salud Familiar en Nicaragua. Profamilia. CDC de Atlanta. 1993.
- (27) Nicaragua INEC – CELADE. SINEVI. 1994. Pág- 4 – 6
- (28) Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de Riesgo aplicado a la Salud Materno Infantil. Washington D.C. OPS/OMS 1994.
- (29) Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de salud en América Latina realizado en 1995.
- (30) Organización Panamericana de la Salud. Hogares Maternos Descripción y Propuesta para su Instauración. (Publicaciones Científicas No. 1258)

- (31) Paraguay. Centro Latinoamericano de Perinatología. 1991, Programa Regional de Salud Materna Infantil Propuesta de hogares Maternos. s.n.f
- (32) Nicaragua. Red Nacional de casas maternas. Panorama de las casas maternas en Nicaragua. Noviembre 1999.

ANEXOS

**INSTRUMENTO PARA LA
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION REGISTRADA
EN EL SILAIS ESTELI Y EL ALBERGUE MATERNO
1994 - 1999**

VARIABLES	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
1.-DATOS GENERALES							
Edad							
Estado Civil							
Ocupación							
Nivel académico							
Inaccesibilidad							
Municipio de Procedencia							
TOTAL							
2.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS							
Número de Gestas							
Antecedentes de aborto							
Antecedentes de cesárea							
número de Partos							
Intervalo Intergenésico							
Embarazo gemelar							
Otros							
TOTAL							
3.- DATOS DEL EMBARAZO							
Peso							
Talla							
Altura Uterina							
Semana de gestación							
# de CPN							
Tipo y Rh							
Vacuna							
Edema							
Posición del producto							
TOTAL							

CONTINUACIÓN

VARIABLES	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
4.MECANISMO DE REFERENCIA							
Esponánea							
Ref. del C/ de Salud							
Ref. Pto de Salud							
Referida del Hospital							
Referida por Partera							
Otras							
TOTAL							
5.- MEDIDAS DE INTERVENCIÓN							
Actividades de Atención							
Control Prenatal							
Atención Médica							
Vigilancia Mat/ Fetal							
Control de Fertilidad							
Toma de Papanicolau							
Exudados Vaginales							
Medicamentos							
Exámenes de lab							
Exámen de mamas							
Exámenes Especiales							
Control Puerperal							
Total							
b)Activ de Ed/ Salud							
Consejería							
Capacitac. sobre Parto Psicoprofiláctico							
Violencia Intrafamiliar							
Salud Reproductiva							
Total							
c) Otras actividades							
Transporte al Hospital							
Referencias Oportunas							
Alimentación y Hosp...							
TOTAL							

CONTINUACIÓN

VARIABLES	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
6.MECANISMO DE REFERENCIA							
Esponánea							
Ref. del C/ de Salud							
Ref. Pto de Salud							
Referida del Hospital							
Referida por Partera							
Otras							
TOTAL							
7.- MEDIDAS DE INTERVENCIÓN							
Actividades de Atención							
Control Prenatal							
Atención Médica							
Vigilancia Mat/ Fetal							
Control de Fertilidad							
Toma de Papanicolau							
Exudados Vaginales							
Medicamentos							
Exámenes de lab							
Exámen de mamas							
Exámenes Especiales							
Control Puerperal							
Total							
b)Activ de Ed/ Salud							
Consejería							
Capacitac. sobre Parto Psicoprofiláctico							
Violencia Intrafamiliar							
Salud Reproductiva							
Total							
c) Otras actividades							
Transporte al Hospital							
Referencias Oportunas							
Alimentación y Hosp.							
TOTAL							

TABLAS

TABLA No 1
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUERTES MATERNAS DEL
SILAIS ESTELI. PERIODO 94 – 99.

CARACTERISTICAS GENERALES	MUERTES MATERNAS	%
1.- EDAD		
35 - +	7	50
20 - 34	7	50
14 – 19	0	0
Total	14	100
2.- ESTADO CIVIL		
Acompañada	8	57.1
Casada	4	28.6
Soltera	2	14.3
Total	14	100
3.-NIVEL ACADEMICO		
Primaria	4	28.6
Secundaria incompleta	3	21.4
Alfabeta	2	14.3
Primaria incompleta	2	14.3
Secundaria	2	14.3
Técnico Superior	1	7.1
Analfabeta	0	0
Total	14	100
4.-OCUPACION		
Doméstica	13	92.8
Estudiante	0	0
Maestra	1	7.2
Total	14	100
5.- PROCEDENCIA		
Rural	9	64.3
Urbana	5	35.7
Total	14	100

FUENTE: ESTADÍSTICAS DEL SILAIS ESTELI

CONTINUACION
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUERTES MATERNAS DEL
SILAIS ESTELI. PERIODO 94 – 99.

6.- INACCESIBILIDAD GEOGRAFICA	Muertes Maternas	%
Si	8	57.1
No	6	42.9
Total	14	100
7.-REFERENCIA A U/ DE SALUD		
Si	14	100
No	0	0
Total	14	100
8.-MECANISMO DE REFERENCIA		
Referida de unidad de salud	0	0
Referida por partera	0	0
Referida por ONG	0	0
Demanda espontánea	0	0
Total	0	0
9.- MUNICIPIO DE RESIDENCIA		
Condega	1	7.28
Estelí	5	35.7
La Trinidad	1	7.28
Limay	2	14.3
Pueblo Nuevo	2	14.3
San Nicolás	3	21.5
Total	14	100

FUENTE: ESTADÍSTICAS DEL SILAIS ESTELI

TABLA No. 2
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS EMBARAZADAS INGRESADAS EN
EL ALBERGUE MATERNO DEL SILAIS ESTELI. PERIODO 94 - 99

CARACTERISTICAS	INGRESADOS AL ALBERGUE	%
1.- EDAD		
20 - 34	230	57.9
35 - +	85	21.40
14 - 19	82	20.70
Total	397	100.00
2.- ESTADO CIVIL		
Acompañada	214	53.9
Casada	125	31.5
Soltera	51	12.8
Dato no registrado	7	1.8
Total	397	100
3.-NIVEL ACADEMICO		
Primaria	186	46.8
Primaria incompleta	88	22.0
Secundaria	43	10.8
Secundaria incompleta	42	10.6
Técnico Superior	23	5.8
Alfabeta	8	2.0
Analfabeta	4	1.0
Dato no registrado	3	1.0
Total	397	100
4.-OCUPACION		
Doméstica	373	93.9
Estudiante	12	3.0
Maestra	7	1.8
Dato no registrado	5	1.3
Total	397	100

FUENTE: Expedientes del Albergue Materno del SILAIS ESTELI.

CONTINUACION

5.- PROCEDENCIA		
Rural	361	90.9
Urbana	36	9.1
Total	397	100
6.- ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA		%
Sí	15	3.78
No	382	96.22
Total	397	100
7.-REFERENCIA A U/ DE SALUD		
Sí	397	100
No	0	0
Total	397	100
8.-MECANISMO DE REFERENCIA		
Referida de unidad de salud	315	79.3
Referida por partera	14	3.5
Referida por ONG	19	4.8
Demanda espontánea	49	12.4
Total	397	100
9.- MUNICIPIO DE RESIDENCIA		
Condega	104	26.2
Estelí	103	25.9
La Trinidad	99	24.9
Limay	58	14.6
Pueblo Nuevo	25	6.3
San Nicolás	8	2.1
	397	100

FUENTE: Expedientes del Albergue Materno del SILAIS ESTELI.

TABLA No 3
FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICOS DE LAS DEFUNCIONES
MATERNAS POR CAUSAS EVITABLES. SILAIS ESTELI
PERIODO 94 – 99.

FACTOR DE RIESGO	Muertes maternas	%
1.-Intervalo Inter-genésico Corto	13	92.8 57.1
2.- Inaccesibilidad geográfica	8	
3.- Amenaza de Parto Pretérmino	8	57.1
4.- Multigesta	8	57.1
5.- Edades Extremas	7	50.0
6.-Referencias Tardías	7	50.0
7.- Gran multigesta	6	42.8
8.- Control Prenatal insuficiente	6	42.8
9.- Sin Control prenatal	4	28.6
10.- Gran Multípara	3	21.4
11.- Estatura menor de 1.5cm.	3	21.4
12.- Desnutrida	2	14.3

FUENTE: ESTADÍSTICAS DEL SILAIS ESTELI

TABLA No 4**FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICOS DE LAS EMBARAZADAS
INGRESADAS EN EL ALBERGUE MATERNO. SILAIS ESTELI
PERIODO 94 – 99.**

FACTOR DE RIESGO	Ingresadas en el Albergue	%
1.-Inaccesibilidad geográfica	382	96.2
2.- Primípara	200	45.3
3.- Multigesta	183	46.1
4.- Intervalo Inter-genésico Corto	180	45.3
5.- Edades Extremas	167	42.1
6.- Amenaza de Parto Pretérmino	164	40,9
7.- Gran Multigesta	108	27.2
8.- Control Prenatal insuficiente	98	28.1
9.- Gran Multípara	92	23.2
10.- Estatura menor de 1.5cm.	57	14.4
11.- Sin Control Prenatal	48	12.1
12.- Desnutrida	14	3.5

FUENTE: Estadística del SILAIS ESTELI.

TABLA No 5
INTERVENCIONES REALIZADAS A LAS EMBARAZADAS INGRESADAS EN
EL ALBERGUE DEL SILAIS ESTELI.
PERIODO 94 – 99.

INTERVENCIONES REALIZADAS-	Ingresadas en el Albergue	%
1.- Atención de Enfermería	397	100
2.- Monitoreo Materno fetal	397	100
3.- Educación en Salud	397	100
4.- Referencia al Parto Institucional	397	100
5.- Alojamiento	397	100
6.- Alimentación	397	100
7.- Traslado al Hospital	397	100
8.- Planificación Familiar	310	78
9.- Medicamento a la embarazada	294	74
10.- Atención médica	270	68
11.- Exámenes de Laboratorio	238	60
12.- Atención de puerperio	190	48
13.- Atención al Recién Nacido	190	48
14.- Ultrasonido	183	46
15.- Atención Médica especializada.	155	39

FUENTE: Expedientes del Albergue Materno del SILAIS ESTELI.

TABLA No 6
ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MUERTES MATERNAS DEL SILAIS
ESTELI. PERIODO 94 – 99.

1.- GESTAS	Muertes maternas	%
Primigesta	0	0
Multigesta	8	57.1
Gran multigesta	6	43.9
Total	14	100
2.- Paridad		
Primípara	1	7.2
Multipara	10	71.4
Gran Multipara	3	21.4
Total	14	100
3.- Aborto		
Sí	5	35.7
No	9	64.3
Total	14	100
4.- Cesárea anterior		
Sí	2	14.3
No	12	85.7
Total	14	100
5.- Intervalo Intergenésico Corto		
Sí	13	92.9
No	1	7.1
Dato no registrado	0	0
Total	14	100

FUENTE: ESTADÍSTICAS DEL SILAIS E

CONTINUACION

1.- Control Prenatal	Muertes maternas	%
Sí	349	87.9
No	48	12.1
Total	397	100
2.-Número de control prenatal		
1 a 3 controles	98	28.1
Más de 4 controles	251	71.9
Total	397	100
3.- Estado Nutricional		
Normal	231	58.2
Desnutrida	14	3.5
Obesa	23	5.8
Dato no registrado	129	52.5
Total	397	100
4.- Talla		
Menor de 1.5mts	57	14.4
Más de 1.5	289	52.6
Dato no registrado	51	33.0
Total	397	100

FUENTE: ESTADÍSTICAS DEL SILAIS ESTELI

TABLA No 7
ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS INGRESADAS AL ALBERGUE
MATERNO DEL SILAIS ESTELI. PERIODO 94 – 99.

1.- GESTAS	Ingresadas en el Albergue	%
Primigesta	106	26.7
Multigesta	183	46.1
Gran multigesta	108	27.2
Total	397	100
2.- Paridad		
Primípara	200	50.4
Multípara	105	26.4
Gran Multípara	92	3.2
Total	397	100
3.- Aborto		
Sí	116	29.3
No	281	70.7
Total	397	100
4.- Cesárea anterior		
Sí	31	7.8
No	366	92.2
Total	397	100
5.- Intervalo Intergenésico Corto		
Sí	180	45.3
No	206	51.9
Dato no registrado	11	2.8
Total	397	100

FUENTE: Expedientes del Albergue Materno del SILAIS ESTELI.

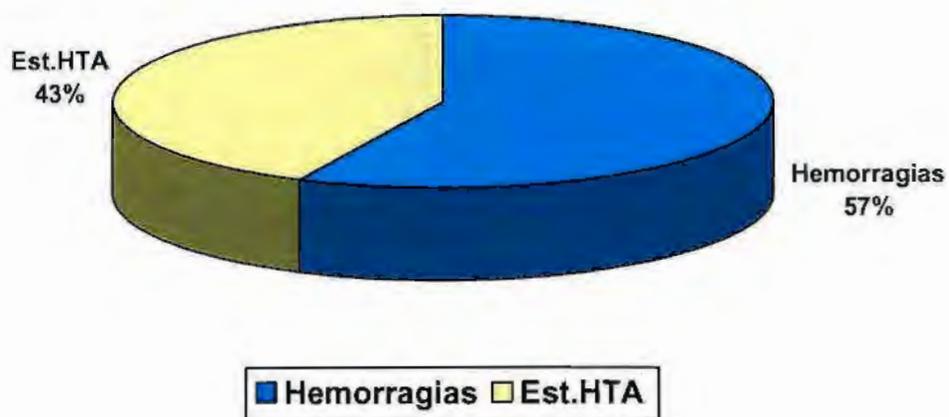
CONTINUACION

1.- Control Prenatal	Muertes maternas	%
Sí	10	71.4
No	4	28.6
Total	14	100
2.-Número de control prenatal		
De 1 a 3 controles	6	60
Más de 4 controles	4	40
Total	10	100
3.- Estado Nutricional		
Normal	8	57.1
Desnutrida	2	14.3
Obesa	0	0
Dato no registrado	4	28.6
Total	14	100
4.- Talla		
Menor de 1.5mts	3	21.4
Más de 1.5	3	21.4
Dato no registrado	8	57.2
Total	14	100

FUENTE: Expedientes del Albergue Materno del SILAIS ESTELI.

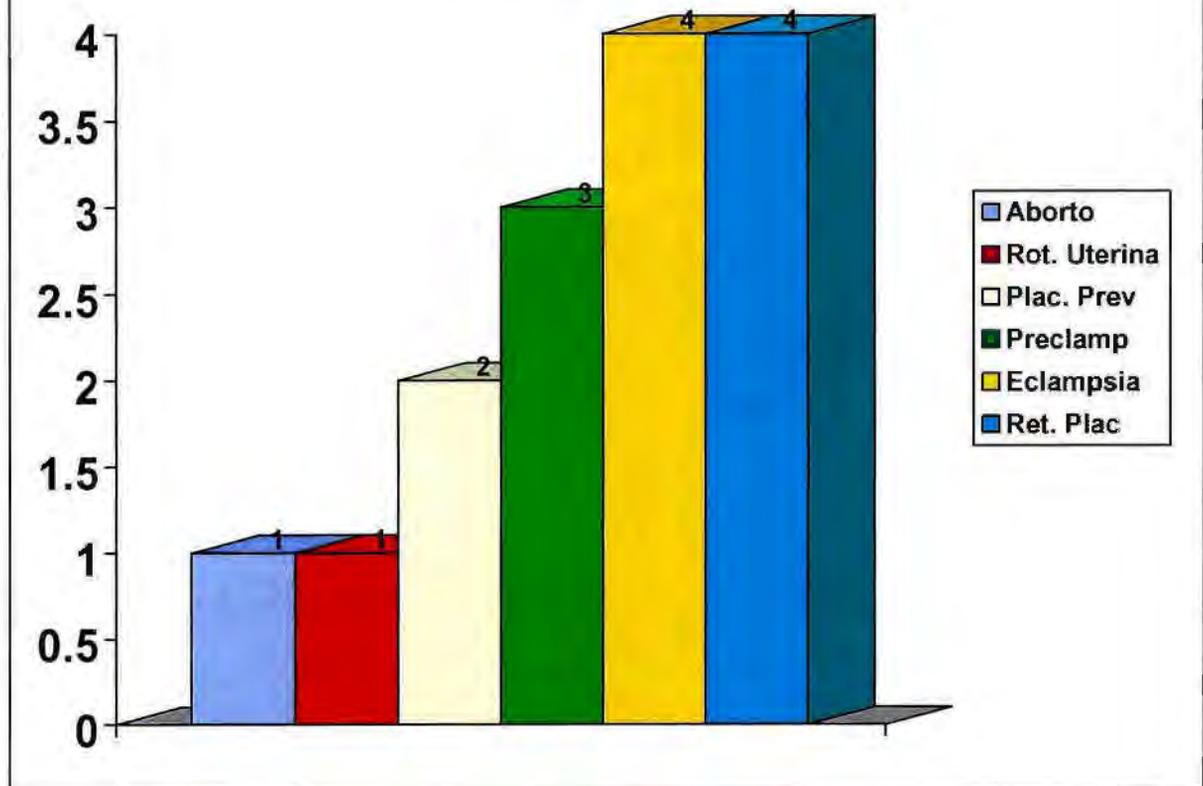
GRAFICOS

Gráfico No 1
Causas Obstétricas de Muertes Maternas SILAIS ESTELI
94 - 99



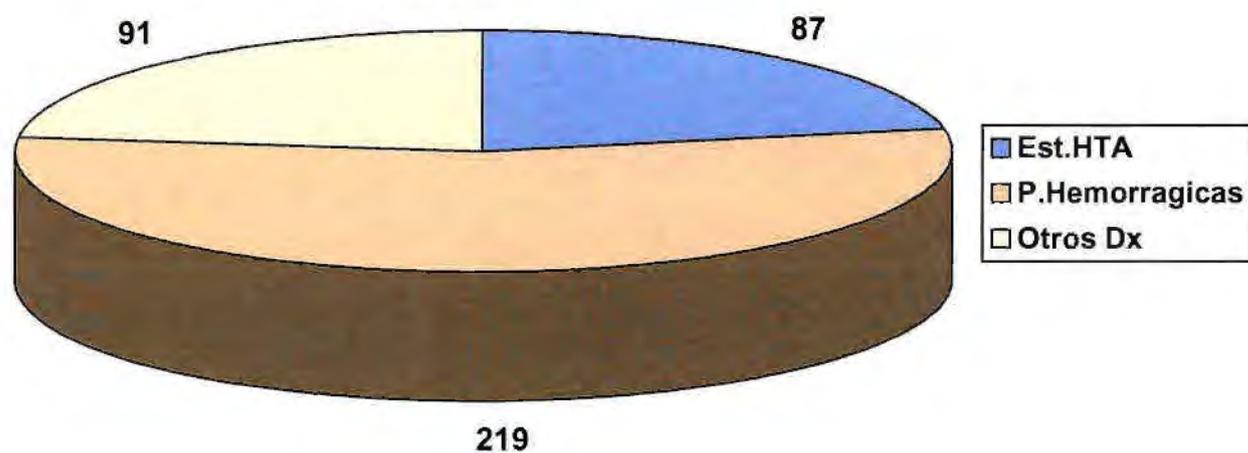
Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

Gráfico No 2
Causas Evitables de Muertes Maternas.
Número de Casos SILAIS ESTELI 94 - 99



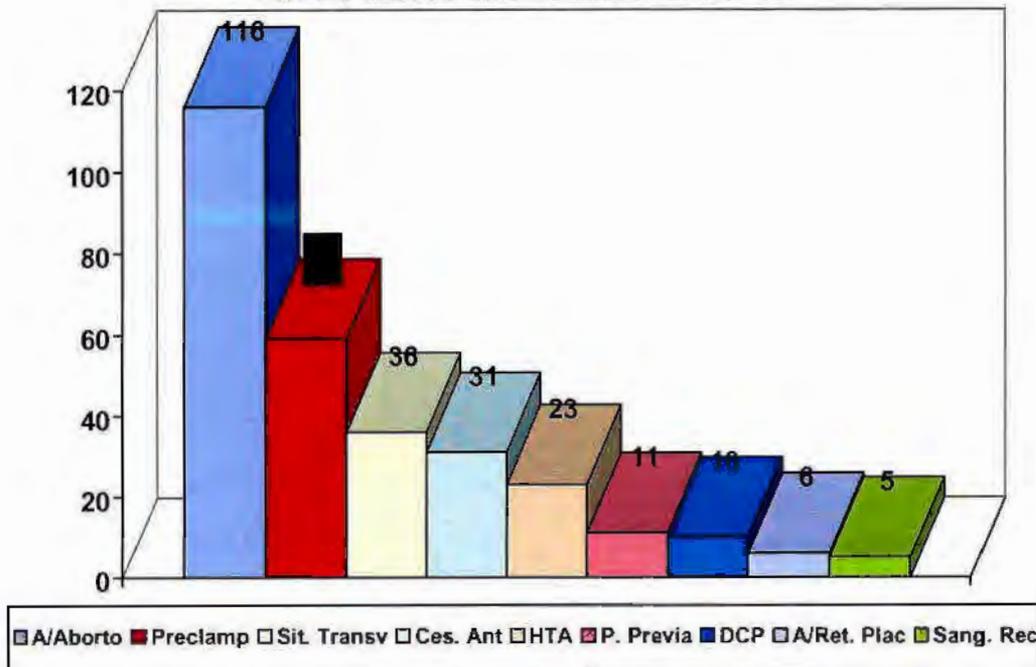
Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

Gráfico No 3
Causas Obstétricas de ingreso al Albergue Materno.
SILAIS ESTELI 94 - 99



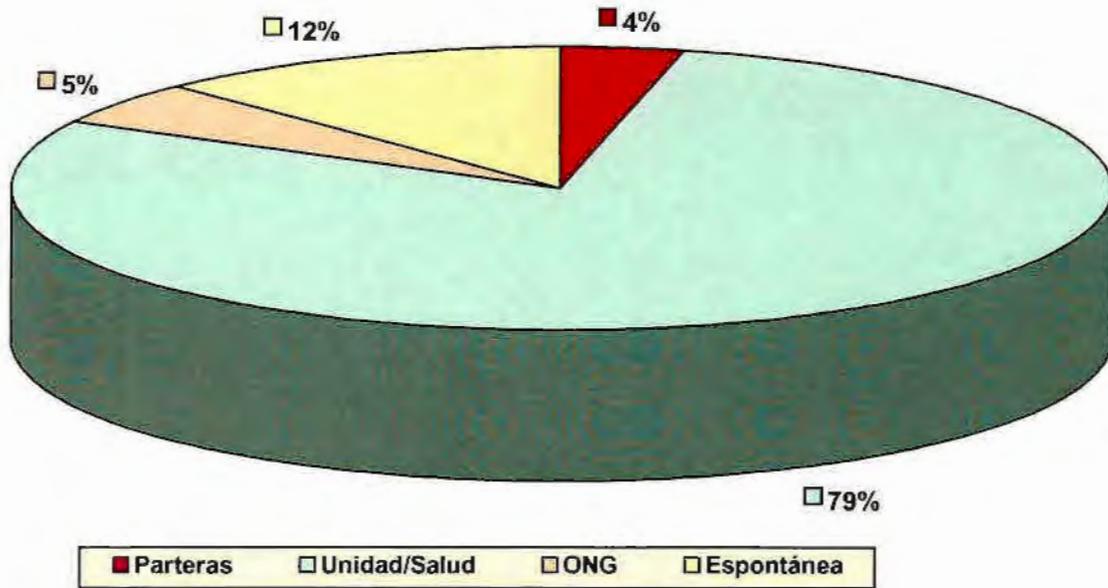
Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

Gráfico No 4
Causas evitables de Muertes Maternas en las ingresadas al
Albergue Materno
No. De Casos SILAIS ESTELI. 94 - 99



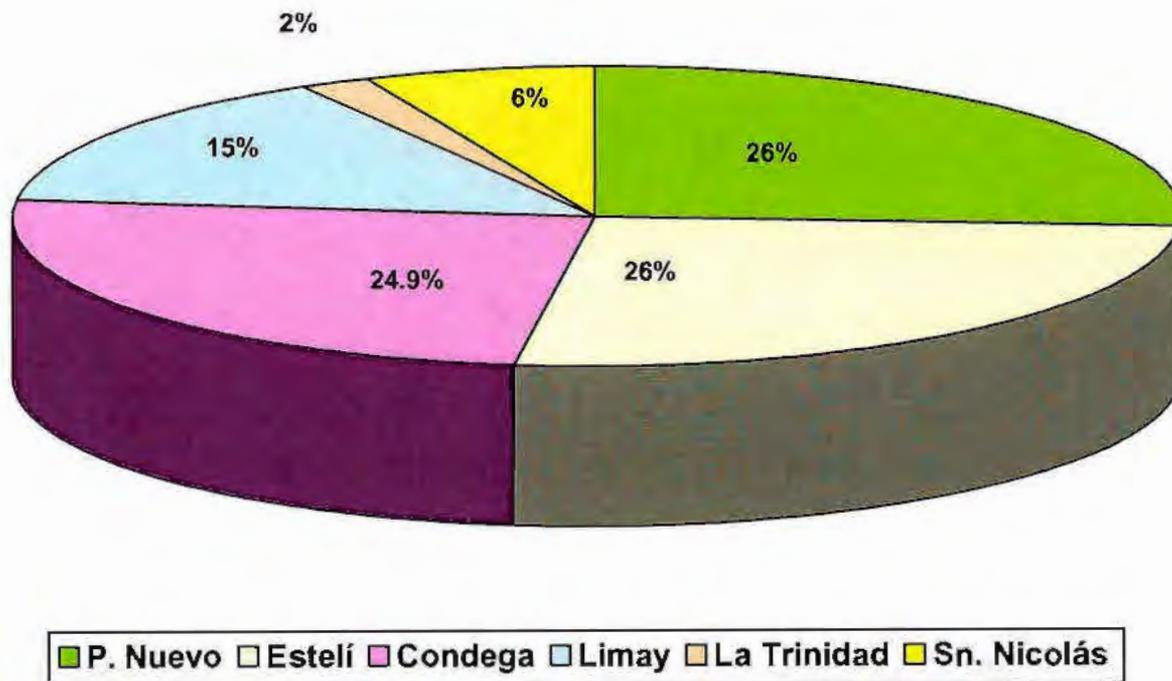
Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

GRAFICO NO 5
Mecanismos de referencia de las ingresadas al Ibergue Materno
SILAIS ESTELI 94 - 99.



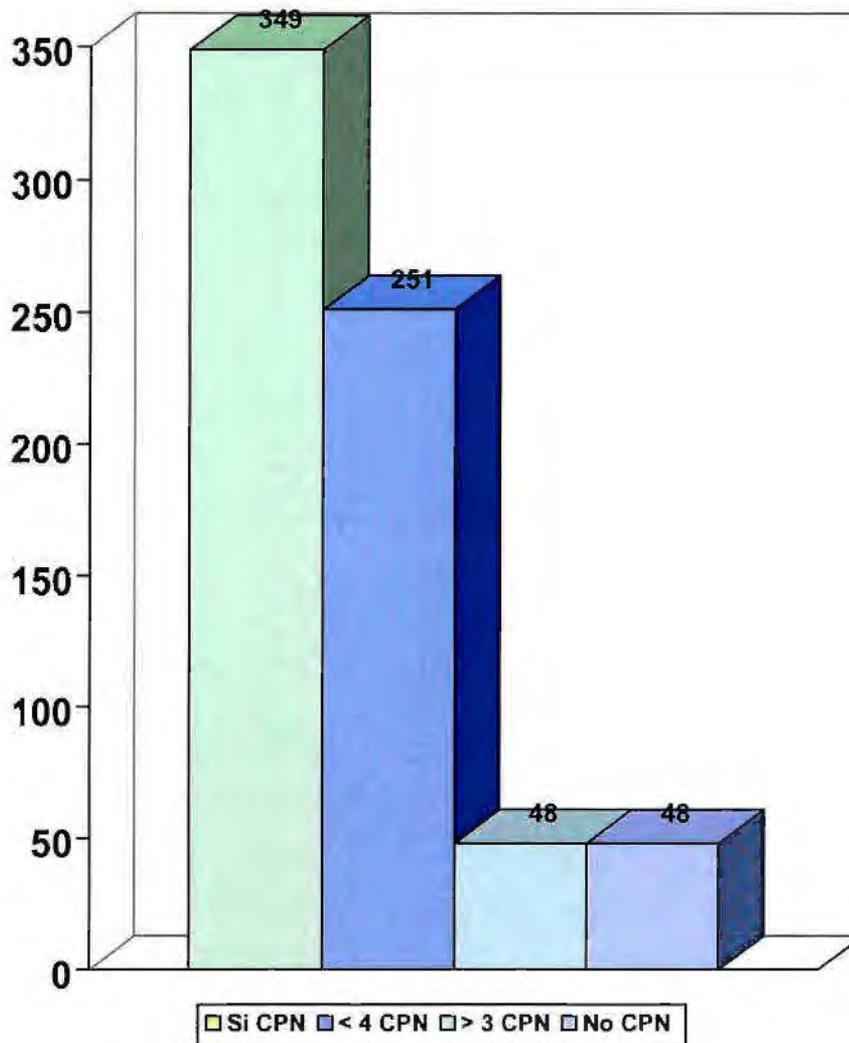
Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

GRAFICO No 6
Municipios de procedencias de las ingresadas
al Albergue. SILAIS ESTELI. 94 - 9



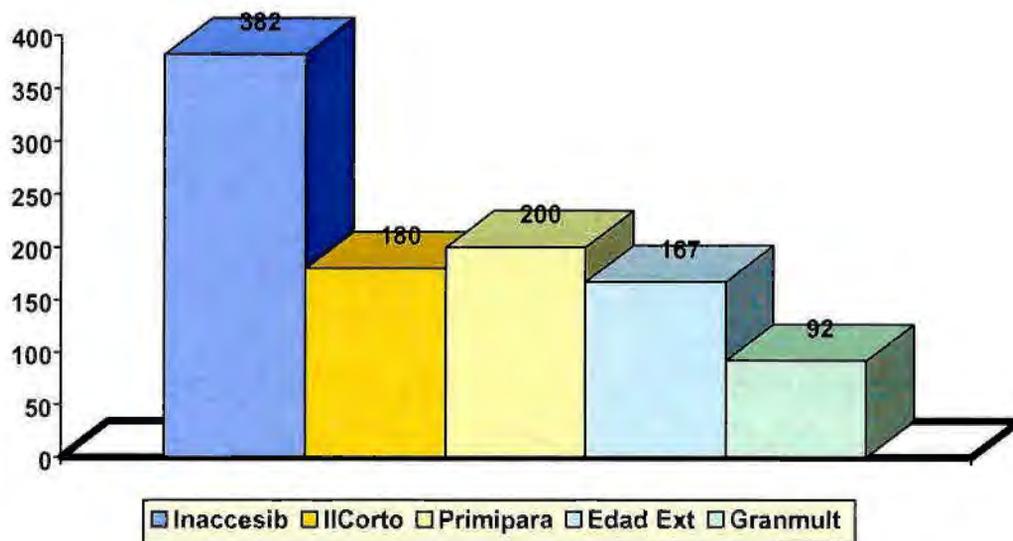
Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

Gráfico No 7
CPN de las ingresadas al Albergue Materno
SILAIS ESTELI. 94 _ 99



Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

Gráfico No 8
Principales Factores de Riesgo de las ingresadas al albergue Materno SILAIS ESTELI. 94 - 99



Fuente: Datos estadísticos del SILAIS ESTELI.

**INFORMACION COMPLEMENTARIA DE LAS
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES MARNERNAS
EVITADAS EN EL ALBERGUE MATERNO DEL SILAIS
ESTELI**

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES MATERNAS EVITADAS EN EL ALBERGUE MATERNO DURANTE EL PÉRIODO DE ESTUDIO

VIDAS SALVADAS EN EL ALBERGUE EN EL AÑO 1994

- 1.- Embarazada con 25 años de edad, bigesta, Icesarea, con diagnostico Cesárea anterior durante su trabajo de parto presentó sangrado y se le diagnosticó: **Placenta Previa**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Casnalí Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea
- 2.- Embarazada con 30 años de edad, 4 gestas, 3partos, diagnostico de ingreso **Preclampsia severa** múltipara con intervalo intergenésico menor de 6 meses, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad del Tule, Condega.
- 3.- Embarazada con 21 años de edad 3 gestas 2 partos, con diagnostico de ingreso de multigesta, con **Preclampsia grave**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de La Guasuyuca, Pueblo Nuevo.
- 4.- Embarazada con 35 años de edad, 9 gestas, 7 partos, 1 aborto con diagnostico de gran múltipara con **Preclampsia severa, hipertensión**, intervalo intergenésico menor de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Laguneta, Pueblo Nuevo. Después de su parto se le hizo Mnilap.
- 5.- Embarazada con 27 años de edad, 3gesta, 2 partos,laborto, diagnostico de ingreso; **preclampsia severa**, con situación transverso del producto, sin control prenatal mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Los Jobos, Estetí.
- 6.- Embarazada con 37 años de edad, 10 gestas, 8 partos 1 aborto con diagnostico de ingreso gran múltipara, con embarazo gemelar, **preclampsia severa**, intervalo intergenesico menor de un año, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de los Llanos 1, Pueblo Nuevo.
- 7.- Embarazada con 40 años de edad, 13gestas, 1partos, 1 aborto, diagnostico de ingreso embarazo gemelar, fecha de la ultima menstruación desconocida, con hipertensión arterial, infección renal, sin tratamiento, intervalo intergenesico menor de un año, se le hizo ultrasonido y se le diagnóstico **Placenta normo inserta baja**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de los Llanos 1, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea y salpin.
- 8.- Embarazada con 42 años de edad, gesta 15, 9 partos, 5 abortos, con diagnostico de **Preclampsia severa, hipertensión** sin tratanúento, intervalo intergenesico menor de un año, 3 abortos **anteriores**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Joconiico, San Nicolás.

- 9.- Embarazada con 15 años de edad, primigesta, diagnóstico de ingreso producto en situación **transverso**, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Mirafior, Esteli. Se le hizo cesárea.
- 10.- Embarazada con 27 años de edad, gesta 4, 3 partos con diagnóstico de ingreso **de antecedentes de hemorragia en el parto anterior referido por partera que le asistió**, hipertensión desnutrición y anemia, sin tratamiento, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Tranquera, Limay.
- 11.- Embarazada con 25 años de edad, 4 gestas, 3 partos, con diagnóstico de multigesta con embarazo gemelar, intervalo intergenesico menor de un año, un **producto en situación transverso**, sin control prenatal, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Plan fresco, Esteli.
- 12.- Embarazada con 25 años de edad, 2 gestas, 1 partos, diagnóstico de ingreso multigesta con embarazo gemelar, hipertensión, intervalo intergenesico menor de un año, **producto en situación transverso**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Carao, Pueblo Nuevo.
- 13.- Embarazada con 18 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso producto en **situación transverso**, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Quebrada Honda, San Nicolás. Se le hizo cesárea.
- 14.- Embarazada con 40 años de edad, gesta 10, 8 partos, 1 aborto, con diagnóstico de ingreso **embarazo gemelar**, hipertensión sin tratamiento, durante su trabajo de parto presento sangrado se le hizo ultrasonido y se le diagnóstico **Inserción baja de placenta**. más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Mirafior, Esteli. Se le hizo cesárea.

VIDAS SALVADAS EN EL ALBERGUE EN EL AÑO 1995

- 1.- Embarazada con 35 años de edad, 11 gestas, 10 partos y con diagnóstico de ingreso gran múltipara, con **hipertensión, producto transverso**, intervalo intergenesico menor de un ano,, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de la Lima, Condega. Se le realizó minilap.
- 2.- Embarazada con 39 años de edad, 10 gestas, 8 partos, 1 cesárea, con diagnóstico de ingreso gran múltipara con **cesárea anterior**, intervalo intergenésico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Cedro, Condega. Se le hizo cesárea y salpin.
- 3.- Embarazada con 42 años de edad, 11 gestas, 10 partos, con diagnóstico de ingreso embarazo **preclampsia grave**, producto en **situación transverso**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Regadío, Esteli. Se le hizo cesárea y salpin.

- 4.- Embarazada con 21 años de edad, bigesta, 1 cesárea, con diagnóstico de ingreso embarazo con **producto en situación transverso, cesárea anterior**, intervalo intergenésico menor de un año, talla menor de 1.50, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Motolin, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 5.- Embarazada con 24 años de edad, 4gestas, 2 abortos, 1 cesárea, con diagnóstico de **cesárea anterior, embarazo gemelar, un producto pélvico**, intervalo intergenésico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Pueblo Nuevo.
- 6.- Embarazada con 20 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con **producto en situación transverso**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Espinito, San Nicolás.
- 7.- Embarazada con 29 años de edad, 6 gestas, 5 partos, con diagnóstico de ingreso embarazo **producto en situación transverso**, intervalo intergenésico menos de 2 años, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Horno, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea y salpin.
- 8.- Embarazada con 42 años de edad, 17gestas, 11 partos, 5 abortos, con diagnóstico de ingreso gran múltipara con producto en **situación transverso**, intervalo intergenésico menos de 6 meses, 2 abortos anteriores, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Rodeo grande San Nicolás. Se le hizo cesárea y salpin.
- 9.- Embarazada con 20 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con producto en situación transverso, **Desproporción céfalo pélvica**, talla menor de 1.50, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Limay. Se le hizo cesárea.
- 10.- Embarazada con 38 años de edad, 13 gestas, 8 partos, 4 abortos, y con diagnóstico de ingreso de **embarazo gemelar, intervalo intergenesico menos de 6 meses**, hipertensión infección renal aguda sin tratamiento, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad del Peñasco, Condega. Se le hizo cesárea y salpin.

MUERTES MATERNAS EVITADAS EN 1996

- 1.- Embarazada con 19 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo hipertensión sin tratamiento, **Desproporción céfalo pélvica**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Laguna, San Nicolás. Se le hizo cesárea.
- 2.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo **gemelar con hipertensión**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Motolin, Pueblo nuevo.

- 3.- Embarazada con 23 años de edad, 3gestas, 2 cesáreas con diagnostico de ingreso embarazo con producto en situación transverso, intervalo intergenesico menos de 1 año, se le hizo Ultrasonido y se le diagnostico **Inserción Baja de Placenta** mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Montañita, Estelí. Se le hizo cesárea y salpin.
- 4.- Embarazada con 36 años de edad, 4 gestas, 2 partos, 1 cesárea, con diagnostico de ingreso embarazo con **preclampsia grave**, intervalo intergenesico menos de un año, mas cesárea anterior, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Limay.
- 5.- Embarazada con 17 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso embarazo hipertensión, **preclampsia grave**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de los Calpules, Pueblo nuevo. Se le hizo cesárea.
- 6.- Embarazada con 36 años de edad, bigesta 1 parto, con diagnostico **preclampsia severa, hipertensión** sin tratamiento, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Paso hondo, Pueblo Nuevo.
- 7.- Embarazada con 32 años de edad, bigesta, 1 parto, con diagnostico de ingreso embarazo **preclampsia grave**, intervalo intergenesico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de los Paso Hondo Pueblo nuevo.

VIDAS SALVADAS EN EL 97

- 1.- Embarazada con 20 años de edad, 3 gestas, 2 cesárea, diagnostico de ingreso multigesta con **embarazo gemelar, Cesárea anterior, hipertensión, Intervalo intergenesico menor de un año**, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Montañita, Estelí. Se le hizo cesárea .
- 2.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso **embarazo gemelar, hipertensión, preclampsia leve**, un producto en **situación transverso**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad Motolín, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 3.- Embarazada con 36 años de edad, 4 gestas, 2 cesáreas, 1 aborto con diagnostico de ingreso, **preclampsia grave, hipertensión**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad Montañita, Limay. Se le hizo cesárea.
- 4.- Embarazada con 19 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso Embarazo gemelar, un producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad La Laguna, San Nicolás. Se le hizo cesárea.
- 5.- Embarazada con 17 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, preclampsia grave**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Pueblo nuevo, Los Calpules. Se le hizo cesárea.

- 6.- Embarazada con 36 años de edad, bigesta, 1 parto con diagnóstico de **Preclampsia severa, hipertensión** sin tratamiento, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Paso Hondo, Pueblo Nuevo.
- 7.- Embarazada con 14 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso **embarazo gemelar**, hipertensión sin tratamiento, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Regadío Estelí. Se le hizo cesárea.
- 8.- Embarazada con 42 años de edad, 13 gestas, 9 partos, 2 abortos, con diagnóstico de ingreso embarazo **gemelar, infección renal** no tratada, Intervalo intergenésico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de San Jerónimo, Condega.
- 9.- Embarazada con 38 años de edad, 10 gestas, 9 partos con diagnóstico de ingreso **producto en Situación Transverso, Hipertensión** sin tratamiento, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Santa Isabel, Estelí. Se le hizo Minilap.
- 10.- Embarazada con 20 años de edad, 3 gestas, 1 parto, 1 aborto, con diagnóstico de ingreso **producto en situación transverso**, Tuberculosis pulmonar, aborto anterior, intervalo intergenésico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Mirafior Estelí. Se le hizo cesárea
- 11.- Embarazada con 17 años de edad 3 gestas, 2 abortos, con diagnóstico de ingreso **adolescente con 2 abortos anteriores mas desproporción céfalo pélvica intervalo menos de 6 meses**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Quinta, Estelí. Se le hizo cesárea.
12. Embarazada 16 años de edad, 4 gestas 1 cesárea, 2 abortos, talla menos de 1,50, con diagnóstico de **Desproporción céfalo pélvica, cesárea anterior, intervalo intergenésico menos de 6 meses** mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de las Canarias, Limay. Se le hizo cesárea
- 13.- Embarazada 20 años de edad, bigesta, 1 cesárea, talla menos de 1,50, con diagnóstico de **Desproporción céfalo pélvica, cesárea anterior**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Mirafior, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 14.- Embarazada con 17 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso producto **en situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Peñasco, Condega. Se le hizo cesárea.
- 15.- Embarazada con 17 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso producto **en situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, anemia y desnutrición, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Calera, Pueblo nuevo. Se le hizo cesárea.

- 16.- Embarazada con 29 años de edad, 6 gestas, 4 partos, 1 aborto, con diagnostico de ingreso **antecedentes de retención de placenta en sus 2 partos anteriores, talla menos de 1.50 y referida por partera que la asistió en el parto anterior, intervalo intergenésico menos de un año, e inaccesibilidad geográfica** de la comunidad de San Roque, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 17.- Embarazada con 21 años de edad, 4 gestas, 1 parto, 2 cesáreas con diagnostico de ingreso, con embarazo gemelar, **hipertensión, un producto en situación transverso**, intervalo intergenésico menor de un año, e inaccesibilidad geográfica de la comunidad del Peñasco, Condega.
- 18.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, talla menor de 1.50, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Sirena San Nicolás. Se le hizo cesárea.
- 19.- Embarazada con 39 años de edad, 14 gestas, 7 partos, 6 abortos, con diagnostico de ingreso **Preclampsia grave**, abortos en el embarazo anterior, intervalo intergenésico menos de un año, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de San Lorenzo, Limay. Se le hizo Mnilap.
- 20.- Embarazada con 39 años de edad, 11 gestas, 6 partos, 3 óbitos, 4 abortos, con diagnostico de **Preclampsia leve**, 3 abortos en embarazos anteriores, intervalo intergenésico menos de un año, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Hondura azul, Condega. Se le hizo Minilap.
- 21.- Embarazada con 40 años de edad, 14 gestas, 10 partos, 3 abortos, con diagnostico de **Preciampsia leve**, 2 abortos en embarazos anteriores, intervalo intergenésico menos de un año, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Santa Adelaida, Estelí. Se le hizo Minilap.
- 22.- Embarazada 26 años de edad, 3 gestas, 2 cesáreas, talla menos de 1.50, con diagnostico de **Desproporción céfalo pélvica, cesárea anterior, e inaccesibilidad geográfica**, de la comunidad de Santa Rosa, Condega. Se le hizo cesárea.
- 23.- Embarazada con 15 años de edad, primigesta, diagnostico de ingreso producto en situación **transverso**, Desproporción céfalo pélvica, talla menor de 1.50 mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de la Quinta, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 24.- Embarazada con 37 años de edad, 12 gestas, 8 partos, 3 abortos, con diagnostico de ingreso, con embarazo gemelar, **hipertensión, Bronco neumonía Preclampsia moderada, un producto en situación transverso**, intervalo intergenésico menor de un año, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Miraflor, Estelí. Se le hizo cesárea y salpin.

- 25.- Embarazada con 18 años de edad, 3 gestas, 1 cesárea, 1 aborto, con diagnóstico **Cesárea anterior**, por desproporción céfalo pélvica, talla menor de 1.50, durante su trabajo de parto presento sangrado y se le diagnosticó: **Placenta Previa**, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Coyol, Condega. Se le hizo cesárea
- 26.- Embarazada con 38 años de edad, 5 gestas, 4 partos, con diagnóstico de ingreso **Preclampsia grave**, intervalo intergenesico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Tranquera, Limay. Se le hizo Minilap
- 27.- Embarazada con 22 años de edad, 4 gestas, 3 partos, con diagnóstico de ingreso **Preclampsia grave**, hipertensión, intervalo intergenesico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Tranquera, Limay.
- 28.- Embarazada con 39 años de edad, 10 gestas, 9 partos, con diagnóstico de ingreso, con embarazo gemelar, **hipertensión, Anemia y desnutrición, un producto en situación transverso**, intervalo intergenesico menor de un año, e inaccesibilidad geográfica de la comunidad de San Lorenzo, Estelí. Se le hizo cesárea y salpin.

VIDAS SALVADAS EN 1998

- 1.- Embarazada con 17 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso de **embarazo y preclampsia grave**, mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de San José del Rodeo en Pueblo Nuevo.
- 2.- Embarazada con 21 años de edad, bigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con **Hipertensión y Diabetes** descompensada, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Regadío, Estelí.
- 3.- Embarazada con 41 años de edad, 14 gestas, 9 partos, 4 abortos, con diagnóstico de ingreso de **Gran múltipara e Hipertensión** sin tratamiento, aborto anterior al embarazo, intervalo intergenesico menos de un año, mas inaccesibilidad geográfica del Coyalito, Estelí.
- 4.- Embarazada con 38 años de edad, 8 gestas, 6 partos, 1 aborto, diagnóstico de ingreso múltipara, con intervalo intergenesico menor de 6 meses, **Preclampsia moderada** mas inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Venecia, Condega.
- 5.- Embarazada con 18 años de edad primigesta, con diagnóstico de ingreso **Preclampsia grave**, mas Desproporción céfalo pélvica, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de San Lorenzo, Limay. Se le hizo cesárea.
- 6.- Embarazada con 21 años de edad, bigesta, 1 cesárea, con diagnóstico de **Preclampsia severa, Desproporción cefalopélvica, con cesárea anterior**, intervalo intergenesico menor de un año, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Potrerillo, Condega.

- 7.- Embarazada con 28 años de edad, bigesta, 1 cesárea, diagnostico de ingreso; **preclampsia severa, cesárea anterior** mas con situación transverso del producto, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Jícaro, Limay. Se le hizo cesárea.
- 6.- Embarazada con 37 años de edad, trigesta, 2 partos con diagnostico de ingreso, múltipara, con embarazo gemelar, **preclampsia severa**, intervalo intergenesico menor de un ano, e inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Soncuan, Pueblo Nuevo.
- 9.- Embarazada con 40 años de edad, 10 gestas, 9 partos, diagnostico de ingreso embarazo **gemelar, con hipertensión arterial, infección renal, Diabetes** descompensada, sin tratamiento e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Consuelo, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea y salpin.
- 10.- Embarazada con 38 años de edad, 8 gestas, 5 partos, 2 abortos, con diagnostico de **Preclampsia severa, hipertensión** sin tratamiento, infección renal, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de La Laguna, San Nicolás.
- 11.- Embarazada con 20 años de edad, primigesta, diagnostico de ingreso **Preclampsia grave**, infección renal, e inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Motolin, Pueblo nuevo.
- 12.- Embarazada con 15 años de edad, primigesta con diagnostico de ingreso **de Desproporción céfalo pélvica, infección renal**, sin tratamiento, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Coyol. Se le hizo cesárea.
- 13.- Embarazada con 23 años de edad, primigesta, con diagnostico de **producto en situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Montañita, San Nicolás.
- 14.- Embarazada con 20 años de edad, 3gestas, 1 cesárea, 1 aborto, diagnostico de ingreso multigesta con **embarazo gemelar, Cesárea anterior, hipertensión, Tuberculosis pulmonar, desnutrida, intervalo intergenesico menor de un año**, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Miraflor Estelí. Se le hizo cesárea .
- 15.- Embarazada con 18 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad Soncuan, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 16.- Embarazada con 14 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad Montañita, Estelí. Se le hizo cesárea.

- 17.- Embarazada con 17 años de edad, bigesta, 1 aborto, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica, aborto anterior, Preclampsia leve**, infección renal no tratada, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad Montañita, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 18.- Embarazada con 17 años de edad, bigesta, 1 aborto, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, aborto anterior, infección renal no tratada, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de San Andrés, Condega. Se le hizo cesárea.
- 19.- Embarazada con 38 años de edad, 9 gestas, 7 partos, 1 aborto, con diagnostico de **Preciampsia severa, hipertensión, embarazo gemelar**, infección renal, sin tratamiento, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Puertas Azules, Miraflor, Estelí
- 20.- Embarazada con 37 años de edad, bigesta, 1 aborto, con diagnostico de ingreso **embarazo gemelar, intergenesico menor de seis meses**, hipertensión sin tratamiento, durante su trabajo de parto presento sangrado se le hizo ultrasonido y se le diagnostico **Placenta Previa**, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Pedernal, Limay. Se le hizo cesárea.
- 21.- Embarazada con 23 años de edad, bigesta, 1 parto, con diagnostico de ingreso embarazo **gemelar, Diabetes descompensada, producto en situación transverso**, infección renal no tratada, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Isiquí, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 22.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso producto en **situación transverso, Desproporción céfalo pélvica**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Miraflor, Estelí. Se le hizo cesárea
- 23.- Embarazada con 17 años de edad, bigesta, 1 aborto, con diagnostico de ingreso **Desproporción céfalo pélvica producto en situación transverso**, aborto anterior, intervalo intergenésico menos de seis meses, infección renal sin tratamiento, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad los Calpules, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea
- 24.- Embarazada con 17 años de edad bigesta, 1 parto, con diagnostico de ingreso **Desproporción céfalo pélvica**, durante su trabajo de parto presento sangrado se le hizo ultrasonido se le identifico **Placenta Previa** más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de San Lorenzo, Limay. Se le hizo cesárea.
- 25.- Embarazada con 38 años de edad, 10 gestas, 8 partos, 1 aborto, con diagnostico de ingreso **embarazo gemelar, intergenesico menor de un año**, hipertensión sin tratamiento, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Waylo, Limay. Se le hizo cesárea.

- 26.- Embarazada 16 años de edad, primigesta, talla menos de 1.50, con diagnostico de **Desproporción céfalo pélvica**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Libertad, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 27.- Embarazada con 33 años de edad, 8 bigestas, 6 partos, 1 aborto, con diagnostico de ingreso **producto en situación transverso, aborto anterior, intervalo intergenésico menos de seis meses**, e inaccesibilidad geográfica de la comunidad del Palmar, Limay. Se le hizo cesárea.
- 28.- Embarazada con 30 años de edad, 7 gestas, 3 parto, 3 abortos con diagnostico de ingreso embarazo **preclampsia grave**, 1 aborto anterior, intervalo intergenesico menos de un año, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Consuelo, Pueblo nuevo.

VIDAS SALVADAS EN 1999

- 1.- Embarazada con 28 años de edad, bigesta, 1 aborto, con diagnostico de hipertensión y embarazo, intervalo intergenésico menor de un año, aborto anterior, producto en situación transverso, se le diagnostico **Desproporción céfalo pélvica**; e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de San Nicolás.
- 2.- Embarazada con 27 años de edad, 8 gestas, 7 partos, diagnostico de ingreso gran múltipara con intervalo intergenesico menor de 6 meses, **Preclampsia severa** e inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Santa Cruz, Estelí. Se le hizo cesárea y salpin.
- 3.- Embarazada con 27 años de edad, 5 gestas 2 partos, 1 aborto, 1 cesárea, con diagnostico de ingreso de multigesta, con **cesárea anterior**, hipertensión, Tuberculosis pulmonar, sin tratamiento, y con infección renal, e inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de La Trinidad. Se le realizo cesárea.
- 4.- Embarazada con 38 años de edad, 8 gestas, 7 partos, con diagnostico de múltipara con intervalo intergenesico menor de un año, Diabetes no tratada, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Terrero, Miraflor, Estelí. Después de su parto se le hizo Minilap.
- 5.- Embarazada con 17 años de edad, bigesta, 1 aborto, diagnostico de ingreso; **preclampsia severa**, con situación transverso del producto, mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Condega.
- 6.- Embarazada con 18 años de edad, con diagnostico de ingreso primigesta con embarazo gemelar, **preclampsia** moderada, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Pava, Pueblo Nuevo.

- 7.- Embarazada con 30 años de edad, multigesta, 5partos,diagnostico de ingreso embarazo gemelar, hipertensión infección renal, sin tratamiento mas inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de los Llanos 2, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea y salpin.
- 8.- Embarazada con 17 años de edad, bigesta, 1 cesárea, con diagnostico de hipertensión embarazo gemelar, intervalo intergenesico menor de un año, **cesárea anterior**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Mirafior.
- 9.- Embarazada con 19 años de edad, bigesta, 1 cesárea, diagnostico de ingreso bigesta con intervalo intergenesico menor de 1 año, **preclampsia severa, cesárea en el embarazo anterior** más inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Mirafior, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 10.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso de **Preclampsia** moderada, hipertensión desnutrición, bronconeumonía y anemia, sin tratamiento, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Los Llanos, Pueblo Nuevo.
- 11.- Embarazada con 25 años de edad, 5 gestas, 4 partos, con diagnostico de multigesta con intervalo intergenesico menor de un año, **producto en situación transverso**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Terrero, Mirafior, Estelí.
- 12.- Embarazada con 24 años de edad, 5 gestas, 3 partos, 1 aborto, diagnostico de ingreso multigesta con **preclampsia moderada** y Diabetes no tratada, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Chorro, Pueblo Nuevo.
- 13.- Embarazada con 32 años de edad, 4 gestas, 1 parto, (óbitos) 1 aborto, 1 cesárea, y con diagnostico de ingreso **cesárea anterior**, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Paso, Hondo, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 14.- Embarazada con 18 años de edad, bigesta, con diagnostico de ingreso **embarazo gemelar**, hipertensión sin tratamiento, **preclampsia grave**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Mirafior, Estelí. Se le hizo cesárea.
- 15.- Embarazada con 18 año de edad, primigesta, y con diagnostico de ingreso **Preclampsia grave**, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Pueblo Nuevo.
- 16.- Embarazada con 15 años de edad, primigesta, con diagnostico de ingreso embarazo **gemelar, hipertensión** sin tratamiento, amenaza de parto pretérmino, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Coyolar, Condega. Se le hizo cesárea.
- 17.- Embarazada con 26 años de edad, 6 gestas, 5 partos, con diagnostico de ingreso embarazo **preclampsia grave**, fumadora habitual, hipertensión más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Mirafior, Estelí. Se le hizo cesárea y salpin.

- 18.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con **producto en situación transverso, hipertensión** sin tratamiento, amenaza de parto pretérmino, talla menor de 1.50, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de La Lamifia, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 19.- Embarazada con 17 años de edad, primigesta, y con diagnóstico de ingreso de **preclampsia grave**, sin control prenatal, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad de Santa Cruz, Estelí.
- 20.- Embarazada con 17 años de edad, bigesta, 1 parto, con diagnóstico de ingreso embarazo con **preclampsia grave**, hipertensión sin tratamiento, intervalo intergenesico menos de un año, y un control prenatal, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Salmerón, San Nicolás.
- 21.- Embarazada con 35 años de edad, 11 gestas, 10 partos, con diagnóstico de ingreso embarazo hipertensión y **cesárea anterior**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Montañita, San Nicolás. Se le hizo cesárea y salpin.
- 22.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con producto en situación transverso, talla menor de 1.50 y **Desproporción Céfalo pélvica**, amenaza de parto prematuro, talla menor de 1.50, sin control prenatal, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Horno, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 23.- Embarazada con 16 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con producto en situación transverso, **Desproporción céfalo pélvica**, talla menor de 1.50, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Palo Verdea, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 24.- Embarazada con 19 años de edad, bigesta, 1 aborto, y con diagnóstico de ingreso de **embarazo gemelar, intervalo intergenesico** menos de un año, infección renal aguda sin tratamiento, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad del Jocote, Condega.
- 25.- Embarazada con 44 años de edad, gran multipara, 12 partos, con diagnóstico de ingreso embarazo con **preclampsia grave**, hipertensión sin tratamiento, intervalo Intergenesico menos de un año, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Condega. Después de su parto se le hizo Minilap.
- 26.- Embarazada con 23 años de edad, bigesta, 1 parto, con diagnóstico de ingreso embarazo **gemelar con hipertensión**, intervalo intergenesico menos de un año, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Santa Clara, San Nicolás.

- 27.- Embarazada con 25 años de edad, 6 gestas, 3 partos, 2 abortos, con diagnóstico de ingreso embarazo con producto en situación transversa, intervalo intergenesico menos de 1 año, se le hizo Ultrasonido y se le diagnóstico **Inserción Baja de Placenta** más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de el Horno, Pueblo Nuevo. Se le hizo cesárea.
- 28.- Embarazada con 34 años de edad, 6 gestas, 4 parto, 1 aborto, con diagnóstico de ingreso embarazo con **preclampsia grave**, intervalo intergenesico menos de un año, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Pacaya La Trinidad.
- 29.- Embarazada con 25 años de edad, bigesta, 1 partos, con diagnóstico de ingreso embarazo hipertensión , intervalo intergenesico menor de 6 meses, se le hizo Ultrasonido y se le diagnóstico **Inserción Baja de Placenta**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de la Danta, Limay. Se le hizo cesárea.
- 30.- Embarazada con 44 años de edad, gran múltipara, 9 partos 3 abortos, con diagnóstico de ingreso embarazo con producto en situación transversa, intervalo intergenesico menos de un año, referida por partera por presentar antecedentes de **hemorragia** en su parto anterior, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de Isiquí, Estelí. Se le hizo Minilap.
- 31.- Embarazada con 29 años de edad, múltipara, con diagnóstico de ingreso embarazo con producto en situación transversa, intervalo intergenesico menos de un año, referida por partera por presentar **retención de placenta** en su parto anterior, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad de los Encuentros, Limay. Se le hizo Minilap.
- 32.- Embarazada con 27 años de edad, bigesta, 1 aborto, y con diagnóstico de ingreso de **embarazo gemelar**, intervalo intergenesico menos de un año, **preclampsia** moderada, más inaccesibilidad geográfica de la comunidad del Jocote, Condega.
- 33.- Embarazada con 28 años de edad, primigesta, con diagnóstico de ingreso embarazo con **preclampsia grave**, con fecha de la última menstruación ignorada se le hizo Ultrasonido, se le diagnóstico **Insuficiencia Placentaria**, más inaccesibilidad geográfica, de la comunidad del Pencal, Pueblo Nuevo.