



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA.**



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2005 – 2007

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA.

**FACTORES PRESENTES EN LA MORTALIDAD MATERNA DE
ADOLESCENTES. NICARAGUA ENERO 2004- DICIEMBRE, 2006.**

**Autor:
Elvis Ramón Soto.**

**Tutora: Msc.Alice Pineda Withaker
MSc. Epidemiología
MSc. Desarrollo Rural Ecosostenible**

Managua, Nicaragua, Julio 2007.

INDICE

	Resumen	i
	Dedicatoria	ii
	Agradecimiento	iii
		Pág.
I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACION	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V.	OBJETIVOS	10
VI.	MARCO TEORICO	11
VIII.	DISEÑO METODOLÓGICO	41
IX.	RESULTADOS	49
X.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	54
XI.	CONCLUSIONES	64
XII.	RECOMENDACIONES	65
XIII.	BIBLIOGRAFIA	67
	ANEXOS	

Dedicatoria

Agradezco primero a Dios por haberme dado la fortaleza y la fé de poder coronar mi sueño, a *Gerardo Adrián Soto*, Esposa e Hijos, por haber confiado en mí y apoyado incondicionalmente en todo el proceso de mi formación, animándome siempre a seguir adelante, a mis hijos, Yamil, Andrea, Elvis, a mi esposa Yamilda Elizabeth Gago quienes siempre estuvieron conmigo en situaciones difíciles, a mi tío Leopoldo Soto Chavarría, que siempre me apoyó en todo lo que estaba a su alcance.

También quiero dedicar todo este esfuerzo con especialidad a quien desde Niño me brindó todo su amor sin nada a cambio, ayudó a formarme con gran esfuerzo y siempre creyó en mi, hoy ella no está aquí en nuestro país pero siempre estará en mi corazón a quien le debo lo que soy como Profesional a mi madre con gran Amor, Aprecio y Cariño: *Sara Guadalupe Huete Hernández*

A mis Compañeros de clase: *Sor Vilma Morales, Dra. Aída Castilblanco, Yara Reyes, Ana Mercedes Villanueva R.* Con quien consolidé mis conocimientos, mis valores profesionales y siempre me alentaron a continuar adelante por duro que fuera el trayecto en el proceso del desarrollo de la maestría, ellos me brindaron su apoyo incondicional y seguridad en si mismo.

Agradecimiento

Quiero expresar especial agradecimientos a todos mis maestros: *Alice Pineda W, Dr. Miguel Orozco V, Martha González M, Guillermo González G, Jairo Campos, Manuel Martínez M, Luís Carballo P, Pablo Cuadra, Alejandro Solís, Alma Lila Pastora Z, Guadalupe Rodríguez*, a las personalidades y autoridades que me apoyaron incondicionalmente para el logro de mi objetivo, personal de la institución del CIES que demostraron amabilidad en los dos años que estudié la Maestría en Salud Pública.

Agradecer a todas aquellas personas que me animaron a seguir adelante y que de una u otra manera aportaran en mi crecimiento profesional:

Msc. Ernestina Figueroa de Robles

Msc. Rosario Hernández García

Dr. Miguel Orozco Valladares

Dr. Mauricio Sánchez Morales

Sra. Patricia Pérez Montiel

COLABORADORES:

Dr. Wilber Beteta Coordinador de Atención Integral a la Mujer- MINSA.

Dra. Flor de María Cárdoza Programa de Vigilancia de Mortalidad Materna - MINSA

Dr. Luís Carballo Palma Responsable de Estadística del MINSA

Resumen

El presente estudio es tipo descriptivo Cuantitativo de corte transversal, se realizó con el propósito de conocer y analizar los principales factores presentes en la Mortalidad Materna de Adolescentes a Nivel Nacional en el periodo Enero 2004 a Diciembre 2006.

Para realizar el estudio, fueron seleccionadas todas las mujeres que fallecieron por muerte maternas entre las edades de 15-19 años en todos los Silais del país, para un total de 69. Se realizó un análisis de la base de datos de la oficina de Atención Integral a la Mujer, Estadista y la Dirección de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, revisión de las fichas de mortalidad materna y resúmenes clínicos de las fallecidas.

Los resultados obtenidos del estudio fueron los siguientes:

La mayoría de las muertes maternas en adolescentes ocurrieron en el SILAIS Chontales el 17.3%. En relación a la procedencia el 64%(44) pertenecían al área rural y el 33.3%(23) a la área urbana. La ocupación de las adolescentes fallecidas el 84%(58) eran amas de casas, un 7.2 %(5) eran estudiante. La mayoría de las mujeres el 69.5%(48) estaban acompañadas. En relación al nivel de escolaridad el 38%(26) habían aprobado la Primaria, el 35%(24) los resultados demuestran que no estudiaban. El 59.4% de las mujeres eran nulíparas y 40.6% tenían embarazos previos de los cuales el 33.3%(23) finalizó por la vía vaginal. La mayoría tenían un período intergenésico menor de 1 año y el 43.4%(30). No utilizaron métodos anticonceptivos el 49.2%(34) antes del embarazo. Los resultados muestran que el 71%(49) de las mujeres tuvieron menos de 4 controles prenatales, como lo establece la norma. El 42 % de los partos fueron a nivel domiciliar y el 36.2% a nivel institucional. El 43.4%(30) de los partos fueron atendidos por familiares y/o parteras y el 39.1%(27) por personal de salud. El 53.3%(37) de los partos en adolescente fueron por la vía vaginal y el 24.6 %(17) por la vía abdominal. En el alumbramiento el 30.4%(21). En relación a los signos de peligro antes del parto el 17.3 (12) corresponde a fiebre, seguido del sangrado vaginal con 15. %(10). En la atención del puerperio el 63.3% no se realizó control puerperal el 25 %(17) fue atendido por personal de salud y el 11.5% partera y familiar. El mayor número de muertes ocurrieron a nivel domiciliar con el 49%(33) y el 43.4% (30) a nivel institucional. Al momento de la muerte el 59.4%(41) fue atendido por personal de salud y el 40.5%(28) partera y/o familiares. En relación a la clasificación de la muerte son obstetricias directas, el 51 %(35). En relación a la causa básica de muerte en adolescente el 22% fue la retención placentaria, seguido de la preeclampsia y sepsis puerperal con un 19%(13). La muertes en adolescente ocurrieron en el puerperio el 52 %(36). En relación a los factores biológicos que presenta el 75.3%(52) de casos se relaciona con la edad temprana, el 8.6 (6) se relaciona con el estado nutricional. En relación a la factores sociales que se presentan el 45 %(31) está relacionado con la pobreza, seguido de los embarazos no planificados en un 33.3 %(23) y el 8.6%(6) a violencia intrafamiliar.

I. INTRODUCCION

Las condiciones de salud de las mujeres en la región de las Américas y Caribe continúan siendo causa de gran preocupación; no solo por que las mujeres constituyen aproximadamente la mitad (50%) de la población, en las que el 25% de ellas son mujeres en edad fértil¹; sino por que las mujeres adolescente representa el 20% de la población total en las regiones de América Latina¹ y en Nicaragua constituye el 25 % ². si esto le agregamos la disminución de la edad de la menarca, el anticipo en la edad del matrimonio, los cambios de valores, la influencia de los medios de comunicación, así como la declinación de la familia, hacen que haya un incremento en las conductas de riesgo en las que incluye un gran número de embarazos en adolescente (27%)².

El embarazo de las adolescentes, expresado demográficamente como tasa de fecundidad, es en la actualidad un motivo de preocupación mundial, regional y nacional en muchos países debido a que se supone una condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal; comprometiendo el futuro de la salud de la madre². Lo que es agravado por factores contextuales como la pobreza, la desnutrición, la falta de servicios higiénicos y sanitarios, la interrupción de los estudios y la expulsión de los hogares que muy frecuentemente anteceden a la situación del embarazo³.

El riesgo de mortalidad materna en adolescente es alta en aquellas mujeres con edades inferiores a los 20 años, especialmente en aquellas menores de 15 años, sin embargo la edad cronológica en el embarazo, no se puede separar de la acción de los otros factores principalmente sociales entre los que se mencionan la primiparidad, bajo nivel socio económico y educativo, alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias toxicas durante el embarazo(alcohol, tabaco, drogas), atención médica deficiente durante su embarazo y escaso apoyo familiar⁴.

Más del 70% de las muertes maternas ocurridas en el país provienen de áreas rurales y según el Plan Nacional de Salud una cuarta parte de éstas se producen en adolescentes. Los principales departamentos afectados son la RAAN, Río San Juan, Jinotega, Matagalpa y Chontales. La mayor parte de muertes ocurren en el posparto por causas obstétricas directas y de ellas las principales patologías son la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis y el aborto.

En vista de la situación en nuestro país se han implementado programas para mejorar la calidad de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en nivel primario como son las normas de atención de embarazos complicados y parto a nivel hospitalarios, con el objetivo de mejorar el proceso de atención que se brinda a las adolescentes, de tal manera que los indicadores de impactos sean satisfactorios. También se ha tratado de garantizar una atención diferenciada a la adolescente embarazada ya que constituye un grupo de riesgo sin embargo, el embarazo, parto y puerperio en adolescente y las tasas de mortalidad en Nicaragua aún siguen siendo de las más altas de Latinoamérica.

II. ANTECEDENTES

La Misión del Ministerio de Salud es asegurar a los individuos acceso a un servicio de salud que responde a sus necesidades reales y sentidas, que enfatiza la promoción y prevención de la salud y con capacidad para restablecerla y rehabilitarla con un enfoque integral y humanizado.

En el año 1995 se establece la implementación del Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, donde se dirigen acciones para reconocer a la mujer y niñez como un ser integral, con un abordaje de su problemática para la reducción, neutralización y eliminación de los factores que incrementan el riesgo de enfermar o morir.

A partir del año 1996 se implementó a nivel nacional el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, obteniendo como resultados: fortalecimiento del registro y de la calidad de la información tanto de las defunciones domiciliarias como institucionales, al que se suma el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal e Infantil, implementando el registro en las Unidades del MINSA a partir de 1998.

En Marzo del 2002 se aprobó el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Este plan constituye una guía para el establecimiento de nuevas estrategias de intervención y fortalecimiento de las ya existentes con el objetivo de potenciar los esfuerzos entre el Estado, la cooperación externa, los organismos no gubernamentales y la sociedad civil a fin de lograr metas de mayor impacto.

La muerte materna en Nicaragua constituye uno de los principales problemas de salud pública cuyo comportamiento en los últimos diez años refleja una leve disminución, sin considerar la existencia de un subregistro que según el manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna puede oscilar alrededor del 50%.

Para 1993 las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud (MINSa) reportaron una tasa de 98 x 100,000 nacidos vivos registrados. Posterior a la implantación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna (1996), el indicador sufre un incremento registrando para 1998 una tasa de 106 x 100,000 abr.

En 1999 se reportaron 174 muertes con una tasa de 118 x 100,000 abr y en el año 2000 se reportan 139 muertes maternas para una tasa de 87 x 100,000 abr (^{1,2}). En el 2001 se reporta como datos preliminares una tasa de 115 x 100,000 abr.

Según los datos del Ministerio de Salud en Nicaragua, la tasa de Mortalidad Materna ha sido oscilante en la última década (1990 – 2000). Las proyecciones hasta el año 2015 muestran un paulatino descenso, pero aún insuficiente para asegurar el cumplimiento de las metas del Milenio establecidas en la declaración conjunta para la Reducción de la Mortalidad Materna, así como en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP).

¹ Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Marzo 2000

² Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna/Atención Integral a la Mujer 1998-2001.

Las causas de muerte materna han sido las mismas durante los últimos 9 años, predominando las causas obstétricas, sin embargo se ha observado un descenso desde un 94% para el año 1992 hasta un 79% para el año 2001. En cambio las causas de muertes No Obstétricas han aumentado casi tres veces la incidencia reportada en 1993 que pasó de 8% a 21% en el año 2000 y se mencionan como principales causas los suicidios (58.6%) y violencia intrafamiliar (17%) respectivamente (**AIM**)

Dentro de las causas de muerte obstétrica no se ha observado cambio en la frecuencia de las patologías a lo largo de 1993 al 2001 figurando en primer lugar las Hemorragias seguido del Síndrome Hipertensivo Gestacional, Sepsis y Aborto. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de Maternidad y además los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencias y la calidad de atención es a veces insuficiente.

En Nicaragua el embarazo en adolescentes es de aproximadamente es de 27% ².

En el hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque, según datos estadísticos en 1999 se atendió en un total de 10,067 partos, de los cuales 3,536 fueron adolescentes lo que representa el 35.2% del total de partos.

Un estudio realizado en este mismo hospital en el período comprendido de Enero a Septiembre del 2001 refleja que se atendieron un total de 11,910 pacientes entre adolescentes y no adolescentes y que finalizaron su embarazo en este hospital, de los que el 20% correspondieron a mujeres adolescentes ⁷.

Considero de vital importancia que el MINED y los ONGs incluyan dentro de sus programas de estudios, acciones de promoción y prevención relacionada a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

III. JUSTIFICACION

En Nicaragua las muertes de las adolescentes en el embarazo, parto y puerperio es un problema de Salud Pública, aunque pareciera que tiende a reducirse en los últimos años es un aspecto que debe atenderse de forma integral haciendo énfasis en la promoción y prevención del embarazo en adolescentes.

El 37% de La/os adolescentes están comprendido entre las edades de 10-14 años y el 33% entre las edades de 15 -19 años. En Nicaragua se caracterizan desde el punto de vista reproductivo, por el inicio de relaciones precoces y altas tasas de fecundidad. La fecundidad de las adolescentes rurales supera en más del 60% a la fecundidad de las adolescentes en el área urbana y representa el grupo de edad con mayores tasas de mortalidad materna.

En estos grupos, la muerte materna tiene diversas causas asociadas al aborto y el suicidio, que son mecanismo que la adolescente utiliza para interrumpir el embarazo.

A pesar de ello, casi la mitad de los adolescentes en las edades de 15-19 años que tienen vida sexual activa, no usan métodos anticonceptivos, hechos que se debe a problemas derivados, por la falta de información y accesibilidad de los mismos, de tal forma que se pueda desarrollar una práctica de sexo responsable en los adolescentes.

Sin embargo, merece especial atención el hecho de que el 3,02% de los embarazos en los adolescentes, ocurren en edades comprendidas entre 10-14 años, lo que en la mayoría son productos de abusos sexuales en el mismo hogar, violaciones por familiares conocidos.

En general los adolescentes de ambos sexos están sometidos a un conjunto de riesgos, productos de las condiciones sociales y la pobreza que vive el país, lo que conlleva a las adolescentes al consumo de alcohol, drogas (especialmente en a zonas del caribe) las pandillas y situaciones de violencias en que muchos de ellos se desarrollan.

En Nicaragua para el año 1999, la tasa de mortalidad osciló entre 106 por 100,000 nacidos vivos, siendo el grupo más afectado el comprendido entre los 15 y 19 años, correspondiéndole a este grupo el 20% del total de muertes por diferentes causas.

En el año 2003 la tasa de mortalidad materna fue de 83.4 por 100,000 nacidos vivos.

El porcentaje de embarazos en adolescentes para el 2003 fue de 27.4%.

Las tasas de mortalidad materna presentan grandes disparidades entre el promedio nacional y los municipios de las zonas rurales y las Regiones del Atlántico Norte y Sur, que concentran comunidades étnicas y son zonas con difícil acceso a las unidades de salud, existen bajos niveles de escolaridad y alto nivel de pobreza, estos factores asociados al analfabetismo, se vinculan con altas tasas de embarazos en adolescentes partos domiciliarios y aborto.

En el año 2004, en Nicaragua las principales complicaciones reportadas alrededor del embarazo, parto puerperio fueron: Ruptura Prematura de Membrana, 16%, Sepsis puerperal 24%, Hipertensión gestacional con protehinuria 54%, aborto 73%, muertes por secuelas obstétricas directas 32%, Infecciones de Vías Urinarias 50%, Hemorragia precoz del Embarazo 37%, parto por Cesárea 12%, el grupo más afectado fue de el de 15-34 años.

En el periodo 2005, la tasa de mortalidad materna fue de 89.6 por 100,000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia post parto (48% de los casos), seguida de sepsis Puerperal (15%) y eclampsia (14%).

Es importante destacar que existen diversos estudios de mortalidad materna general, con este estudio tenemos la oportunidad de realizar un análisis de los factores que inciden en las muertes maternas de las adolescentes en Nicaragua.

Por lo anteriormente descrito fue lo que motivó realizar la investigación sobre **la Mortalidad Materna en Adolescentes en el Periodo 2004-2006**, por considerarse un problema de Salud Publica que amerita buscar alternativas conjuntas con el Ministerio de Salud para disminuirlas.

³ Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua, diciembre, 2003. Pág.,10
Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna/Atención Integral a la Madre, 1999-2005.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los principales factores que se presentan en la mortalidad materna de adolescentes. Nicaragua Enero 2004 a Diciembre 2006?

Del planteamiento del problema se derivan las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuales son las características socio - demográficas de las adolescentes?

¿Cuáles son los principales antecedentes obstétricos que presentan las adolescentes?

¿Cuáles son los principales datos del embarazo, parto y puerperio de las adolescentes?

¿Cuáles son las principales complicaciones de muertes maternas y la atención que se les brindó por el personal de salud y comunitario a las adolescentes durante el parto y puerperio?

V. OBJETIVOS

GENERAL

- ◆ Describir los principales factores que se presentan en la Mortalidad Materna de Adolescentes. Nicaragua Enero 2004 a Diciembre 2006.

ESPECÍFICOS

- ◆ Describir las principales características sociodemográficas de las adolescentes durante el período 2004-2006.
- ◆ Identificar los principales antecedentes obstétricos que presentan las adolescentes embarazadas a nivel nacional.
- ◆ Identificar los principales datos del embarazo, parto y puerperio de las adolescentes.
- ◆ Describir las principales complicaciones de muertes maternas y la atención que se les brindó por el personal de salud y comunitario a las adolescentes durante el parto y puerperio.

VI. MARCO TEORICO

La adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume característica diferente según su estructura social y cultural de cada sociedad en particular. Según la Organización Mundial de Salud, la adolescencia comprende el grupo atareó de 10-19 años de edad¹¹.

La adolescencia se ha dividido en dos etapas:

- Adolescencia precoz:10-14 años
- Adolescencia tardía: 15-19 años.

Embarazo en adolescente

El embarazo en las adolescentes se define como aquella gestación que ocurre en mujeres menores de 19 años, y/o durante los primeros años ginecológicos de la misma y la aparición de la primera menarquia, cuando no han alcanzado completamente su desarrollo fisiológico; no tiene todas las condiciones óptimas para sustentar o alimentar al producto en el útero. El embarazo a esta edad puede ocasionarle problema de salud y mayores riesgos de muerte.

Consecuencias del Embarazo en la Adolescente:

Complicaciones Médicas como: Hemorragia, Anemia, Infecciones Urinarias, aumento de la presión arterial, perforación uterina, aborto espontáneo, consecuencias emocionales, tristeza, sentimientos de culpa, depresión, conflictos de pareja, baja autoestima, desesperación y angustia. Pérdida del producto y muerte de la madre.

Social:

- Marginación Social y familiar, obligada/o a un casamiento forzado
- Abandono de los estudios, amistades, limitaciones económicas, dependencia económica de la familia, inseguridad social.

Consecuencia para la Familia.**Consecuencias psicológicas:**

- Culpabilidad, por no haber ayudado evitar la situación
- Rechazo hacia la hija por su comportamiento
- Presión social para la formalización del matrimonio.
- Desencanto por que su hija no cumplió con sus expectativas
- Posibles consecuencias socioeconómicas
- La economía familiar se altera por la integración de un nuevo miembro a la familia.
- Dependencia económica de la adolescente.

Al igual que en el resto de mujeres grávidas de otras edades, se ha identificado en las adolescentes embarazadas algunos factores de riesgo que se describen a continuación:

Factores de riesgo asociados a la edad en la adolescente embarazada.

<i>Variable</i>	<i>Indicador o punto de corte</i>
Edad	Menor de 20 años
Estatura	1.50m ó menos
Situación Conyugal	Soltera o sin compañero estable
Peso Inicial	Menos de 50 Kg.
Aumento de Peso	Menos de 8 Kg. durante todo el embarazo.
Educación	Analfabetismo
Comportamiento	Hábito de fumar Consumo de alcohol Consumo de drogas Actitud negativa frente al embarazo
Aspecto socio – económico	Embarazo producto de abuso sexual Embarazo no planificado Factores Familiares
Atención de Salud	Poca accesibilidad a los servicios. Ausencia de atención prenatal
Condición Patológica	Trastorno del embarazo Enfermedades crónicas.

Las relaciones sexuales a temprana edad y la alta proporción de embarazos en adolescente son una realidad que necesita ser enfrentada y atendida urgentemente. Nicaragua es el país de Latinoamérica que presenta la mayor tasa de embarazos en adolescentes convirtiéndose así en un problema de salud pública asociado a otros factores.

- **Morbilidad materno infantil:** los hijos de madres adolescentes tienen mayor posibilidad de enfermar o morir sobre todo cuando son de bajo nivel socioeconómico y poca escolaridad de la madre (ENDESA, 1998), los hijos de madres adolescentes presentan un alto riesgo de abuso físico, cuidado inadecuado, desnutrición y retraso en su desarrollo físico y emocional por falta de estimulación temprana (OPS, 96).
- **La mortalidad materna en adolescentes:** las adolescentes tienen dificultades para reconocer los signos tempranos del embarazo ya sea por desconocimientos o rechazo a las posibilidades del mismo, lo cual retrasa la búsqueda de atención médica aumentando el riesgo de complicaciones durante el embarazo.
- **La falta de madurez física en las adolescentes:** pueden ser causas de complicaciones durante el trabajo de parto aumentando los riesgos al binomio madre-niño, enfermedades, como eclampsia, hemorragias, Abortos, asociadas con la maternidad precoz.
- **El rechazo del embarazo y la falta de condiciones** para asumir la maternidad, pueden conllevar a las adolescentes a recurrir a un aborto en condiciones insegura lo que aumenta el riesgo de la mortalidad materna.
- **Mayor fecundidad:** las mujeres que comienzan la procreación a edades más tempranas tienen dos a tres veces más hijos, que las que postergaron la maternidad hasta los 20 años (Koontz, 94).

Factores Personales:

Las adolescentes con una menarquia a temprana edad están en mayor riesgo de embarazarse. El periodo entre la pubertad y la independencia económica ha aumentado, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

Factores familiares:

Una dinámica familiar disfuncional puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre de carencia afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual, puede además encontrar alivio a la soledad y el abandono, a través de un embarazo que le permitirá salir de un hogar patológico amenazado por la violencia el alcoholismo o a la amenaza de incesto.

Factores sociales:

Existe una mayor posibilidad de que las zonas de pobreza, con hacinamiento, delincuencia y alcoholismo tengan mayor posibilidad de presentar familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los servicios de salud con un mayor riesgo en la salud de la adolescentes. Es importante tomar en consideración los mensajes comercializados que se transmiten por los medios de comunicación, los aspectos religiosos, así como el machismo existente.

Factores socioeconómicos:

Una gran parte de las adolescentes embarazadas no cuentan con una pareja estable o el padre no asume su responsabilidad y es la madre la que enfrenta la situación como madre soltera. En los casos en los que el matrimonio es forzado por el embarazo, la frecuencia del divorcio es muy elevada. En cualquier caso la economía familiar empeora.

Factores culturales:

En el área rural existe el machismo donde los hombres no le gusta que sus parejas sean atendidas por profesionales de la salud que sean hombres y las mujeres se oponen a ser atendidas en las unidades de salud ya que temen que le realicen la episiotomía en sus partes, además tienen la creencia de que si su mamá tuvo varios hijos sin problemas y fueron atendidos por parteras, ellas no consideran un riesgo ser atendidas en la comunidad por las mismas parteras.

Factores institucionales:

La mayoría de los daños y riesgo obstétrico para la salud de la embarazada, pueden ser prevenidos y detectados con éxito, mediante la aplicación de los procedimientos normados en el ministerio de salud. Los principales factores que ocurren es la falta de promoción de la salud sexual y reproductiva hacia las adolescentes, promover la planificación familiar, captación precoz de la embarazada, falta de trabajo de terreno comunitario, la no priorización de las embarazadas en las salas de emergencia de las unidades de salud de mayor resolución y la inadecuada aplicación de las normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas de las embarazadas.

Violencia sexual: es cuando una persona exige contacto o relaciones sexuales con otra, sin su consentimiento. No se limita a la violación con penetración, sino que incorpora cualquier tipo de comportamiento sexual impuesto sobre otra persona, puede incluir hostigamiento, manoseo, caricias, besos en contra la voluntad de la otra persona. Obligar a una persona a tener sexo, la violación en un contexto casual en la pareja, o por una pandilla; el incesto, el embarazo forzado, traficar con comercio sexual.

Violencia intrafamiliar: se refiere a actos de violencia se refiere a actos de violencia perpetrados por una persona en contra de otra(s) a lo interno de la misma familia. La violencia (física o psicológica) de las madres y los padres hacia los hijos e hijas es una dinámica basada en como concebimos la naturaleza humana y como los padres o madres debemos encausarla o educarla, condición que también otorga poder y autoridad mas aún en las concepciones de género.

Factores de Riesgo de embarazo en Adolescentes

Situaciones difíciles que enfrenta la adolescente durante el embarazo:

Las mayores dificultades que enfrentan las adolescentes de 15 años durante el embarazo y el parto son las posibilidades de aborto, parto prematuro, trabajo de parto prolongado, preeclampsia, producto de bajo peso y talla al nacer, la que lo hace más vulnerable por la inmadurez física de su cuerpo para la maternidad.

Sufrimiento por rechazo y recriminación social y familiar por el embarazo, lo que aumenta el aislamiento, la pérdida o disminución de la autoestima y la autonomía; la familia ve el embarazo como una desgracia, se sienten culpable y antes de reconocerlo proyectan estos sentimientos hacia la adolescente a través de reclamo, culpabilización, rechazo, abandono y en algunos casos hasta la

violencia física. La prolongación de la dependencia económica y afectiva del grupo familiar en un período de su vida en el cual ganar independencia es muy importante para la reafirmación de la propia identidad, junto a esta dependencia se produce un cambio de roles en lo cual los abuelos asumen el papel de abuelos, padres o abuelas madres, produciendo confusión en el adolescente y el bebé para quien sus primeras relaciones no quedan claras pues responde a más de una madre-hermana o un padre, lo cual a largo plazo va cobrando una gran importancia pues existen confusiones de afecto y relaciones que dificultan su confianza básica y seguridad personal.

Deserción escolar por el rechazo en la escuela que no admite a una muchacha embarazada y la obliga a cambiarse al turno nocturno o de escuela separándola de sus amigos y de un entorno conocido que le brinda mayor seguridad en el desarrollo del proceso académico.

El riesgo de un aborto en condiciones inseguras por el rechazo del embarazo, lo que conlleva a mayor riesgo de muertes y complicaciones severas que pueden traer consigo incluso esterilidad, además de las implicaciones sociales y psicológicas que esta desición conlleva (temor, el remordimiento, la culpabilidad y la desesperanza).

Control prenatal:

Es la serie de contactos, entrevista, o vistas programadas o no, de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación del parto y la crianza del niño.

La norma de control prenatal establece que las mujeres embarazadas deben realizarse como mínimo cuatro controles prenatales durante el embarazo de bajo riesgo y en caso de mujeres de alto riesgo queda a criterio del médico tratante.

El control prenatal persigue:

- Dar atención Integral diferenciada por personal capacitado y aplicando enfoque de riesgo asegurando la privacidad y confidencialidad
- Brindar orientación y consejería desde la primera atención y referir a las otras especialidades según el caso.
- Indagar sobre la posibilidad de un embarazo no deseado y las posibles consecuencias físicas y emocionales tanto para la adolescente como para su pareja y familia.
- Realizar detección precoz, tratamiento y referencia oportuna de cualquier patología, con énfasis en aspectos emocionales.
- Efectuar un estudio social completo, detectando y derivando los problemas según su complejidad.
- Suministrar información y educación para la salud sexual y reproductiva, con énfasis en anticoncepción a las y los adolescentes y su grupo familiar.
- Promover la utilización de metodologías participativas con la conformación de clubes de adolescentes embarazadas con sus parejas: juegos educativos, socio dramas, lluvias de ideas, discusiones grupales, collage y cualquier otra metodología según la creatividad del personal de salud.
- Facilitar la interacción de las adolescentes en la sala de espera.
- Hospitalizar aquellas adolescentes embarazadas cuyo riesgo o factor intercurrente así lo requieran.
- Establecer coordinación entre el primero y segundo nivel de atención, especialmente con servicios de riesgo obstétrico.
- Desarrollar técnicas de trabajo en familia para apoyar y/o promover conductas y actitudes positivas hacia el neonato y los (as) adolescentes.

- Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante todo el proceso, brindándole apoyo psicológico a ambos.
- En las zonas de difícil acceso orientar, educar y referir a las casas maternas y educar sobre Plan de Parto.

El control prenatal es eficiente cuando cumple cuatro requisitos básicos:

Precoz o temprano: el control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control.

Periódico o continuo: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada, las de altos riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema que presentan, las de bajo riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares.

Completo o integral: los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivos de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud.

Extenso o de amplia cobertura: solamente en la medida que el porcentaje de la población controlada sea alto (lo ideal sería que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de la medicina preventiva. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicando de forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la atención institucional del

nacimiento, el empleo de criterios para determinar los niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, que contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Contenidos del control prenatal:

- Examen físico obstétrico completo
- Examen del papanicolao
- Examen odontológico.
- Exámenes: complementarios (TipoRH, g lucosa, orina, hemoglobina, serologia para sífiles, HIV, toxoplasmosis, chaga, urocultivo cervical para gonorrea y Chamydia.
- Los elementos básicos del control prenatal, que deberán reiterarse en todas las consultas, son el estudio de la ganancia de peso materna, la deterniamción de la presión arterial y la valoración de la evolución del crecimiento fetal.
- Nutrición de la embarazada
- Contenidos educativos del control
- Preparación psicofísica de al embarazada.

Antecedentes del embarazo:

El examen de toda embarazada deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio:

La anamnesis de los datos de identificación, caracterización, socioeconómica, antecedentes familiares, personales, ginecológico y perinatales.

Nivel socioeconómico y educacional: La fuerte asociación existente entre malos resultados perinatales y bajo nivel socio económico y educacional obliga a considerar estos últimos datos toda vez que se evalúa el riesgo de la gestante. El deterioro socio económico y el bajo nivel de educación se asocian a un bajo número de consultas prenatales, a familias más numerosas, hacinamiento, mayor porcentajes de embarazadas que realizan trabajo manual, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo, a mayor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones prematrimoniales.

Edad materna y paridad: en general se consideran a las embarazadas de 20 a 30 años con el grupo etáreo de menor riesgo perinatal, la mortalidad fatal y neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tienen más de 35 años.

Primiparidad precoz: se considera cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años. De los 12 a 14 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil, puede haber aborto o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto puede sobrevenir distocia por falta del desarrollo pelviana y en el alumbramiento originarse anomalías por deficiencia de la contracción uterina.

Primiparidad tardía: cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años, se le rotula primípara añosa o atempata. El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y clínicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractibilidad al sufrir degeneración fibrosa.

Antecedentes Familiares: se trata de saber si en las personas vinculadas por parentesco de primer grado a la embarazada y su cónyuge existen cuadros como diabetes, tuberculosis, hipertensión o embarazo múltiples en la rama materna, que obliguen a tomar medidas especiales de diagnóstico y tratamiento de la gestante.

Antecedente personales: se toma en consideración las enfermedades clínicas y las intervenciones quirúrgicas que la embarazada haya padecido y su evolución. En todo caso es imprescindible evaluar el grado de secuela que el cuadro puede haber dejado y que puede repercutir desfavorablemente sobre el embarazo.

Antecedentes ginecológicos: las afectaciones ginecológicas y las intervenciones pueden ser causa de modificación de conductas en la atención, por lo que deben ser cuidadosamente pesquisadas.

Antecedentes obstétricos: los datos relativos a los partos anteriores tienen un valor inapreciable para el pronóstico. Hay una tendencia a que el riesgo se manifieste en forma similar al antecedente que lo agrava. La probabilidad de tener un parto de niño de bajo peso es un 50% mayor cuando existe otro caso en el embarazo inmediato anterior.

Se investigará el número de gestaciones y el de partos anteriores, es necesario conocer la terminología para ser preciso en la redacción de las historias clínicas. Si es la primera gravidez, se denomina primigesta; si ya tuvo otras gestaciones, se le denomina multigesta. Se ha de precisar el número de parto vaginales, para rotularlo como nulípara, primípara o multípara. Una mujer puede ser multigesta y nulípara (si solo tuvo abortos) y si la paciente a dado a luz mediante operaciones de cesárea, también se incluyen en las nulíparas.

Intervalo intergenésico: es el periódico comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio de la actual, cuanto menor es el intervalo intergenésico, mayor es la incidencia de niños de bajo peso, de niños con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal. Es necesario precisar la fecha de terminación del último embarazo, si han habido embarazos que se han interrumpido antes de tiempos (abortos, partos y parto prematuros).

Embarazo actual: Se interrogará de forma precisa acerca del primer día y el mes de la última menstruación y si estos datos son confiables, ya que a partir de ellos se calcula la edad del embarazo y la fecha probable de parto, no debe confundirse con hemorragias del primer trimestre.

El valor de la fecha de la última menstruación depende la normalidad del ritmo menstrual. Este puede estar modificado por el uso de medicación anticonceptiva.

- **Accidentes y complicaciones del embarazo actual:** es necesario interrogar sobre los diversos trastornos ocurridos durante el embarazo. Los vómitos simples o emesis grávidas no influyen sobre el apetito, se producen sin esfuerzo, no dejan malestar, ni tienen repercusión manifiesta sobre el estado general.
- **La constipación es común** en la mujer durante el embarazo por influencias hormonales, insomnio, mareos, neuralgias, calambres, parestesia. Frecuente la polaquiuria que aparece precozmente en el embarazo, es necesario interrogar sobre la presencia de sangrado vaginal, tratando de que la paciente precise la fecha, duración, cantidad y aspecto.

Métodos anticonceptivos.

Estudios realizados a partir de los años 70 en Asia, África y América Latina y medio oriente, se demostró que existe una relación entre planificación familiar y salud materna infantil.

Estimaciones basadas en una encuesta mundial de fecundidad indican que si todas las mujeres que han manifestado deseos de no tener hijos recurrieran a la anticoncepción, se podrían evitar el 29% de las muertes maternas en países desarrollados y el 94% de muertes maternas en América Latina.

Se estima que en el mundo ocurrieron anualmente 500 mil muertes materna y que tanto la madre como su hija e hijos hubieran podido vivir vidas sanas, si las mujeres hubieran tenido medios para controlar su fecundidad ya que esto le permitiría aplazar un embarazo hasta finalizada la adolescencia, espaciar el periodo intergenésico a dos años como mínimo y reducir la fecundidad en mujeres mayores que ya habían procreado muchos hijos.

Las mujeres solteras no son atendidas en la clínica de planificación familiar. En el campo y en algunos sectores marginados hay dificultades para conseguir anticonceptivos, porque escasea el dinero para comprarlo o por que no existen clínicas o farmacias. En muchos servicios de salud solo se ofrecen dos otros métodos y eso hace difícil elegir, porque a veces los métodos disponibles no responden a las necesidades de las parejas. Solo un 48% de las mujeres en edad fértil refiere utilizar métodos anticonceptivos (INEC-MINSA, 1999)

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de una persona y/o pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados.

Clasificación de los métodos anticonceptivos femeninos: Métodos natural, métodos de barrea, métodos mecánicos y métodos hormonales.

Métodos Naturales: la Organización Panamericana de Salud los ha definidos como “métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de la fase fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; está implícito en esta definición que no utilizan fármacos, ni dispositivo, ni procedimientos quirúrgico para evitar la concepción, que existe abtenencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y que el acto sexual, cuando ocurre es completo.

Tipos:

- Método del ritmo
- Método de temperatura corporal basal
- Método de moco cervical
- Método de la palpación cervical
- Método sintotermico.

La efectividad bajo condiciones optimas, interpretando bien cuales son los días en que se puede quedar embarazada 80 % real.

Métodos hormonales femenino: son sustancias o combinación de sustancias esteroides (estrógeno y /o progestagenos), cuya administración o aplicación por diferentes vías oral y /o intramuscular que evitan el embarazo.

Clasificación:

Hormonales orales:

- Combinados
- Solo progestagenos.

Hormonales inyectables intramusculares:

- Mensuales
- Trimestral
- Hormonales implantes subdermicos
- No biodegradables (NORPLANT)
- Biodegradables.

Parto:

Es un conjunto de fenómenos mecánicos y fisiológicos que tiene por objeto la calidad de un feto viable de los genitales materno.

Periodos:1) borramiento y dilatación del cuello uterino,2) Expulsión del feto,3) periodo placentario o alumbramiento.

El Puerperio:

Es el periodo de trasformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituirla a su estado primitivo.

La duración del puerperio se ha fijado aproximadamente en 60 días y se dividen:

- **Puerperio inmediato:** que abarca las primeras 24 horas
- **Puerperio propiamente dicho:** que comprende los primeros 10 días.
- **Puerperio Alejado:** que se extiende hasta los 45 días y finaliza muchas veces con el retorno de las reglas.
- **Puerperio tardío:** desde los 45 hasta los 60 días.

La conducta que deberá ejercerse es una estrecha vigilancia, sobre todo durante las dos primeras horas del puerperio inmediato: se pondrá énfasis en la pérdida sanguínea, la frecuencia del pulso, la tensión arterial y la formación y persistencia del globo de seguridad de pinar.

En Nicaragua la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud de áreas rurales y casi la mitad de las mujeres tienen de 20 a 34 años de edad. Los principales departamentos afectados son la RAAN, Río San Juan, Jinotega, Matagalpa y Chontales. La mayor parte de muertes ocurren en el posparto por causas obstétricas directas y de ellas las principales patologías son la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, el aborto y el parto obstruido.

Las Mujeres en edad fértil se caracterizan desde el punto de vista reproductivo por el inicio de relaciones sexuales precoces, altas tasas de fecundidad (.5.4 hijos en área rural contra 3.1 en el área urbana) y bajo uso de métodos anticonceptivos, hecho que se debe a problemas derivados de la falta de información y accesibilidad a los mismos de tal forma que se pueda desarrollar una práctica de sexo responsable y seguro en las parejas.

El embarazo en las adolescentes es 119 por mil por mil nacidos vivos, lo que sitúa a Nicaragua como el país de mayor incidencia del embarazo en la adolescencia en Centro América.

- Los adolescentes representan el 24% de la población Nicaragüense.
- Existen un incremento en la tasa de fecundidad en adolescentes pasando de 119/1000 en el 2001, a 128/1000 en el 2005

- El embarazo en adolescentes en Nicaragua es un 25% más alto en relación a los países Centro América. Este porcentaje se duplica en el norte y centro del País (ENDESA 2001).
- El 30% de las muertes maternas ocurrieron en menores de 20 años en el 2004 y el 17% en el 2005
- La mitad de las mujeres inicia la vida sexual antes de los 18 años, de ellas el 16.4% lo hace antes de cumplir los 15 años (ENDESA 2001).

Si estos hechos le agregamos el riesgo de que el 15% de los embarazos esperados presenten complicaciones, podemos concluir que la mortalidad en adolescentes es un indicador que requiere analizarse y monitorearse de forma periódica a fin de contribuir a la identificación de los principales problemas y sus alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo.

⁴Las muertes maternas resultan de una combinación de factores sociales por causas médicas y fallas en el sistema de salud lo que conlleva a la muerte materna y neonatal (4).

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan la desventajosa condición social de las mujeres, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda (3).

⁴ MINSA, Prevención del Embarazo en la Adolescencia.
 MINSA, Estrategias y Lineamientos Básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia febrero, 2005.
 MINSA, Manual de consejería para adolescente 2003. Prevención del Embarazo en la Adolescencia

“Se define como muerte materna: La muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo, independientemente de la duración y localización de éste, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales y pueden ser directas e indirectas” (13).

Causas de la mortalidad materna en adolescentes:

La muerte materna de una adolescente se determina oficialmente entre el grupo etéreo de 15-19 años relacionados al embarazo, parto y puerperio, como consecuencia de desventajas sociales, económicas, educativas y culturales, pero sobre todo de género. En países en desarrollo, la mortalidad materna es una de las causas principales de muertes en adolescentes. (22).

Otros factores que influyen en la posibilidad que tiene la mujer de sobrevivir a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son: las condiciones sociales y nutricionales de las adolescentes y mujeres; el acceso a los servicios de salud y de planificación familiar y su uso para la planificación de sus embarazos, evitando quedar embarazada en la adolescencia entre otros factores. (23).

Muertes maternas por Causas Obstetricias Directas.

Son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos originadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

- Embarazo terminado en aborto.
- Edema protehinuria y síndrome hipertensivo del embarazo, parto y puerperio

- Hemorragias: en el embarazo por aborto espontáneo o inducido y embarazo utópico; en el parto por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta; en el puerperio por retención placentaria o atonía uterina.
- Sepsis puerperal
- Trabajo de parto obstruido
- Complicaciones del embarazo ectópico.

Muertes maternas por causas Obstétricas Indirectas:

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

- La anemia
- La malaria
- Hepatitis viral
- Las cardiopatías
- La diabetes.

Muertes maternas por causas no obstétricas:

Es la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o su atención. Como por ejemplo la muerte de una gestante por accidente transito o después de una cirugía por tumor cerebral y/o intoxicación.

Mortalidad materna por causas obstétricas directas:

Aborto: La incidencia de abortos inducidos en los países de Latinoamérica y El Caribe, no se conoce debido a las características de ilegalidad y sub registro en las mayorías de ellos. Donde el aborto aparece con la primera causa de mortalidad materna en 7 de los 23 países analizados y ocupa el segundo lugar en otros (18).

Las defunciones por aborto varían entre el 5%(Canadá y Uruguay) y 35%(Argentina y Chile) del total de las defunciones maternas. En los demás países, el hecho del que aborto no figure como la primera causa de mortalidad materna no indica que su incidencia sea pequeña, ya que la mayoría de ellos no se conoce las cifras reales de este indicador. Aunque no se disponga de métodos de control efectivos y estimar el número de abortos ilegales, una estimación confiable de mortalidad por aborto ilegal es de 1,000 muertes por cada 100,000 procedimientos, es decir 1 por cada 100 abortos ilegales. (15).

En Nicaragua alrededor del 6% de las muertes maternas ocurren en gestaciones que finalizan en un aborto espontáneo o inducido en nuestro país como el shock séptico y coagulación intravascular diseminada (CID), lo que lleva a fallas multiorgánicas y a la muerte (15).

La mortalidad materna aumenta con la edad de gestación cuando el aborto se realiza entre las 16 y 20 semanas, es 20 veces más alta cuando se realiza antes de octava semana (13).

El riesgo de muerte materna asociada con el aborto legal aumenta con la edad de la madre, el riesgo es relativo cuando la edad es de 40-44 años es de 2.5 veces mayor que cuando la interrupción del embarazo se realiza en mujeres

menores de 19 años, así mismo el riesgo de muerte materna aumenta con la paridad, el riesgo relativo es tres veces mayor que en mujeres nulíparas (13).

Toxemia: representa el 6% de mortalidad materna en 6 de los 23 países analizados de la región, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Republica Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela. (3).

En Nicaragua la enfermedad hipertensiva gestacional representa el 20% de muertes maternas directas (13).

Las complicaciones de la hipertensión inducida por el embarazo en otros países son las causas del 12 % de las muertes maternas que ocurren antes de la canalización del embarazo (13).

La Preeclampsia está asociada con un 35% de estas muertes, el 58% con la eclampsia y el 7% que corresponde a otro estado hipertensivo. Las complicaciones cerebro vascular están presentes en el 65% de los casos, son responsables del 20% de la mortalidad materna en la eclampsia (13).

Factores que se asocian a la hipertensión inducida por el embarazo:

- Nuliparidad: aproximadamente el 75% de los casos se relaciona con la edad, si es mayor de 35 años de edad el riesgo de presentar complicaciones es más alto.
- Antecedentes familiares
- Embarazos múltiples: es riesgo es 5 veces mayor
- La existencia de diabetes mellitus, polihidrannios y la mola Hidatiforme, la aparición de pre-eclampsia, eclampsia, es más frecuentes en las molas de gran tamaño.
- Hipertensión Crónica

- Factores Ambientales
- Desnutrición y obesidad.

Hemorragias: ocupan el primer lugar como causas de mortalidad materna en Ecuador, México, Canadá, Cuba y Perú, de estos, Ecuador y México representa el 25% de las muertes por hemorragia siendo más altas las cifras en relación a las de Cuba y Canadá. En la cual se refleja la calidad y el acceso de los servicios de salud. Un indicador la atención de partos institucionales atendidos por profesionales, en Costa Rica supera el 99%, mientras que en Ecuador es del 52% y en el Perú de 49.5% (15).

Las principales condiciones clínicas asociadas con las hemorragias que causa la muerte de la madre son la ruptura de un embarazo ectópico, Desprendimiento de Placenta Normo insertada (DPNI), Coagulación intravascular Diseminada (CID), Placenta Previa, Retención placentaria (15).

Complicaciones en el puerperio: el grupo de complicaciones del puerperio constituye un conjunto de causas de mortalidad materna que se remite habitualmente a la cobertura y la calidad de los servicios de atención del parto y la vigilancia del periodo puerperal.

En Canadá, El Salvador y Estados Unidos, Puerto Rico y Uruguay constituye la primera causa de mortalidad materna, uno de los factores que contribuye a las elevadas tasas de mortalidad materna por complicaciones en el puerperio es el exceso de intervenciones médicas durante el parto y en particular la práctica indiscriminada de las cesáreas. (15).

La mortalidad materna frecuentemente se aborda analizando los casos de las mujeres mayores de 20 años pero menos frecuentemente se analizan las fallecidas adolescentes que son un grupo importante en América Latina. Hasta hace pocos años, casarse y tener hijos a los 14 o 15 años de edad era algo

común, pero en la actualidad esto tiene una significación muy diferente, pues evoca una anomalía social y numerosos riesgos sociales, psicológicos y biológicos.¹

El embarazo y el parto durante la adolescencia producen importantes riesgos en niñas de 15 a 19 años de edad donde paren alrededor de 15 millones de niños cada año en el mundo y por causas relacionadas con el embarazo, mueren en este grupo de edad más que por ninguna otra causa.²

Las adolescentes tienen la doble probabilidad de morir en el parto en relación a las mujeres mayores de 20 años y en aquellas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo más de morir y exponen a su descendencia a un alto riesgo: Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, abortos, entre otros.

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto en términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 19 años. Durante este período se producen aceleradamente en el ser humano cambios físicos y síquicos muy marcados, entre lo más significativos están la aparición de la primera menstruación o menarquia en la niña 9 -10 años. La maduración completa del organismo de la mujer no se limita a su capacidad de fecundación o a las posibilidades de que se produzca un embarazo, por todo esto no es incorrecto plantear que en esta etapa la mujer tiene la madurez suficiente para enfrentar tanto biológica como socialmente una gestación.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias

adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.⁶

El embarazo en las adolescentes tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones para su salud y la de su futuro bebé si decide convertirse en mamá. Un embarazo en estas edades puede producir complicaciones invalidantes definitivas en los planos orgánico, social y psicológico de las madres.

Aunque las consecuencias físicas y de salud en general de la adolescente son universalmente reconocidas como problemáticas, ⁵ nadie discute que el mayor o menor daño estarían en relación directa con las particularidades culturales, sociales, económicas y de atención médica de un sitio determinado.

La promoción de valores sexista también niega a la adolescente la posibilidad de adquirir información que le permita comprender su sexualidad, establecer relaciones de pareja de manera libre, espontánea y si sobre todo dificulta la posibilidad, los medios para ejercer una sexualidad responsable, la desinformación, la represión inhiben la autonomía que se convierten en factores de riesgo y no de prevención en este grupo vulnerable.

Situación de la Mortalidad Materna en Nicaragua

En Nicaragua solamente 4 de cada 10 mujeres son atendidas en instituciones públicas y las mujeres que están relacionadas con las muertes maternas provienen del área rural.

El 62 %, las muertes maternas corresponden a las áreas rurales del país, lo que demuestra que un factor que contribuye a la mortalidad materna es la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud y otros factores como el analfabetismo, pobreza, extrema pobreza, patriarcado, dificultades de transporte y factores culturales.

La atención del parto en las unidades de salud del área urbana es de 61.7 % mientras en las áreas rurales solo llega al 20.9%. La atención de partos domiciliarios en el área urbana alcanza el 38% y en el área rural 78% (22).

El parto asistido por personal de salud (medico, enfermera, y auxiliar de enfermería) alcanza el 42.7% en relación a los partos asistido por parteras y/o familiares alcanza el 50%.(22)

El 61.8 % de los partos en el área urbana son atendidos por médicos, mientras que en el área rural el 58.1% son atendidos por familiares y /o amigos. (22).

En Nicaragua muchos embarazos a estas edades suceden por desconocimientos y no por un deseo real de ejercer la maternidad y paternidad. En algunas ocasiones, las jóvenes desean salir embarazada para ser reconocida tempranamente como una persona adulta en la sociedad.

Consideraciones Especiales en la Atención de las Adolescentes

Las que se describen a continuación son consideraciones especiales que se deben tomar en cuenta para alcanzar una mejor atención prenatal en adolescentes:

Periodo de atención general (Antes que se produzca el embarazo):

- Vigilar el crecimiento y desarrollo de la adolescente.
- Explicar y educar sobre la posibilidad de un embarazo no deseado.
- Evaluar la personalidad y consecuencias en la relación familiar y social.
- Indagar sobre aspectos de la vida sexual.
- Orientar y educar en sexualidad a la adolescente y la familia.
- Orientar y educar sobre la posibilidad de posponer el embarazo.
- Informar y orientar a las adolescentes y su pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos.

- Detectar las patologías más frecuentes de la edad y realizar la referencia oportuna.
- Orientar al grupo familiar en aspectos que puedan afectar la vida de la adolescente.

Período del Puerperio Mediato-Tardío: (Del 2do al 7mo día / 8avo-42avo día)

- Ofrecer Consejería en Lactancia Materna Exclusiva a las adolescentes y su pareja y su grupo familiar realizando promoción de la misma durante los primeros 6 meses.
- Brindar información y orientación oportuna y proveer de métodos de anticoncepción a las adolescentes y su pareja, si no se aplicó en el posparto inmediato.
- Realizar el seguimiento y control de la madre adolescente y su hijo, para éste último efectuarlo realizarlo según las normas de AIN-AIEPI, haciendo énfasis durante el mismo en la práctica de la lactancia materna, y en las técnicas de estimulación temprana.⁵

Tres demoras:

Generalmente, las mujeres que mueren son las que viven en comunidades alejadas, con problemas socioculturales (lenguajes, las costumbres, creencias y mitos) y económicos. Por ejemplo una mujer que vive cerca de una unidad de salud tiene más probabilidades de sobrevivir que la que tiene la misma hemorragia pero vive en una comunidad muy lejana la demora en recibir una atención oportuna.

⁵ MINSA, Normas de Atención Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo, noviembre, 2005. MINSA, 2002, Maternidad Segura Comunitaria, Pag 11-15

Existen tres tipos demoras:

Demora 1: demora en tomar la decisión de buscar la atención apropiada en la unidad de salud, esto se produce por: 1) La distancia, 2) el costo, 3) la percepción de al usuaria en la calidad de atención en la unidad de salud, 4) desconocimientos de los signos de peligros en el parto y puerperio, 5) condición de al mujer, 5) situación económica, 6) nivel de educación de la adolescente.

Demora 2: “Demora en llegar a la unidad de salud para recibir la atención”.

Es el tiempo que se tarda en llegar a la unidad de salud una vez tomada la decisión de buscar atención.

Los principales factores son: 1) El lugar donde se encuentra ubicadas la unidad de salud, 2) distancia que hay que recorrer desde la comunidad y la unidad de salud, 3) medios de transporte necesario para el traslado.

Demora 3: “Demora en recibir una buena atención en la unidad de salud” se ha observado que las mujeres mueren a pesar de haber superados los problemas de las dos primeras demoras.

Los cuidados que necesita una mujer al momento de ser atendida dependen de un buen número de factores:

- El numero de personal capacitado para atender a la paciente
- La disponibilidad del personal de salud
- La disponibilidad de medicamentos y suministro
- La condición general del puesto de salud
- El sistema de referencia y contrarreferencia funcionando
- Esta responsabilidad es únicamente de la red de servicio.

Con relación a la accesibilidad geográfica a nivel nacional el 11 % de la población reside a más de 5 kilómetros de los establecimientos de salud públicos y privados¹², en ese sentido. En general las mujeres se encuentran afectadas por Múltiples factores de riesgo: culturales, económicos, sistema social patriarcal e inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud. La confluencia de estos y otros factores influyen en la poca asistencia a los servicios de salud, ya sea por no tener acceso a ellos o por negativa de asistir, resultando como consecuencias el bajo porcentaje de mujeres en edad fértil que aceptan la utilización métodos de planificación familiar (75% de las muertes maternas registradas a nivel nacional no utilizaban ningún método de planificación familiar).

Otro aspecto muy relevante es el embarazo en adolescentes primigestas, grupo que presentó un incremento de 11% registrado en el 2000 paso a 22% en el 2001. Las consecuencias se traducen en el incremento de la mortalidad materna en ese grupo etareo, pasando del 17 al 26% en el año 2001.

Durante el 2004-2006, período que se realiza el estudio, se presentaron un total de 353 muertes maternas a nivel nacional, de las cuales 69 eran adolescentes en edades de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, que representa un 6 % del total.

¹² MEASURE evaluación. INEC 2001

1 UNFA, Estado mundial de la Población,2004

2 SISNIVEN-MINSA 2000-2005.

MNSA, Manual de Consejería para Adolescentes noviembre,2003

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

a) Área de estudio

El estudio fue realizado en todo los SILAIS a nivel nacional, que presentaron muerte materna en adolescentes en edades comprendidas de 10-14 y 15-19 años.

b) Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo cuantitativo de corte transversal, sobre mortalidad materna en adolescentes a nivel nacional durante el periodo Enero 2004- Diciembre 2006.

c) Universo

Comprende todo los casos reportados por muerte materna en adolescentes a nivel nacional en los diferentes SILAIS de Nicaragua, que en base total suman 69 casos reportados durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2006.

d) Muestra

La muestra está conformada por todas la muertes en adolescente a nivel nacional que corresponde a un total de 69 siendo el tamaño de la muestra el 100% de la población objeto de estudio. El seleccionar el 100% de la población no implica riesgo para la factibilidad del estudio, tanto económico como técnico.

e) Fuente de información

El tipo de información utilizada para la realización del estudio es de tipo secundario, la cual consistió en el registro de la base de datos del programa de Atención Integral a la Mujer y la revisión de fichas de mortalidad materna en adolescentes y resúmenes clínicos del MINSA.

Criterios de selección, inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adolescentes en edades comprendidas de 10-19 años
- Que hayan fallecido durante su período de embarazo
- Que hayan fallecido dentro de los 42 días a la terminación del embarazo
- Con expedientes completos

Criterios de exclusión

- Mujeres de 20 años ó mas
- Mujeres menores de 10 años
- Se excluyen a las mujeres que fallecieron, por causas accidentales o incidentales que estén registradas en el sistema de vigilancia y tengan la ficha de mortalidad materna.

Recolección de los datos

Se solicitó autorización por escrito al Coordinador del Programa de Atención Integral a la Mujer, al Jefe del área de Estadística y Vigilancia Epidemiológica, para realizar la recolección de la información sobre el problema de estudio el cual consintió en la revisión de:

- Fichas de mortalidad materna en adolescentes
- Revisión de resúmenes clínicos.
- Informes anuales Estadísticos de Nicaragua de los años 2004 y 2006.

Técnicas e instrumento de recolección de la información

Se utilizó como instrumento de recolección de información, las fichas de vigilancia de muerte materna, con el objetivo de obtener información acerca del problema en estudio, ver anexo 1.

La técnica utilizada para la recolección de dicha información fue la revisión documental de los resúmenes clínicos de cada una de las muertes reportadas por el sistema de atención integral a la mujer y estadística del MINSA.

Procesamiento de la información

Se realizó utilizando la base de datos en el programa informático de EPI_INFO 2000 versión 3.3, para el procesamiento de los datos obtenidos. De las cuales se crearon las tablas de salida, distribución de frecuencia y porcentaje, a la vez se realizaron cruce de variables, para determinar el grado de asociación existente entre variables de estudios. Para el informe escrito se utilizó el Word de Windows. Los resultados se clasificaron siguiendo el orden de las variables establecidas en la ficha de muerte materna.

Variables

El estudio incluyen las siguientes variables:

◆ **Objetivo 1:** Describir las principales característica socio - demográfica de las adolescentes objeto de estudio durante el periodo 2004-2006.

- Edad
- Ocupación de la pareja
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación de la fallecida.

◆ **Objetivo 2:** Identificar los principales antecedentes obstétricos que presentan las adolescentes embarazadas a nivel nacional.

- No de Embarazos
- No de partos
- No de cesáreas
- No de Hijos (as) vivos (as)
- No de nacidos(as) muerto
- Fecha de parto o aborto anterior
- Uso de métodos anticonceptivos.

Objetivo 3: Identificar los principales datos del embarazo, parto y puerperio de las adolescentes.

Datos del embarazo

- Intervalo inter genésico
- No de controles prenatales.

Datos del parto

- Lugar donde ocurrió el parto
- Recurso que atendió el parto.

Datos del puerperio

- Tiempo entre el parto y el primer control puerperal
- Tiempo entre el parto y la iniciación de signos de peligro.

Objetivo 4: Analizar las principales complicaciones de muertes maternas y la atención que se les brindo por el personal de salud y comunitario a las adolescentes durante el parto y puerperio.

- Donde ocurrió la muerte
- Recurso que atendió al momento de la muerte
- Tipo de muerte
- Clasificación de la muerte
- Momento de la muerte.

Causas obstétricas

- Causas directas
- Factores biológicos y sociales que se presentaron al momento de las muertes maternas.

Plan de análisis

Una vez obtenida la información, se clasificó conforme objetivos de investigación y se analizaron mediante análisis univariable por ser este un estudio de tipo descriptivo.

Para el procesamiento de la información se utilizó una base de datos en de EPI_INFO 2000 versión 3.3 para el procesamiento de los datos obtenido. De las cuales se Crearon las tablas de salida, distribución de frecuencia y porcentaje, a la vez se realizaron cruce variables, para determinar el grado de asociación existente entre variables de estudios. Para el informe escrito se utilizó el Word de Windows. Los resultados se ordenarán siguiendo el orden de las variables establecida en la ficha de muerte materna.

Para el análisis de los datos se utilizó escala de valores simples para cada aspecto investigado. Las respuestas se ordenaron siguiendo el orden de las variables establecida en la ficha de Mortalidad Materna, los resultados son presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, para el diseño gráfico se utilizó el programa de Harvard Graphit.

Confidencialidad.

Para la realización de esta investigación se tomaron los siguientes aspectos :

Manejo ético en la información de la Ficha de Vigilancia de mortalidad materna e informe de análisis de las muertes maternas en adolescentes: La revisión de la ficha se realizó a lo interno del Ministerio de Salud, cuidando la conservación del mismo y la confidencialidad de la información que este posee.

Al usuario interno o sean los trabajadores del programa de atención Integral a la Mujer, se les informó de la investigación, explicándoles claramente el objetivo que se persigue y que al concluir el análisis de los datos y tener un diagnóstico se les informará los resultados y la información va a ser utilizada única exclusivamente para fines del estudio y será manejada en forma confidencial.

IX. RESULTADOS:

9.1 Características socio - demográficas

El rango de edades 10-14 las muertes maternas en adolescentes oscilan en un 10.0 % (9) mientras que el 90. %(62) comprenden las edades de 15-19 años, durante el periodo 2004 a 2006. (Ver en anexos Tabla No 1).

La mayoría de muertes en adolescentes por SILAIS ocurrieron en: Chontales el 17.3%(12), la RAAN el 14.5%(10), Managua el 13 %(9) las RAAS y Matagalpa 11.5%(8), Jinotega con el 7.2 %(5) y Chinandega el 6% (4). (Ver anexos gráfico 1).

La procedencia de las muertes maternas en adolescentes indica que el 64%(44) pertenecían al área Rural y el 33.3%(23) al área urbana (Ver anexos gráfico No 2).

La ocupación de las adolescentes el 84% (58) eran amas de casas, un grupo minoritario el 7.2 %(5) eran estudiantes, el 4.3%(3) domésticas, el 3 %(2) obrera y el 1.5 % (1) (Ver anexos gráfico 3).

Lo resultados muestran que la mayoría de las mujeres el 69.5%(48) estaban acompañadas, seguidas de las mujeres solteras con un 14.5%(10) y el 13%(9) casadas. (Ver anexos gráfico No 4).

Según el nivel de escolaridad el 38%(26) de las mujeres habían aprobado la primaria, el 35%(24) los resultados demuestran que no estudiaban, el 24.6 %(17) estaban en secundaria y el 2.8 %(2) eran mujeres analfabetas (Ver anexos gráfico No 5).

La ocupación del cónyuge de las fallecidas 40.5%(28) trabajaban en la agricultura, el 10%(7) eran obreros, el 7.2 %(5) eran torneros el 6% eran carpinteros y Jornaleros, el 4.3 %(3) eran comerciantes y desempleados y el 1.5 % (1) se desempeñaban como técnico y químico, el 19 % de los expedientes no tenía información. (Ver anexos gráfico No 6).

9.2 Antecedentes obstétricos

La mayoría de las fallecidas el 59.4 %(41) eran mujeres nulíparas y el 40.5 %(28) tenían embarazos previos, de los cuales el 33.3%(23) habían finalizado en parto vaginal, el 10.1 %(7) en aborto y cesárea.

Del total de partos y cesáreas nacieron 30.4 %(21) hijos vivos y el 7.2 % (5) hijos muertos. (Ver anexos gráfico No 7).

9.3. Datos del embarazo, parto, puerperio

Las mujeres que tuvieron antecedentes de partos el periodo intergenesico fue, menor de 1 año con el 43.4 %(30), mayor de año ½ y 2 años con el 14.4 %.(10) ,3 años ó mas con el 7.2% (5) y no se registró la información el 20.2%(14) (Ver anexos gráfico 8)

Según los métodos utilizados el 49.2%(34) de las mujeres, no utilizaron métodos anticonceptivos antes de embarazo, el 22 %(15) planificaban con inyectables, el 16%(11) utilizaban píldoras y 13 % (9) no se obtuvo información (Ver anexos gráfico No 9).

El 71 %(49) de las mujeres tuvieron menos de 4, como esta establecido la norma del Ministerio de Salud, el 6%(4) se realizaron cuatros controles y el 23 %(16) de las embarazadas que asistieron a su control se realizaron mas de 4 controles. (Ver anexos gráfico No 10).

El 42%(29) de los partos de las fallecidas fueron parto domiciliar el (36.2%) fueron institucional (25) (Hospital, Centro de Salud y Puesto de Salud), el 7.2%(5) se produjo en hospital privado, el 1.4 (1) en la vía pública, no ocurrió el parto el 2.8 %(2) y el 10.1 % (7) no aplica. (Ver anexos gráfico No 11).

El 43.4%(30) de los partos fueron atendidos por familiares y/o Parteras, el 39.1 %(27) por personal de salud y 17.3 (12) fallecieron durante el parto (Ver anexos gráfico 12).

La vía de atención del parto de las adolescentes el 53.6 %(37) fueron vaginal y el 24.6 %(17) por la vía abdominal, el 19 %(13) no Aplicó y el 2.8% no registró la información. (Ver anexos grafico No 13).

Con relación al tipo de alumbramiento el 30.4 %(21) fue espontáneo y no hubo alumbramiento en el 17.3 %(12), alumbramiento dirigido 17.3% (12), manual el 13 % (9), no aplica un 13 %(9) y no se registro la información en un 8.6% (6) (Ver anexos Gráfico No 14).

Los signos de peligros antes del parto la fiebre 17.3%(12) seguido del sangrado vaginal 15%(10), las cefaleas y las convulsiones con el 11.5%(8), el edema generalizado con el 8.6%(6) el desgarró vaginal 1.4%(1), ninguno, no aplica y sin datos el 42 %(32). (Ver anexos gráfico No 15).

La atención del puerperio el 25%(17) fue realizado por el personal de salud, el (11.5%) por partera y familiar (63.7%) (44) no se le realizó control puerperal después del parto. (Ver anexos Gráfico No 16).

9.4. Complicaciones de las muertes maternas y la atención que se brindó por el personal de salud.

El mayor número de las muertes ocurrieron a nivel Domiciliar con el 49%(33) y el 43.4 %(30) a nivel Institucional, en la vía pública el 5.7 % (4) y en la clínica privada el 2.8%. (Ver anexos gráfico No 17)

Al momento del fallecimiento el 59.4 %(41) fue atendido por personal de salud. Y el 40.5 % (28) por parteras y familiares. (Ver anexos gráfico No 18).

En relación a la clasificación de la muerte materna en adolescentes en ambos grupos etéreos el con el 51%(35) son obstétricas directa, seguidas de obstétricas indirecta con el 30.4%(21) y las no obstétrica el 19. %(13). (Ver anexos gráfico No 19).

La causa básica de muerte materna en adolescente el 22 %(15), fue por retención placentaria, seguido de preeclampsia y la sepsis puerperal con 19%(13), la Hemorragia, síndrome de hellp y el tromboembolismo pulmonar con 4.3% (3), Shock Séptico, aborto, roptura uterina 2.8%(2), la atonía uterina, el coriocarcinoma,placenta previa y la falla multiorgánica constituyen el 1.4 (1) % y un 13 % (9) no se obtuvo información (Ver anexos gráfico 20).

La mayoría de las muertes maternas en adolescente 52%(36) ocurrieron en el puerperio, el 23%(16) durante en el embarazo y el 19%(13) en el parto. El 6% no registró la información en la ficha (Ver anexos gráfico No 21).

Los factores biológicos presentes en la muerte de las adolescente el 75.3%(52), corresponden a la edad temprana, seguida del estado nutricional con un 8.6 %(6), tumores malignos 1.4% (1) no aplica y sin datos el 7.2 % (5). (Ver anexos gráficos No 22).

Los factores sociales presente, se encontró que el 45 %(31) se relacionaba a la pobreza, seguido de los embarazos no Planificados con el 33.3%(23) y el 8.6%(6) a la violencia. No aplica y sin datos que corresponde al 13%(9) (Ver anexos gráficos No 23).

X. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Durante el período comprendido entre Enero 2004 a Diciembre 2006, fallecieron según registro del Ministerio de Salud (MINSA) un total de 355 mujeres embarazadas a nivel nacional por causas obstetricias y no obstétrica. De este total un 19.4%(69) fueron mujeres menores de 19 años.

El rango de edades las 10-14 años la muertes maternas en adolescentes oscilan en un 10.0 %(9), mientras que el 90%(62) comprenden las edades de 15-19 años, durante el periodo 2004-2006. La mayoría de muerte por SILAIS ocurrieron en: Chontales el 17.3 %(12), la RAAN el 14.5 % (10), Managua el 13 %(9), La RAAS y Matagalpa 11.5 %(8), Jinotega el 7.2 % (5) y Chinandega el 6 %(4). Durante el año 2004, el número de casos aumentó en todos los SILAIS con un 42 % del total de los tres años (n=69) en el período estudiado

El análisis de la información de la procedencia en ambos grupos etareos, el 64 % (44) de las fallecidas eran de origen rural y solo el 33.3%(23) eran de procedencia urbana. La procedencia es uno de los factores de riesgo que está asociada a la mortalidad materna, que está íntimamente relacionado con las tres demoras 1) toma de decisión de la familia para llevarla aun centro asistencial de mayor resolución, 2) La organización y medios de transporte con que cuentan para su traslado 3) la atención institucionales comprende que en el área rural es donde se concentra la mayoría de la población con insuficiente acceso a los servicios de salud, educación, recursos económicos limitados, dispersión poblacional, inaccesibilidad geográfica, caminos y medios de comunicación deficiente.

En relación a la ocupación en ambos grupos de edades la mayor proporción estuvo en mujeres en condiciones de pobreza lo que refleja la condición laboral: de ambos grupo predomina las Amas de Casa con un 84%(58), seguida de las estudiantes con un 7.2 %(5) y las domésticas 4.3 % (3) y las obreras 3% (2). Se

puede concluir que los resultados obtenidos coinciden con la información obtenida por ENDESA, 2001 en la que se describen que el 65% de las mujeres fallecidas son del área rural, y tienen empleo solamente en un 27 % y que del grupo de estudio de 15-19 años solamente el 19% posee algún tipo de empleo.

El estado civil de las adolescentes con mayor proporción durante los tres años y en los dos grupos etéreos fue el de las mujeres acompañadas con un 69.5 %(48), información que coincide con los hallazgo de la investigación de mortalidad materna realizado en 1998². Donde la gran mayoría de las mujeres no estaban casadas legalmente, pero si registra la existencia de compañero fijo, el otro grupo lo conforman las mujeres solteras 14.5 % (10), las casada con 13% (9) y el otro 3% corresponde a las mujeres que no se obtuvieron datos en la ficha.

En relación a la escolaridad El 38 % (26) de las mujeres habían aprobado la primaria y el 35. % (24) no estudiaron y el 24.6% (17) estaban estudian la secundaria y el 2.8 % eran analfabetas. Lo que demuestra que un 72.4 % (50) de las fallecidas tienen bajo grado de escolaridad lo que coincide con los hallazgo del estudio de mortalidad materna de 1998³. y reafirma que la muerte materna es una condición que se produce en uno de los grupos más vulnerable de la sociedad, como resultados de las inequidades económica y sociales del país. El 24.6 de las fallecidas restante eran en su mayoría del área urbana y tuvieron acceso a la Escuela secundaria. Los resultados muestran que la ocupación mas frecuente del cónyuge de las fallecidas fue la de agricultor 40.5 % (28) y en segundo lugar el obrero 10 % (7), obreros, 7.2 % (5), torneros, el 6 % (4) eran carpinteros y Jornalero, el 4.3% (3), son comerciante y desempleado 1.5 % (1), se desempeña como químico y técnico. La falta de datos .19% (13) no me permito conocer la ocupación de las parejas de las fallecidas y esto nos refleja la calidad del llenado de la ficha de mortalidad materna en relación a esta variable.

En relación a los antecedentes obstétricos del total de fallecidas el .59.4% (41) eran mujeres nulíparas y el 40.6 % (28) tenían embarazos previos. De los

embarazos previos el 33.3 % (23) habían finalizado en parto vaginal, el 10.1 % (7) en aborto y el 10.1 % (7) finalizaron mediante cesárea. Del total partos y cesáreas nacieron el 30.4 %(21) de hijos vivos, y el 7.2 %(5) nacieron muertos. Estos resultados tienen que ver mucho con el nivel académico de la pareja, la desinformación en relación a los métodos anticonceptivos que pudieron evitar las muertes maternas en este grupo de estudio, por que llama la atención que del 100% del estudio el 40.6 ya habían tenido embarazo previo.

De un total de 27 mujeres que tuvieron antecedentes de partos, el Período intergenésico se distribuyó de la siguiente forma: menor de un año 43.4 %(30), mayor de año ½ y dos años 14.4% (10), y de tres años o mas el 7.2 % (5). El 62.3%(43), y no se registró la información en la ficha en el 20.2% (14). Los resultados muestran que el 49.2% (34) de las fallecidas no utilizó ningún método anticonceptivo antes del embarazo, el 38 % (26) utilizaron métodos anticonceptivos de los cuales el 22 % (15) Planificaban con inyectables, y el 16% (11) utilizó Píldoras. Persiste el subregistro de la información en 13 %(9) de los casos. Esta situación refleja el insuficiente acceso a la información en materia de planificación a la población adolescente lo cual hace mas vulnerable de tener hijos no planificados y complicaciones en su embarazo y consecuentemente este nos permite valorar el insuficiente ejercicio de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva en las unidades de salud y la comunidad.

La atención prenatal es de vital importancia para el Ministerio de Salud, ya que en los últimos 30 años a demostrado que es un instrumento eficaz en la reducción de la mortalidad materna si se atiende de forma correcta a la embarazada y se le da seguimiento oportuno, asegurar la atención a la mujer embarazada y a su hijo, que tiene como objetivo monitorear la evolución del embarazo, evitar complicaciones para la madre y al final el nacimiento de un hijo vivo y saludable.

Los resultados al final de esta investigación demuestran que el 71. % (49) tuvieron menos de cuatros controles prenatales, como lo establece la norma del Ministerio de Salud y el 6%(4) se realizaron 4 controles como lo establece la norma y el 23 %(16) de las embarazadas que asistieron a su control prenatal se realizaron mas de 4 controles prenatales. La norma establece que la mujer debe tener cuatros controles prenatales como mínimo en aquellas mujeres de bajo riesgo y las de alto riesgo lo que el facultativo determine necesario para evitar complicaciones obstétricas.

El control prenatal es uno de los pilares fundamental para lograr una maternidad segura, en este estudio el 100 %(69) de las mujeres tuvieron entre 1- 5 controles prenatales, por lo que es necesario revisar la calidad de los controles prenatales que se están realizando en las unidades de salud. El bajo uso de métodos anticonceptivos y acceso a la atención prenatal está relacionado con el insuficiente acceso a la información y las limitaciones que se originan por las barreras geográfica, económica, culturales que afectan a las adolescentes.

El 42% (29) de las fallecidas tuvieron un parto domiciliar, el 36.2 % (25) fueron institucionales (hospital publico, Centro y Puesto de Salud, el 7.2%(5) se produjeron en hospital privado 1.4%(1) ocurrió en la vía publica, no ocurrió el parto 2.8 (2) y el 10.1. % (7) No aplican. Estos hallazgos guardan relación directa con las barreras al acceso a los servicios de salud que afectan directamente a las adolescentes, producto de la falta de empleo, de información acerca de la importancia del parto y sus complicaciones, problemas culturales como la conducta machista de los compañeros de vida los cuales no permiten la atención del parto por médicos varones. Otros procedimientos que se realizan en las unidades de salud en la atención del parto (episiotomía, posición de Litotomía en el momento del parto, parto sin compañía) son culturalmente opuestos en un sector amplio del área rural.

Sin embargo las adolescente tienen característica que es importante señalar, la condición de pobreza, bajo nivel educativo, dependencia familiar o del cónyuge, matrimonios no intencionados o inestables, solteras, estigmatizadas, culpadas por su familia, desconocimientos de los síntomas del embarazo, tener miedo a reconocer que esta embarazada, lo que explica la demora en acudir a las unidades de salud para cuidado de su salud y posteriormente a la atención del parto. Entre los resultados es necesario señalar que el 13 % (9) de los casos no se produjo el parto ya que fallecieron durante el embarazo.

Los resultados de la investigación demuestran que el personal que atendió el parto de la fallecida fue mayoritariamente realizados por familiares y/o Parteras 43.4 %(30) y 39.1 %(27) por personal de salud. Esto lo podemos visualizar en la distribución porcentual que a continuación se presenta: parteras el 21.7 %(15), Familiar el 19% (13) %, hay que señalar que la falta de conocimientos en a identificación de signos de peligros es una de las principales riesgo para la vida de las adolescentes embarazada ya que no pueden garantizar una adecuada atención del parto, así como dar respuesta a una complicación obstétrica sin condiciones, insumos y poco conocimiento.

Es evidente que un porcentaje importantes no acude a las unidades de salud para la atención del parto institucional que sumado a la demora en la atención por recursos calificados lleva a la complicaciones obstétrica y posteriormente la muerte de las adolescentes.

El personal médico de salud brinda atención del parto en un 30.4 %(21) y el 8.6 % (5). Nos llama la atención aunque la prestación de servicios en este grupo de población fue por recursos humanos calificados, se presentaron complicaciones que llevaron a las adolescente a fallecer, lo cual plantea la necesidad revisar la calidad de atención que se brindada, valorar si los recursos cuentan con los conocimientos y habilidades para el abordaje de las emergencias obstétrica, sí

contaban con los equipos e insumos médicos y necesarios sin embargo la procedencia de la mayoría de las adolescentes fallecidas eran del norte del país y la costa caribe, donde debemos considerar la inaccesibilidad geográfica, además el aspecto cultural. El Ministerio de Salud en coordinación con la sociedad civil y otras Instituciones Estatales(MTI y el MENED) debe implementar nuevas estrategias, para ir superando las barreras, desarrollar capacitaciones al personal comunitario o familiares en la detección de signos de peligros y la organización de la comunidad para el traslado oportuno de las embarazadas en lo que se detecten factores de riesgo, así como nuevas vías de acceso de la población, para garantizar la atención de las complicaciones obstétricas y de esa forma contribuir a la disminución de la mortalidad materna. Entre los resultados es necesario señalar que el 17.3 % (12) de los casos no se produjo el parto ya que fallecieron durante el embarazo.

La información obtenida de la vía de atención del parto el 53.6 % (37) de los partos en las adolescentes finalizaron por la vía vaginal y el 24.6 % (17) por la vía abdominal. Si se analiza que el total de partos 43.4% (30), fueron atendidos por Familiares y/o Parteras y El 24.6 %(17) fue concluida por cesárea lo que se considera una cifra elevada en relación a los estándares establecidos internacionalmente de 5-15 %. Esto pone en evidencia que los cuerpos de las adolescentes no están suficientemente maduros, con un alto riesgo de un parto obstruido debido a una pelvis pequeña.

En relación al tipo de alumbramiento el 30.4%(21) fue espontáneo, 17.3% (12) no hubo alumbramiento y alumbramiento dirigido el 17.3% (12), el 13 %(9) manual, no aplica un 13% (9) y no se registró la información en un 8.6%(6) ya que en estos casos se produjo una retención de la placenta. En el resto de las fallecidas el alumbramiento fue dirigido 17.3%(12) debido a que el parto finalizó vía cesárea. Todo esto relacionado al desconocimiento de los signos de peligros durante el alumbramiento por los familiares, parteras y líderes comunitarios, lo que no

permite tomar decisiones oportunas en el traslado de las adolescentes a una unidad de mayor resolución para su adecuada atención.

Entre los signos de peligro identificados en las adolescentes fallecidas se registran lo siguiente:

- Sangrado Vaginal 15 % (10)
- Convulsiones 11.5 %(8)
- Hipertensión 2.8 % (2)
- Fiebre 17.3% (12)
- Cefalea 11.5 % (8).
- Desgarro Vaginal 1.4 (1)

Con relación a estos hallazgos es importante mencionar que los principales signos de peligros (Sangrado vaginal, convulsiones, fiebre, hipertensión, cefalea,) identificados, se correlacionaron con las principales causas básicas de muerte (hemorragia, preeclampsia y sepsis) descritas en esta investigación. También llama la atención que persiste la falta de registró de los signos de peligros en un 44.9%.(31) lo que está relacionado como un resultado asociado a la muerte domiciliar, en donde la familia no tiene ninguna información al respecto o desconoce la causa de muerte de la adolescente.

El personal que atendió el puerperio, el 25. %(17) fue realizado por el personal de salud, el 11.5%(8) fue realizado por partera y familiares, y 63.7%(44) no se le realizo control puerperal después del parto. El puerperio es uno de los indicadores de salud con menor cobertura de la población de mujeres, muy probablemente por el insuficiente conocimiento que se posee acerca de la importancia que este tipo de atención conlleva, lo cual se pone de manifiesto en el bajo número de mujeres que tuvieron acceso a este servicio, deja en evidencia el pobre trabajo de terrenos de los recursos humanas de salud calificados, así como la contrarreferencia de la mujer después del parto a centro de salud mas cercano. Esto estaría limitando las oportunidades de la detección oportuna de complicaciones derivadas de la

atención del parto, el brindar información sobre signos de alarma, métodos de planificación familiar y lactancia materna exclusiva a la adolescente.

El mayor número de fallecidas ocurrió a nivel domiciliario, 49 %(33), seguido por la muerte materna institucional con el 43.4%, en la vía pública el 5.7%(4) y en la clínica privada el 2.8 (2). Estos resultados hacen concluir que los partos que se presentaron a nivel domiciliario, la familia y las mujeres al momento del parto consideraron las instituciones de salud como una alternativa importante para la solución de la complicación obstétrica, pero es necesario también valorar que la mayoría de estas mujeres pertenecían al área rural, las condiciones en que llegaron al servicio, todo esto relacionada a la limitación por el acceso geográfico, económico y sobre todo aspectos culturales que se acentúan por el limitado acceso a la información en la población de adolescentes y tendríamos que valorar las condiciones en que las pacientes llegaron a la unidad de salud después de haber tomado la decisión y el nivel nutricional de la misma.

La mayoría de las adolescentes al momento del fallecimiento en un 59.4% (41) fue atendida por personal de salud, y en un 40.5%(28) parteras y familiares. Obviamente que esto eleva el nivel de muertes por que la mayoría del personal comunitario no tiene los conocimientos técnicos e insumos necesarios para tratar una complicación obstétrica a nivel domiciliario lo que hace más vulnerables a las adolescentes fallecer, por no haber tenido la oportunidad de tener una atención médica calificada.

En relación a la clasificación de la mortalidad materna en el grupo de adolescentes, se encontró que en ambos grupos de edad predomina la muerte materna obstétrica directa, representando ésta el 51 % (35), seguidas de las obstetricias indirecta con el 30.4%(21) y las no obstetricias con el 19%(13).

Este predominio de las muertes maternas obstétricas directas, puede deberse principalmente a que en el grupo etáreo de la adolescencia existe una mayor cantidad de condiciones que se convierten en factores de riesgo que permite clasificarlos como embarazadas con factores de alto riesgo potenciales; el solo hecho de ser adolescente se ha demostrado que está asociado a una mayor incidencia de presentar síndrome hipertensivo gestacional, retención placentaria y sepsis puerperal. En segundo lugar en la clasificación de la muerte materna en la adolescencia, lo constituyen las muertes maternas no obstétricas. Esta incidencia de las muertes no obstétricas puede estar asociada a condiciones sociales, económicas, emocionales relacionadas con la inequidad de género como es el presentar un embarazo no deseado lo que se complica aún más con la paternidad irresponsable y el rechazo familiar y en el tercer lugar en ambos grupos de edad está representado por las muertes maternas obstétricas indirectas que en ambos grupo de edades en total 30.4 %(21), este resultados el nivel de salud de nuestras adolescente durante el embarazo que son agravadas por los efectos fisiológico del mismo.

En las causas básicas de mortalidad materna, se encontró que el 22 % (15) retención placentaria, seguida de la preeclampsia y la sepsis puerperal con un 19%(13), la hemorragia, el síndrome de hellp y el tromboembolismo pulmonar con el 4.3 %(3), shock séptico, aborto, roptura uterina el 2.8 (2), la atonia uterina, el cariocarcinoma, placenta previa y falla multiorgánica constituyen el 1.4 (1) y en un 13 % no se obtuvo información.

Es importante mencionar que entre las causas de las muertes maternas obstétricas directas, además de la eclampsia y de la retención de placenta, hay que tener presente el porcentaje de muertes relacionadas a sepsis puerperal (4.3 %) principalmente si lo sumamos al aborto 19 % pueden reflejar de una manera directa y/o indirecta la relación que pueden tener los embarazos en la

adolescencia con factores sociales así como de actitudes intrafamiliares relacionadas a la violencia de género.

Al analizar la frecuencia con que se presenta la muerte materna en los diferentes momentos de la gestación (embarazo, parto y puerperio), en general se encuentra que el mayor porcentaje de las muertes ocurrieron en el período puerperal con un 52. % (36 casos), seguido por un 23. % (16 casos) durante el embarazo y finalmente un 19. % (13 casos) durante el parto. Hay un 6. % (4 casos) que no aplican. Esta frecuencia presentada en los diferentes períodos se debe a que entre las principales causas de muerte en la adolescencia se encuentra la sepsis puerperal, así como los casos de síndrome hipertensivo gestacional, hemorragia muchos de los cuales se complican en el puerperio; atonía uterina, ruptura uterina, retención placentaria entre otros.

En relación a los factores biológicos de la muerte, se identificó la edad temprana como uno de los factores biológicos que se presentaron a la muerte 75.3 % (52), seguido del estado nutricional con el 8.6%(6); tumores malignos 1,4%(1), no aplican y sin datos el 7.2% (5). Respecto a éste hallazgo, es importante reafirmar, que el solo hecho de ser adolescente es un factor de riesgo potencial y que puede estar asociado a muerte materna lo cual aparentemente no es valorado en toda su magnitud ya que el personal de salud no registra el dato de forma regular. Otro dato importante con relación a factores sociales que se presentan es que al revisar las fichas de mortalidad materna se encontró un 45% (31) se relaciona con la pobreza. En relación a los factores sociales, se encontró que la pobreza fue el principal factor relacionada con el 45 % (31), seguido de los embarazos no planificados con el 33.3 % (23) y por último la violencia 8.6% (6), todos estos factores en diferentes estudios realizados están asociados con la alta incidencia de muerte materna, principalmente en las áreas rurales y de extrema pobreza de Nicaragua. Es necesario hacer mención de la mala calidad del llenado de las fichas de muertes maternas por el personal de salud 16% (11), no contenían datos.

XI. CONCLUSIONES

1. En las características sociodemográficas de las adolescentes encontramos que en su mayoría eran amas de casas y un grupo limitado fueron estudiantes perteneciente al área urbana. Un alto porcentaje eran mujeres acompañadas y casi la totalidad tenían un bajo grado de escolaridad. Los SILAIS más con mortalidad materna fueron, Chontales, RAAN, Managua, RAAS, Matagalpa, Jinotega, Chinandega. Todas estas muertes maternas en adolescente pertenecían área rural.
2. La mayoría de las fallecidas eran mujer nulípara y contaban con un período intergenésico menor de 1 años, la mayoría no utilizaron métodos anticonceptivos y el 71% de las mujeres embarazadas recibió menos de cuatros controles prenatales.
3. La mayoría de las mujeres adolescentes atendieron su parto en el domicilio acompañadas por partera y sus familiares. La vía vaginal fue el medio más frecuente para la atención del parto y la asistencia al puerperio fue pobremente documentada. Los signos de peligros están ligados a las principales causas básicas de muerte materna en el país(sangrado vaginal, hipertensión, retención placentaria y fiebre)
4. La mayoría de las muertes de las adolescentes ocurrieron en domicilio, seguida de las instituciones, las causas de muertes son obstétricas directas en la que predomina la hemorragia, síndrome hipertensivo gestacional, retención de placenta y sepsis puerperal. El momento donde se presento la mortalidad materna fue en le periodo puerperal, los factores biológicos presentes al momento de al muerte fue la edad temprana y la desnutrición y en los sociales fue la pobreza, los embarazos no planificados y la violencia intrafamiliar.

XII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

Se sugiere ampliar los servicios de promoción y oferta de salud sexual y reproductiva enfatizando en el área rural a fin de mejorar el conocimiento y el acceso de las adolescentes al uso de métodos anticonceptivos modernos, atención prenatal y el parto con personal calificado a fin de contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional

Conformar equipos básicos móviles para garantizar la atención a las adolescentes embarazadas en áreas de difícil acceso.

Impulsar el Plan de parto como una estrategia nacional que contempla la detección temprana y la referencia oportuna de las complicaciones obstétricas por la comunidad.

Fortalecimiento de las acciones de prevención del embarazo precoz y atención integral a la adolescente en las unidades de salud.

Fortalecer la estrategia de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEM) en todo el país, con los líderes comunitarios con el objetivo de brindar intervenciones eficaces ante una complicación obstétrica de las mujeres en el área rural.

Coordinar con los diferentes actores del sector una estrategia orientada a promocionar la postergación de la primera relación sexual, la prevención del embarazo no deseado en adolescentes y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos como una forma de contribuir a reducir la inequidades de género de las mujeres.

Desarrollar un plan estratégico de Información, Educación y comunicación para mejorar conocimientos de las adolescentes y sus familiares acerca de los signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio para la búsqueda oportuna de su atención.

Que las autoridades de SILAIS fortalezcan el trabajo de terreno para la captación precoz de la embarazada y la articulación de la red de servicio para la referencia y contrarreferencia de las embarazadas de forma oportuna.

Al Ministerio de Educación Cultura y Deportes:

Educar a las y los adolescentes sobre los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y las complicaciones que surgen de embarazos en la adolescencia, así como el desarrollo de habilidades como la asertividad, la búsqueda de proyectos de vida y autoestima que permitan postergar el inicio de relaciones sexuales.

A Organizaciones No Gubernamentales

Promover la salud sexual y reproductiva en los adolescentes en el área urbana y rural.

Fortalecer las alianzas intersectoriales e interagenciales que faciliten el desarrollo de estrategias conjuntas para la prevención del embarazo en adolescentes y de acciones orientadas a mejorar la calidad de atención de las adolescentes embarazadas así como la prevención de nuevos embarazos.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015, LITONIC, Primera impresión, Septiembre, 2004,177 Pág.
2. Banco Mundial. Hacia una Maternidad segura. Primera edición 1994. 89 Pág.
3. Ministerio de Salud, Un Análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua en 1998. Servicios gráficos TMC, Primera impresión Septiembre 1999. 14 Pág.
4. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, en la Reforma del Sector Salud. 2004. 15 Pág.
5. Ministerio de Salud, Plan Nacional de Reducción de la mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Editorial Somarraba, Marzo 2000, 47 Pág.
6. Organización Panamericana de Salud, Análisis de la situación de salud y recomendaciones para el desarrollo sanitaria de Nicaragua, diciembre, 2006. 10 Pág.
7. Sistema de vigilancia de mortalidad materna/Atención Integral a la Madre, 1999-2002
8. Ministerio de Salud, Estrategias y Lineamientos Básico para la Prevención del Embarazo en la Adolescente, primera impresión, Febrero 2005,48 Pág.
9. Ministerio de Salud, UNFPA, Manual de Consejería para Adolescente Primera parte, Managua, noviembre, 2006.128-136 Pág.
10. Ministerio de Salud, Norma de Atención Prenatal, Parto y Puerperio de bajo Riesgo, noviembre, 2005. 15 a 17 Pág.
11. Ministerio de Salud, Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétrica, diciembre, 2006. 18 - 22 Pág.
12. MINSA, 2002. Maternidad Segura Comunitaria. 11-15. Pág.
13. MESURE Evaluación de INEC 2001.
14. UNFA, Estado mundial de la población 2004.
15. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo, ENDESA 2001, IMPRIMATUR primera impresión, octubre 2002. 440 Pág.

ANEXOS



Ficha de Vigilancia de Muerte Materna

República de Nicaragua / Ministerio de Salud

Unidad de Salud: _____

SILAIS: _____

No. _____

I. Identificación Personal

1. Apellidos: _____		Nombres: _____	
2. Dirección Actual: _____		3. Edad: _____ años	
Barrio/Comunidad: _____		4. No. de Cédula de Identidad: _____	
Localidad: _____		5. Estado civil	
Area Urbana <input type="checkbox"/> Area Rural: <input type="checkbox"/>		1. Acompañada <input type="checkbox"/> 3. Divorciada <input type="checkbox"/> 5. Viuda <input type="checkbox"/>	
Municipio: _____		2. Casada <input type="checkbox"/> 4. Soltera <input type="checkbox"/> 6. No consignado <input type="checkbox"/>	
6. Escolaridad		7. Religión	
1. Sin escolaridad <input type="checkbox"/> 3. Primaria <input type="checkbox"/> 5. Técnica <input type="checkbox"/> 7. No cons. <input type="checkbox"/>		1. Católica <input type="checkbox"/> 3. Ninguna <input type="checkbox"/> 5. Otras (especificar): _____	
2. Alfabetizada <input type="checkbox"/> 4. Secundaria <input type="checkbox"/> 6. Universidad <input type="checkbox"/>		2. Evangélica <input type="checkbox"/> 4. No consignado <input type="checkbox"/>	
8. Etnia _____		9. Ocupación de la fallecida: _____	
		10. Ocupación de la pareja: _____	

II. Antecedentes Obstétricos:

1. Antecedentes obstétricos		2. Embarazo anterior terminado en:		3. Usaba anticonceptivos antes de este embarazo?	
1.1 Número de embarazos: _____	1.5 Hijos/as vivos/as: _____	2.1 Parto <input type="checkbox"/>	2.2 Aborto <input type="checkbox"/>	2.3 Cesárea <input type="checkbox"/>	3.1 Si <input type="checkbox"/> 3.2 No <input type="checkbox"/> 3.3 No cons. <input type="checkbox"/>
1.2 Número de abortos: _____	1.6 Hijos/as nacidos/as muertos/as: _____			1. Píldoras <input type="checkbox"/> 4. Condón <input type="checkbox"/>	
1.3 Número de partos: _____	1.7 Fecha de parto o aborto anterior: _____			2. DIU <input type="checkbox"/> 5. Naturales <input type="checkbox"/>	
1.4 Número de cesáreas: _____	D _____ M _____ A _____			3. Inyección <input type="checkbox"/> 6. Otros <input type="checkbox"/>	
4. Enfermedades antes del embarazo: 4.1 Anemia <input type="checkbox"/> 4.2 Desnutrición <input type="checkbox"/> 4.3 Obesidad <input type="checkbox"/> 4.4 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 4.5 Malaria <input type="checkbox"/> 4.6 Diabetes <input type="checkbox"/>					
4.7 Infección urinaria <input type="checkbox"/> 4.8 ITS <input type="checkbox"/> 4.9 VIH - SIDA <input type="checkbox"/> 4.10 Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> 4.11 Ninguna <input type="checkbox"/> 4.12 No cons. <input type="checkbox"/> 4.13 Otras (Espec): _____					

III. Datos del Embarazo:

1. Fecha última regla: _____		3. Dónde recibió el control prenatal?		4. Quién hizo el control?	
2. Intervalo intergenésico: _____		1. Hospital público <input type="checkbox"/> 5. Clínica privada <input type="checkbox"/> 9. Otro (Especif): _____		1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 4. Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/>	
		2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 6. Centro alternativo <input type="checkbox"/>		2. Médico/a general <input type="checkbox"/> 5. Partera/o <input type="checkbox"/>	
		3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 7. No recibió <input type="checkbox"/>		3. Enfermero/a <input type="checkbox"/>	
		4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 8. No consignado <input type="checkbox"/>			
5. Fue hospitalizada? Si <input type="checkbox"/> Causa: _____ No <input type="checkbox"/> No cons. <input type="checkbox"/> 6. Cuántos CPN recibió? _____					
7. Enfermedades asociadas con el embarazo:					
8. Presentó algunas de las siguientes señales de peligro?					
1. Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> 5. Convulsiones <input type="checkbox"/> 9. Ninguno <input type="checkbox"/>					
2. Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> 6. Fiebre <input type="checkbox"/> 10. No consignado <input type="checkbox"/>					
3. Edemas cara o extremidades <input type="checkbox"/> 7. Pérdida de líquido amniótico <input type="checkbox"/> 11. Otras (Espec.) _____					
4. Aumento exagerado de peso <input type="checkbox"/> 8. Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>					
9. Finalización del embarazo: A término (37 a 41 SG) <input type="checkbox"/> 10. Terminado en: _____					
Posttérmino (42 o más SG) <input type="checkbox"/> Menos de 20 semanas <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>					
Pre-término (20 a 36 SG) <input type="checkbox"/> No consignado <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>					
11. Aborto: 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Inducido/provocado <input type="checkbox"/>					
12. Procedimiento: 1. Instrumental <input type="checkbox"/> 2. Aspiración <input type="checkbox"/> 3. Tóxicos <input type="checkbox"/>					
4. Sonda / Alambres <input type="checkbox"/> 5. Otro (Espec.): _____					

IV. Datos del Parto:

1. Fecha del parto: D _____ M _____ A _____		3. Quién atendió el parto?		4. Via de nacimiento:		6. Tipo de alumbramiento:	
2. Dónde ocurrió el parto? 5. Clínica privada <input type="checkbox"/>		1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 7. Partera/o <input type="checkbox"/>		1. Vaginal <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/>		1. Espontáneo <input type="checkbox"/>	
1. Hospital público <input type="checkbox"/> 6. Domicilio <input type="checkbox"/>		2. Méd. en servicio social <input type="checkbox"/> 8. Familiar <input type="checkbox"/>		5. Duración trabajo de parto:		2. Inducido <input type="checkbox"/>	
2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 7. Cent. Alternativo <input type="checkbox"/>		3. Médico/a general <input type="checkbox"/> 9. Ella misma <input type="checkbox"/>		1. Menos de 4 h. <input type="checkbox"/> 3. Más de 12 h. <input type="checkbox"/>		3. Manual <input type="checkbox"/>	
3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 8. Vía pública <input type="checkbox"/>		4. Médico interno <input type="checkbox"/> 10. No cons. <input type="checkbox"/>		2. 4 a 12 h. <input type="checkbox"/> 4. No cons. <input type="checkbox"/>		4. No hubo alumbr. <input type="checkbox"/>	
4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 9. Casa materna <input type="checkbox"/>		5. Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/> 11. Otro (espec.) _____					
6. Enfermero/a <input type="checkbox"/>							
7. Señales de peligro:							
1. Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> 3. Fiebre <input type="checkbox"/> 6. Dolor epigástrico <input type="checkbox"/> 9. Ninguno <input type="checkbox"/>							
2. Convulsiones <input type="checkbox"/> 4. Elevación de presión arterial <input type="checkbox"/> 7. Retención placenta <input type="checkbox"/> 10. No consignado <input type="checkbox"/>							
5. Cefalea intensa <input type="checkbox"/> 8. Presentación fetal anormal <input type="checkbox"/> 11. Otras (Espec.): _____							

V. Datos del puerperio:

1. Recibió control puerperal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3. Al cuánto tiempo se atendió el puerperio?		5. Señales de peligro:			
2. Dónde recibió control puerperal?		1. Horas: _____ 2. Dias: _____		1. Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> 6. Hipotensión <input type="checkbox"/>			
1. Hospital público <input type="checkbox"/> 5. Clínica privada <input type="checkbox"/>		4. Quién atendió el puerperio?		2. Edemas cara/extremidades <input type="checkbox"/> 7. No consig. <input type="checkbox"/>			
2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 6. Domicilio <input type="checkbox"/>		1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 4. Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/>		3. Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> 8. Ninguno <input type="checkbox"/>			
3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 7. Cent. Alternativo <input type="checkbox"/>		2. Médico/a general <input type="checkbox"/> 5. Otro (Espec.) _____		4. Fiebre <input type="checkbox"/> 9. Otro (Espec.) _____			
4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 8. Otro (Espec.) _____		3. Enfermero/a <input type="checkbox"/>		5. Convulsiones <input type="checkbox"/>			
				6. Dias / horas después del parto en que se iniciaron las señales de peligro _____ dias _____ hrs.			



Ficha de Vigilancia de Muerte Materna

República de Nicaragua / Ministerio de Salud

Unidad de Salud: _____

SILAIS: _____

No. _____

I. Identificación Personal		
1. Apellidos: _____		Nombres: _____
2. Dirección Actual: _____		3. Edad: _____ años
		4. No. de Cédula de Identidad: _____
Barrio/Comunidad: _____	Localidad: _____	5. Estado civil
Area Urbana <input type="checkbox"/> Area Rural: <input type="checkbox"/>	Municipio: _____	1. Acompañada <input type="checkbox"/> 3. Divorciada <input type="checkbox"/> 5. Viuda <input type="checkbox"/>
6. Escolaridad		2. Casada <input type="checkbox"/> 4. Soltera <input type="checkbox"/> 6. No consignado <input type="checkbox"/>
1. Sin escolaridad <input type="checkbox"/> 3. Primaria <input type="checkbox"/> 5. Técnica <input type="checkbox"/> 7. No cons. <input type="checkbox"/>		7. Religión
2. Alfabetizada <input type="checkbox"/> 4. Secundaria <input type="checkbox"/> 6. Universidad <input type="checkbox"/>		1. Católica <input type="checkbox"/> 3. Ninguna <input type="checkbox"/> 5. Otras (especificar): _____
8. Etnia _____		2. Evangélica <input type="checkbox"/> 4. No consignado <input type="checkbox"/>
9. Ocupación de la fallecida: _____		10. Ocupación de la pareja: _____

II. Antecedentes Obstétricos:		
1. Antecedentes obstétricos		2. Embarazo anterior terminado en:
1.1 Número de embarazos: _____	1.5 Hijos/as vivos/as: _____	2.1 Parto <input type="checkbox"/>
1.2 Número de abortos: _____	1.6 Hijos/as nacidos/as muertos/as: _____	2.2 Aborto <input type="checkbox"/>
1.3 Número de partos: _____	1.7 Fecha de parto o aborto anterior: _____	2.3 Cesárea <input type="checkbox"/>
1.4 Número de cesáreas: _____	D _____ M _____ A _____	3. Usaba anticonceptivos antes de este embarazo?
4. Enfermedades antes del embarazo: 4.1 Anemia <input type="checkbox"/> 4.2 Desnutrición <input type="checkbox"/> 4.3 Obesidad <input type="checkbox"/> 4.4 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 4.5 Malaria <input type="checkbox"/> 4.6 Diabetes <input type="checkbox"/>		3.1 Si <input type="checkbox"/> 3.2 No <input type="checkbox"/> 3.3 No cons. <input type="checkbox"/>
4.7 Infección urinaria <input type="checkbox"/> 4.8 ITS <input type="checkbox"/> 4.9 VIH - SIDA <input type="checkbox"/> 4.10 Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> 4.11 Ninguna <input type="checkbox"/> 4.12 No cons. <input type="checkbox"/> 4.13 Otras (Espec): _____		1. Píldoras <input type="checkbox"/> 4. Condón <input type="checkbox"/>
		2. DIU <input type="checkbox"/> 5. Naturales <input type="checkbox"/>
		3. Inyección <input type="checkbox"/> 6. Otros <input type="checkbox"/>

III. Datos del Embarazo:		
1. Fecha última regla: _____		3. Dónde recibió el control prenatal?
D _____ M _____ A _____		1. Hospital público <input type="checkbox"/> 5. Clínica privada <input type="checkbox"/> 9. Otro (Especif): _____
2. Intervalo intergenésico: _____		2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 6. Centro alternativo <input type="checkbox"/>
		3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 7. No recibió <input type="checkbox"/>
		4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 8. No consignado <input type="checkbox"/>
5. Fue hospitalizada? Si <input type="checkbox"/> Causa: _____ No <input type="checkbox"/> No cons. <input type="checkbox"/>		4. Quién hizo el control?
6. Cuántos CPN recibió? _____		1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 4. Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/>
7. Enfermedades asociadas con el embarazo:		2. Médico/a general <input type="checkbox"/> 5. Partera/o <input type="checkbox"/>
8. Presentó algunas de las siguientes señales de peligro?		3. Enfermero/a <input type="checkbox"/>
1. Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> 5. Convulsiones <input type="checkbox"/> 9. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> 6. Fiebre <input type="checkbox"/> 10. No consignado <input type="checkbox"/>	1. Anemia <input type="checkbox"/> 6. Infección urinaria <input type="checkbox"/>
3. Edemas cara o extremidades <input type="checkbox"/> 7. Pérdida de líquido amniótico <input type="checkbox"/> 11. Otras (Espec.) _____	4. Aumento exagerado de peso <input type="checkbox"/> 8. Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	2. Tuberculosis <input type="checkbox"/> 7. Diabetes <input type="checkbox"/>
9. Finalización del embarazo: A término (37 a 41 SG) <input type="checkbox"/>	10. Terminado en: Parto <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>	3. Malaria <input type="checkbox"/> 8. Ninguna <input type="checkbox"/>
Posttérmino (42 o más SG) <input type="checkbox"/> Menos de 20 semanas <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	4. ITS <input type="checkbox"/> 9. Otros (Espec.) _____
Pre-término (20 a 36 SG) <input type="checkbox"/> No consignado <input type="checkbox"/>	11. Aborto: 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Inducido/provocado <input type="checkbox"/>	5. VIH-SIDA <input type="checkbox"/>
	12. Procedimiento: 1. Instrumental <input type="checkbox"/> 2. Aspiración <input type="checkbox"/> 3. Tóxicos <input type="checkbox"/>	
	4. Sonda / Alambres <input type="checkbox"/> 5. Otro (Espec.): _____	

IV. Datos del Parto:		
1. Fecha del parto: D _____ M _____ A _____		3. Quién atendió el parto?
2. Dónde ocurrió el parto? 5. Clínica privada <input type="checkbox"/>		1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 7. Partera/o <input type="checkbox"/>
1. Hospital público <input type="checkbox"/> 6. Domicilio <input type="checkbox"/>	2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 7. Cent. Alternativo <input type="checkbox"/>	2. Méd. en servicio social <input type="checkbox"/> 8. Familiar <input type="checkbox"/>
3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 8. Vía pública <input type="checkbox"/>	4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 9. Casa materna <input type="checkbox"/>	3. Médico/a general <input type="checkbox"/> 9. Ella misma <input type="checkbox"/>
		4. Médico interno <input type="checkbox"/> 10. No cons. <input type="checkbox"/>
		5. Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/> 11. Otro (espec.) _____
		6. Enfermero/a <input type="checkbox"/>
7. Señales de peligro:		4. Tipo de alumbramiento:
1. Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> 4. Elevación de presión arterial <input type="checkbox"/> 6. Dolor epigástrico <input type="checkbox"/> 9. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Convulsiones <input type="checkbox"/> 5. Cefalea intensa <input type="checkbox"/> 7. Retención placenta <input type="checkbox"/> 10. No consignado <input type="checkbox"/>	1. Vaginal <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/>
		3. Manual <input type="checkbox"/> 4. No hubo alumbr. <input type="checkbox"/>
		5. Duración trabajo de parto:
		1. Menos de 4 h. <input type="checkbox"/> 3. Más de 12 h. <input type="checkbox"/>
		2. 4 a 12 h. <input type="checkbox"/> 4. No cons. <input type="checkbox"/>

V. Datos del puerperio:		
1. Recibió control puerperal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3. Al cuánto tiempo se atendió el puerperio?
2. Dónde recibió control puerperal?		1. Horas: _____ 2. Dias: _____
1. Hospital público <input type="checkbox"/> 5. Clínica privada <input type="checkbox"/>	2. Hospital privado <input type="checkbox"/> 6. Domicilio <input type="checkbox"/>	4. Quién atendió el puerperio?
3. Centro de salud <input type="checkbox"/> 7. Cent. Alternativo <input type="checkbox"/>	4. Puesto de salud <input type="checkbox"/> 8. Otro (Espec.): _____	1. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 4. Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/>
		2. Médico/a general <input type="checkbox"/> 5. Otro (Espec.): _____
		3. Enfermero/a <input type="checkbox"/>
5. Señales de peligro:		6. Dias / horas después del parto en que se iniciaron las señales de peligro: _____ dias _____ hrs.
1. Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> 2. Edemas cara/extremidades <input type="checkbox"/> 3. Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> 4. Fiebre <input type="checkbox"/> 5. Convulsiones <input type="checkbox"/>	6. Hipotensión <input type="checkbox"/> 7. No consig. <input type="checkbox"/> 8. Ninguno <input type="checkbox"/> 9. Otro (Espec.) _____	

VI. Atención al momento de la muerte

1. Dónde ocurrió la muerte?

1. Hospital público 6. Domicilio
 2. Hospital privado 7. Cent. Alternativo
 3. Centro de salud 8. Vía pública
 4. Puesto de salud 9. Otro (Espec.)
 5. Clínica privada

2. Quién le dió asistencia obstétrica

1. Médico/a especialista 5. Partera/o
 2. Médico/a general 6. No consignado
 3. Enfermero/a 7. Otro (Espec.):
 4. Aux. enfermería

3. Tipo de demanda:

1. Espontáneo 2. Referido

4. Quién la refirió?

1. Médico/a especialista 5. Partera/o
 2. Médico/a general 6. No consignado
 3. Enfermero/a 7. Otro (Espec.):
 4. Aux. enfermería

5. Fecha de terminación del embarazo:

D | | M | | A | |

6. Fecha de muerte:

D | | M | | A | |

7. Semanas de gestación a la muerte:

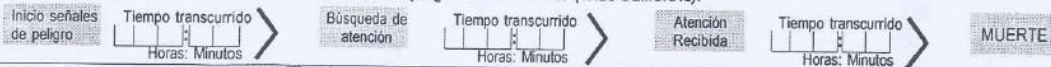
| |

8. Momento de la muerte:

1. Embarazo
 2. Parto
 3. Puerperio

9. Semana Epidemiológica

12. Tiempo transcurrido desde el inicio de las señales de peligro hasta la muerte (TRES DEMORAS):



13. Tipo de muerte: 1. Obstétrica directa

2. Obstétrica indirecta 3. No obstétrica

14. Expediente:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

15. Nombre de la unidad de salud donde

ocurrió la muerte:

SILAIS:

| | | | |

Municipio:

| | | | |

VII. Causa de muerte obstétrica

• **Causa Básica (Según CIE - 10):** _____

• **Causa Intermedia (Según CIE - 10):** _____

• **Causa Directa (Según CIE - 10):** _____

3. Factores asociados a la muerte:

Biológicos

1. Edad 5. Cardiopatía 9. Ninguna
 2. Talla 6. Hipertensión 10. No cons.
 3. Estado Nutricional 7. VIH/SIDA 11. Otra (Espec.):
 4. Diabetes 8. Tumores malignos

Sociales

1. Extrema pobreza
 2. Embarazo no planificado
 3. Violencia
 4. Ninguna
 5. No consignada

Institucionales

1. Iatrogenia
 2. Infección intrahospitalaria
 3. Inadecuada organización de los servicios

VIII. Causa de muerte no obstétrica

1. Causa básica

1. Herida arma de fuego 7. Ahogamiento
 2. Accidente de tránsito/politraumatismo 8. Quemaduras
 3. Intoxicación 9. Explosión artefacto bélico
 4. Herida arma blanca 10. Violencia familiar
 5. Mordedura de serpiente 11. No consignado
 6. Lesiones autoinfligidas (Suicidio) 12. Otra (Espec.):

2. Causa directa

1. Shock hipovolémico 5. Coagulación intravascular diseminada
 2. Shock anafiláctico 6. Insuficiencia renal
 3. Shock séptico 7. No consignado
 4. Distress respiratorio 8. Otro (Espec.)

IX. Nombre de la persona que llena la ficha

Cargo

Fecha de llenado

D | | M | | A | |

X. Este módulo sólo puede ser llenado por el Comité de Análisis de Muerte Materna del municipio u hospital

Resumen clínico

1. Diagnóstico de ingreso o motivo de atención

1. _____
 2. _____
 3. _____

2. Diagnóstico de egreso o causa de muerte

1. _____
 2. _____
 3. _____

3. Comentarios sobre el manejo de la fallecida en base a las TRES DEMORAS

4. Recomendaciones en función de las demoras encontradas deficientes

Nombre y firma	Cargo	Fecha de análisis D M A
Nombre y firma	Cargo	Fecha de análisis D M A
Nombre y firma	Cargo	Fecha de análisis D M A

XI. Este módulo corresponde a la valoración que emita el Comité de Análisis de Muerte Materna (Camm) del SILAIS.

El análisis del Camm concluye que esta muerte es por causa obstétrica 1. Directa 2. Indirecta 3. No obstétrica

Certificado de defunción emitido: 1. Si 2. No 3. No cons.

Evitable: 1. Si 2. No

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Edad	CARACTERISTICA SOCIO DEMOGRAFICA.	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años cumplidos	10-14años 15-19 años
Ocupación de la pareja		Trabajo o actividad que desempeña a el cónyuge.	Actividad realizada	Agricultor comerciant e Técnico Profesional .
Procedencia		Lugar de origen de una persona		Zona urbana Zona rural
Estado civil		Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Condición legal	Casado Soltera Unión libre Divorciado
Escolaridad		Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela	Nivel académico alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Universitari o
Ocupación de la fallecida		Trabajo o actividad en el que se desempeña la fallecida.	Actividad realizada	Ama de casa Comerciant e Técnico profesional

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
No DE EMBARAZOS		Son los embarazos de las adolescentes que pudieron finalizar en un producto vivo o muerto.	No de embarazos	-Hijo/as Vivo /as -Hijo/as Nacido/as Muerto/as. -Fecha de parto o aborto anterior.
No DE PARTOS		Se define como el número de partos que se les han atendido a las adolescentes en una unidad de salud y/o en la comunidad.	No de partos atendidos	-Hijo/as Vivo/as -Hijo/as Nacido/as Muerto/as. -Fecha de parto o aborto anterior.
No DE CESAREAS		La cirugías por Cesárea es una intervención que se realiza por prescripción medica a las adolescentes Por complicaciones durante el parto.	No de Cesáreas realizada en adolescentes	-Parto prolongado. -Hemorragia durante el parto. -Hipertensión Gestacional. -Embarazo precoz. -Otras Causas
No DE HIJOS (AS) VIVO(AS)		Se conceptualiza como el números de	No de Hijo/as vivos.	-Hijos Vivos -Hijas vivas

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
		hijos/as vivo/as que la adolescentes llevo a feliz termino.		
No DE NACIDOS(AS) MUERTO	PRINCIPALES ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Se conceptualiza el producto, que fallece antes y durante el parto por complicaciones en el mismo, y/o antes del nacimiento.	No nacido/as muertas antes y durante el parto.	-Sufrimiento fetal. -Óbito -Falta de control prenatal -durante el desarrollo del embarazo. -Complicaciones ante y durante el parto.
FECHA DE PARTO O ABORTO ANTERIOR		Se conceptualiza la fecha del parto anterior ante el embarazo actual que finalizaron con productos vivo y/o muertos antes y durante el parto.	No de partos anteriores	-Menor de 1 año -Mayor de 5 años -Hijo/as Vivo/as -Hijo/as Nacido/as Muerto/as. -Abortos

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVO		La planificación familiar ayuda a las adolescentes proporcionándoles protección contra los embarazos no deseados.	No adolescentes utilizando métodos anticonceptivos	-Píldoras -DIU -Inyección -Condón -Naturales -Otros
INTERVALO INTERGENESICO	DATOS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	El periodo intergenesico entre un embarazo es de 2.5 años como mínimo.	No de mujeres que tuvieron sus hijos con ese rango.	-Periodo de 2.5 años o mas. -Mayor de 5 años. -Menor de 1 año de alto riesgo.

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
No CONTROLES PRENATALES		Se entiende por control prenatal, (la vigilancia., asistencia, cuidado, acompañamiento, consulta prenatal) es la serie de contactos, entrevista o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud.	No de controles prenatales de la adolescente embarazada.	-Medico/a especialista. -Medico/a General. -Enfermará/o -Auxiliar de enfermería. -Partera.
LUGAR DONDE OCURRIO EL PARTO		Se define como el área y/o institución donde ocurrió el parto.	No de unidades públicas y privadas donde se atendió el parto	-Hospital Público. -Hospital privado. -Centro de salud. -Puesto de salud. -Domicilio. -Medio de transporte. -Casa Materna.

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
RECURSO QUE ATENDIO EL PARTO		Se denomina a la persona que atendió el proceso del parto de la usuaria que bien puede ser un profesional, técnico y /o empírico.	No de recursos que atendieron el parto	-Medico/a especialista. -Medico/a General. -Enfermera/o -Auxiliar de enfermería. -Partera/o. o Familiar.
TIEMPO ENTRE EL PARTO Y EL PRIMER CONTROL PUERPERAL		Puerperio inmediato se realiza en las 24 horas, la mujer luego de la evacuación del útero experimenta una sensación de alivio y bienestar.	No de puerperios realizados en tiempo y forma por el personal de salud y/o parteras.	-1 horas -2 Días -24 horas o más. -Atención del puerperio: -Medico/a especialista. -Medico/a General. -Enfermera/o. -Auxiliar de Enfermería. -Partera/o

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
TIEMPO ENTRE EL PARTO Y LA INICIACIÓN DE SIGNOS DE PELIGRO		Se define como el tiempo entre el parto y la iniciación de los signos de peligros después del parto en la adolescente.		<ul style="list-style-type: none"> -Días -Horas después del parto que se iniciaron las señales: -Sangrado vaginal. -Edemas en cara/extremidades. -Hipertensión arterial. -Fiebre -Convulsiones -Hipotensión -Ninguno -Otros específicos.
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE DE LA ADOLESCENTE,		Se define como el sitio donde falleció la Usuaría al momento del parto	No de lugares donde ocurrió el fallecimiento de las adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital Publica -Hospital Privado -Centro de Salud -Puesto de Salud -Clínica Privada. -Domicilio. -Medio de transporte. -Casa Materna. -Centro alternativo -Vía publica

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LA MUERTE		Es el momento donde fallece la adolescente, por causas complejas en el proceso del parto.		<ul style="list-style-type: none"> -Fecha de la muerte. -Semanas de gestación a la muerte. -Al momento de la muerte: -Embarazo -Parto -Puerperio.
CAUSA DIRECTA	CAUSA OBSTETRICA DIRECTA	Es la causa de muerte que resulta de las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, de la adolescente.	No de muerte de adolescente por causa directa	<ul style="list-style-type: none"> -Shock hipovolemico. -Shock Séptico. -Edema Cerebral. Tromboembolismo pulmonar. Coagulación intravascular diseminada. Insuficiencia respiratoria aguda. Otros.
BIOLOGICO		Son los factores biológicos asociados y/o relacionado con la muerte obstetrica de la adolescente.	No de muertes obstétrica relacionados a factores biológicos de la adolescente	<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Talla -Estado Nutricional. -Diabetes. -Cardiopatía. -Hipertensión. -VIH/SIDA.

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
				-Tumores malignos. -Otros.
SOCIALES		Son factores sociales que están relacionados con entorno y nivel de vida de la adolescente.		-Extrema Pobreza. -Embarazo no planificado. -Violencia Ninguno
INSTITUCIONAL ES		Son los factores Institucionales que permitieron las complicaciones en el proceso de la atención a la adolescente, que tienen como origen daño a la salud.		-Iatrogénica. -Infección intrahospitalaria. -Inadecuada organización de los servicios.

TABLA 1.
MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES POR SILAIS DURANTE EL PERIODO
2004-2006.

SIL AIS	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Boaco			2	3.2	2
Chontales	1	14.2	11	17.7	12
Chinandega			4	6.4	4
Granada	1	14.2	1	1.6	2
León	1	14.2	2	3.2	3
Managua	1	14.2	8	12.9	9
RAAN	1	14.2	9	14.5	10
RAAS	2	28.5	6	9.6	8
Carazo			1	1.6	1
Estelí			1	1.6	1
Jinotega			5	8	5
Matagalpa			8	12.9	8
Madriz			1	1.6	1
Masaya			2	3.2	2
Nueva Segovia			1	1.6	1
Total	7	100%	62	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

Grafico No 1.
MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE POR SILÁIS.
DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

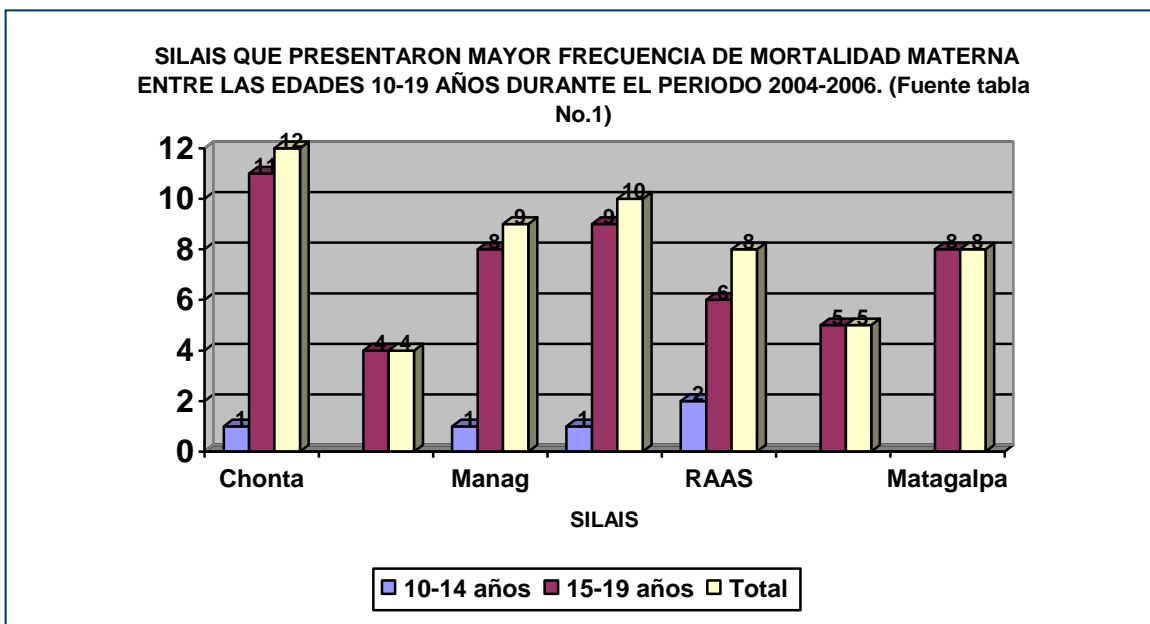
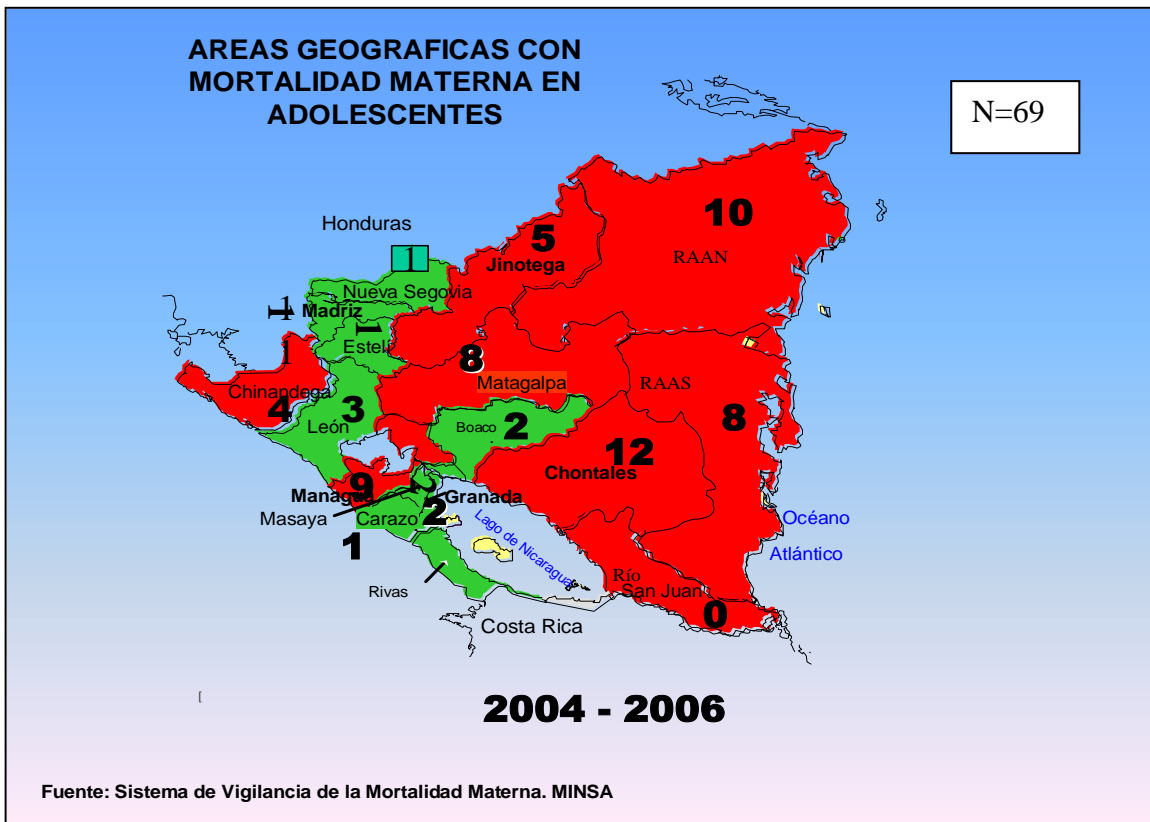
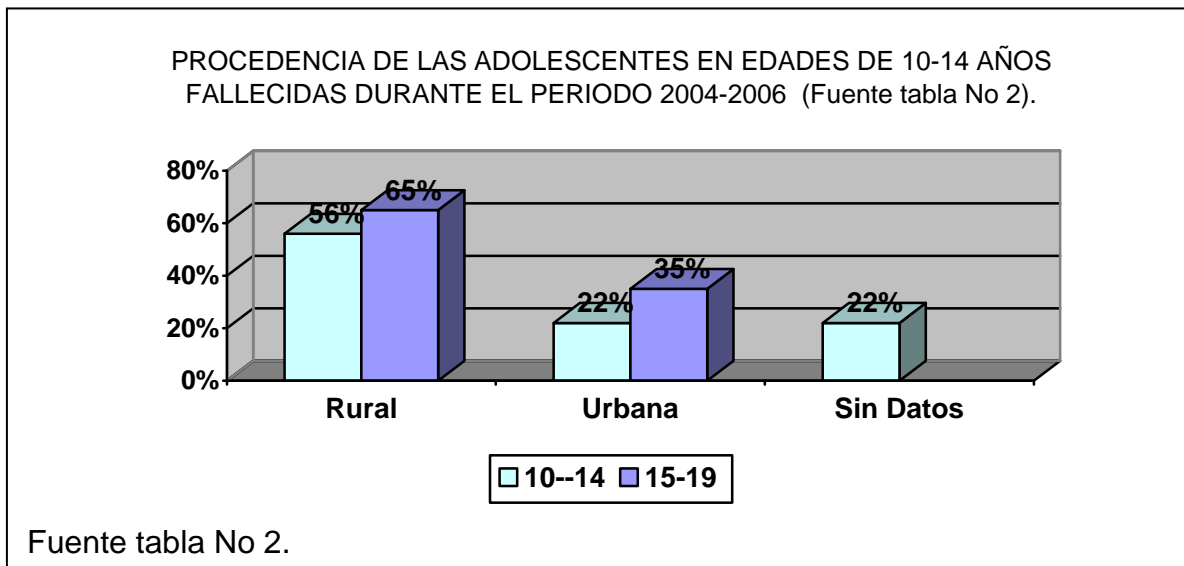


TABLA 2.
PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006

Procedencia	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Rural	5	56	39	65	44
Urbana	2	22	21	35	23
Sin datos	2	22	0		2
Total	9	100%	62	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).



**TABLA 3.
MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES OCUPACIÓN SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006**

Ocupación	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Ama de casa	7	77.7	51	85	58
Estudiantes	2	22.2	3	5	5
Domestica			3	5	3
Obreras			2	3.3	2
Maestra			1	1.7	1
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES OCUPACIÓN SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006 (Fuente: Tabla No. 3)

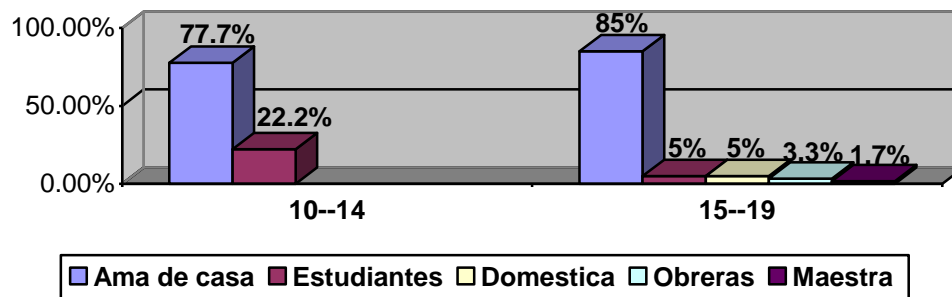
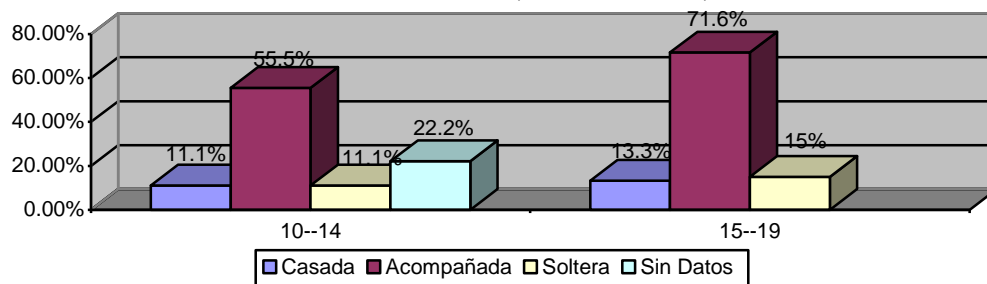


Tabla 4
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN ESTADO CIVIL
DURANTE EL PERIODO
2004-2006

Estado Civil	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Casada	1	11.1	8	13.3	9
Acompañada	5	55.5	43	71.6	48
Soltera	1	11.1	9	15	10
Sin Datos	2	22.2			2
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN ESTADO CIVIL DURANTE EL PERIODO 2004-2006 (Fuente: Tabla No.4)

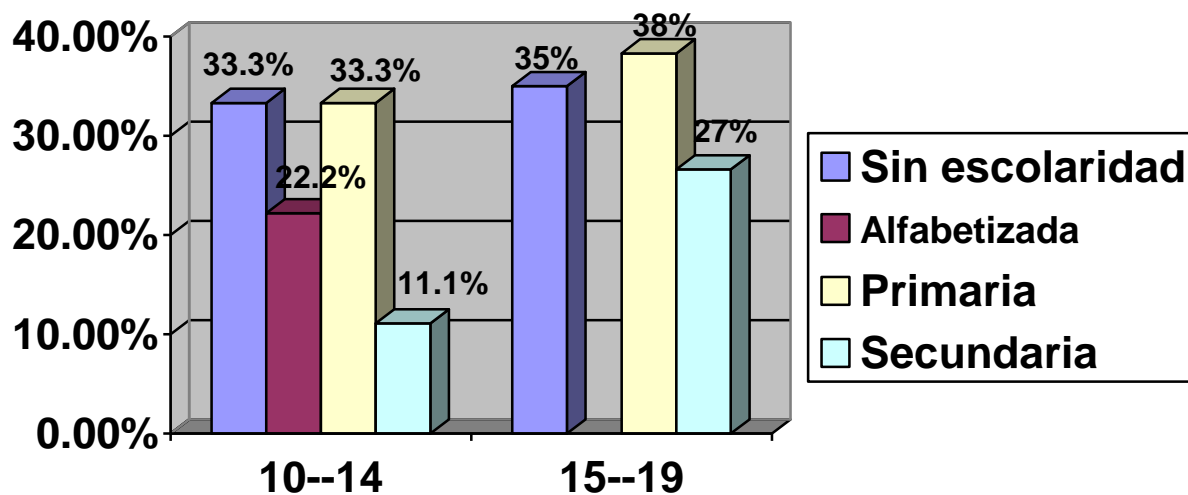


**TABLA 5.
ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN EDAD DURANTE
EL PERIODO 2004-2006**

Escolaridad	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Sin escolaridad	3	33.3	21	35	24
Alfabetizada	2	22.2			2
Primaria	3	33.3	23	38.3	26
Secundaria	1	11.1	16	26.6	17
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

**Escolaridad de las adolescentes fallecidas segun edad
durante el periodo 2004-2006 (Fuente tabla No 5)**

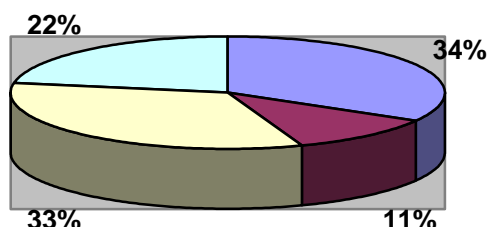


**TABLA 6.
OCUPACIÓN DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006.**

Ocupación de la Pareja	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Agricultor	3	33.3	25	41.6	28
Comerciante	1	11.1	2	3.3	3
Desempleado	3	33.3			3
Torneros			5	8.3	5
Carpintero			4	6.6	4
Obrero			7	11.6	7
Jornalero			4	6.6	4
Técnico			1	1.6	1
Químico en pintura			1	1.6	1
Sin datos	2	22.2	11	18.3	13
Total	9	100%	60	100	69

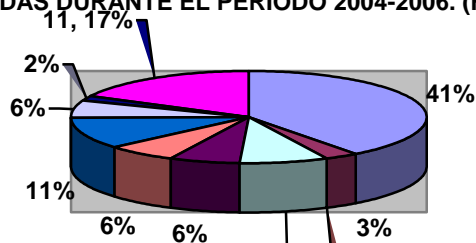
(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

**OCUPACIÓN DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES DE 10 -14 AÑOS
FALLECIDAS DURANTE EL PERIODO 2004-2006.(Fuente: Tabla No.6)**



Agricultor
 Comerciante
 Desempleado
 Sin datos

**TABLA 6. OCUPACIÓN DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES DE 16 -19 AÑOS
FALLECIDAS DURANTE EL PERIODO 2004-2006. (Fuente: Tabla No.6)**



Agricultor
 Comerciante
 Desempleado
 Tornero

Carpintero
 Obrero
 Jornalero
 Técnico

Químico en pintura
 Sin datos

TABLA 7.
ANTECEDENTES OBSTETRICO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN
EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Antecedentes	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Nulíparas	5	35.	36	30.5	41
Embarazos previos	2	14.2	26	22.0	28
Parto Vaginal	2	14.2	21	17.7	23
Abortos	4	28.5	3	2.5	7
No Hijas(o) Vivos			21	17.7	21
No Muertos hijas(o)			5	4.2	5
Cesáreas	1	7.1	6	5.0	7
Total	14	100%	118	100	132

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

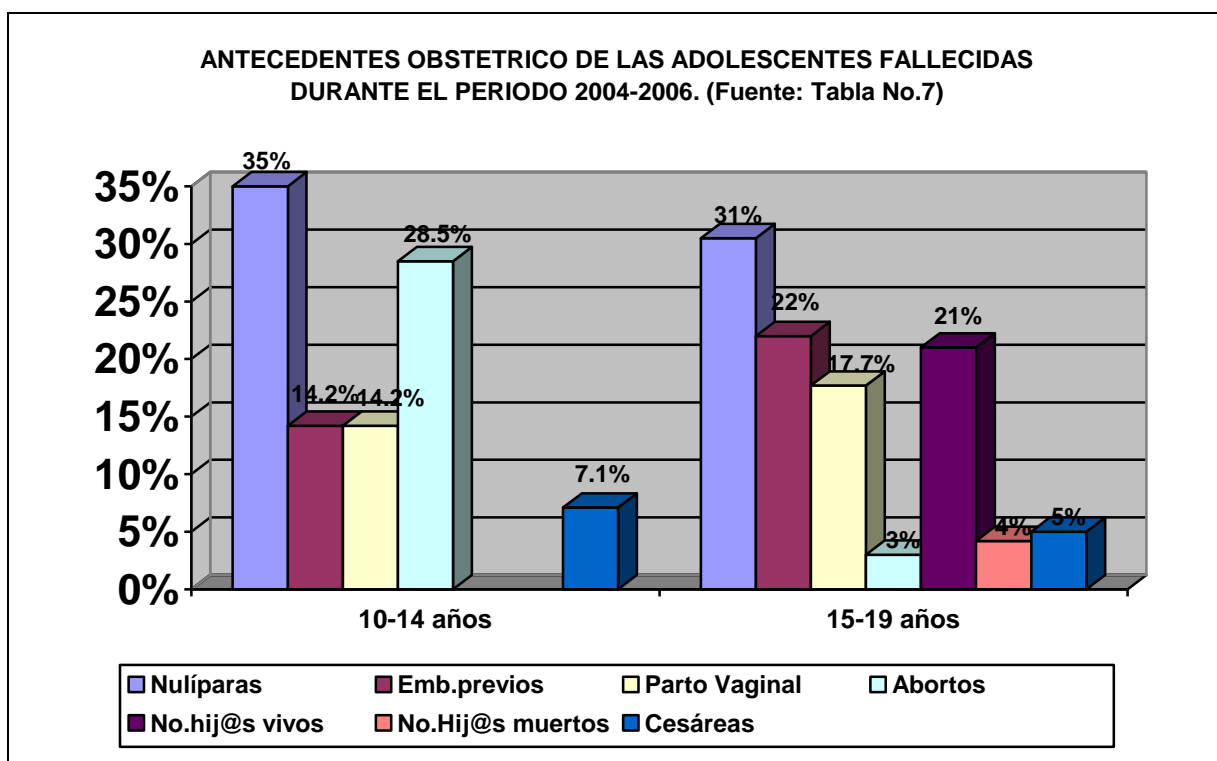


TABLA 8.
PERIODO INTERGENESICO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDA SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Periodo intergenesico	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Menor de 1 año			30	43.4	30
Mayor de 1 año 1/2			10	14.4	10
Mayor de 2 años			10	14.4	10
Tres años o mas			5	7.2	5
Sin datos			14	20.2	14
Total			69	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

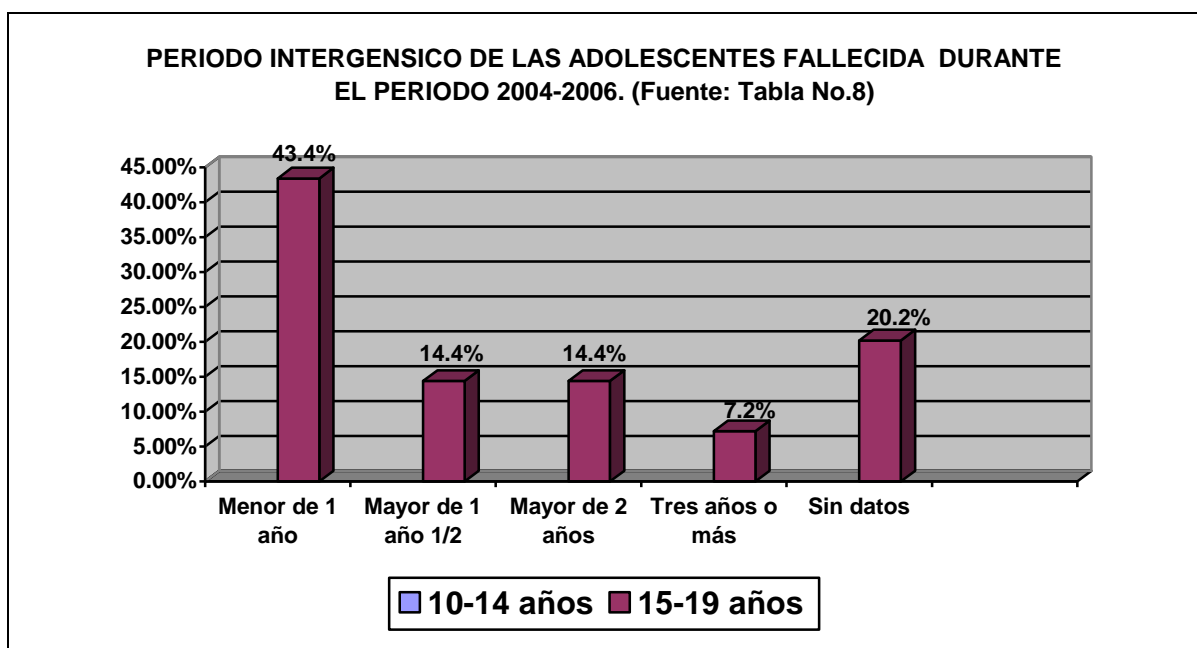
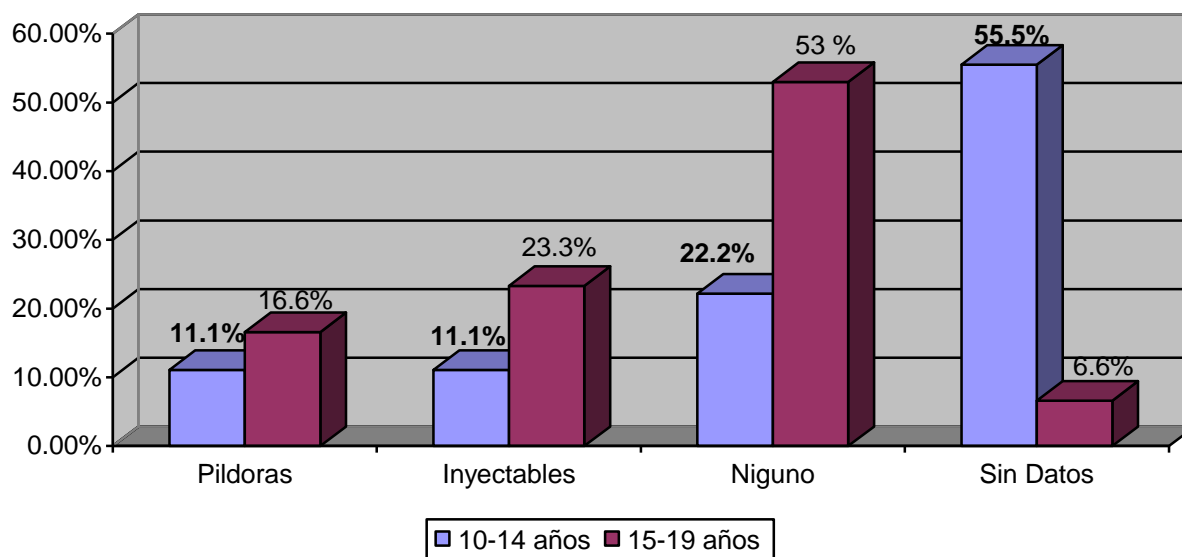


TABLA 9.
ANTICONCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDA SEGÚN EDAD DURANTE
EL PERIODO 2004-2006.

Anticoncepción	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Píldoras	1	11.1	10	16.6	
Inyectables	1	11.1	14	23.3	
Ninguno	2	22.2	32	53.3	
Sin datos	5	55.5	4	6.6	
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

ANTICONCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006. (Fuente tabla No 9)

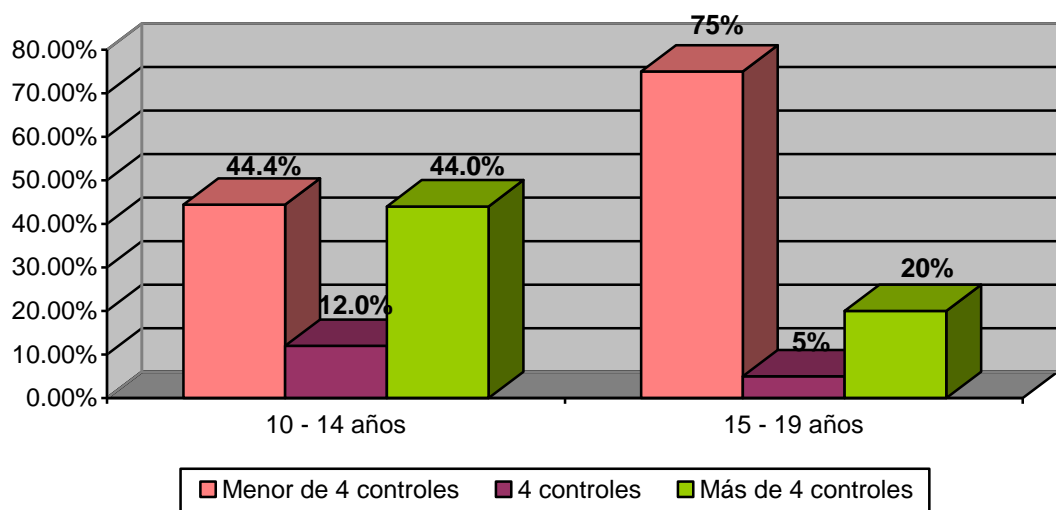


**TABLA 10.
 ATENCION PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN EDAD
 DURANTE EL PERIODO 2004-2006.**

CONTROLES PRENATALES	10-14 años		15-19 años		Total
	No	%	No	%	
Menos de 4 controles	4	44.4	45	75	49
4 controles	1	12	3	5	4
Mas de 4 controles	4	44.4	12	20	16
Total	9	100%	60	100%	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA.

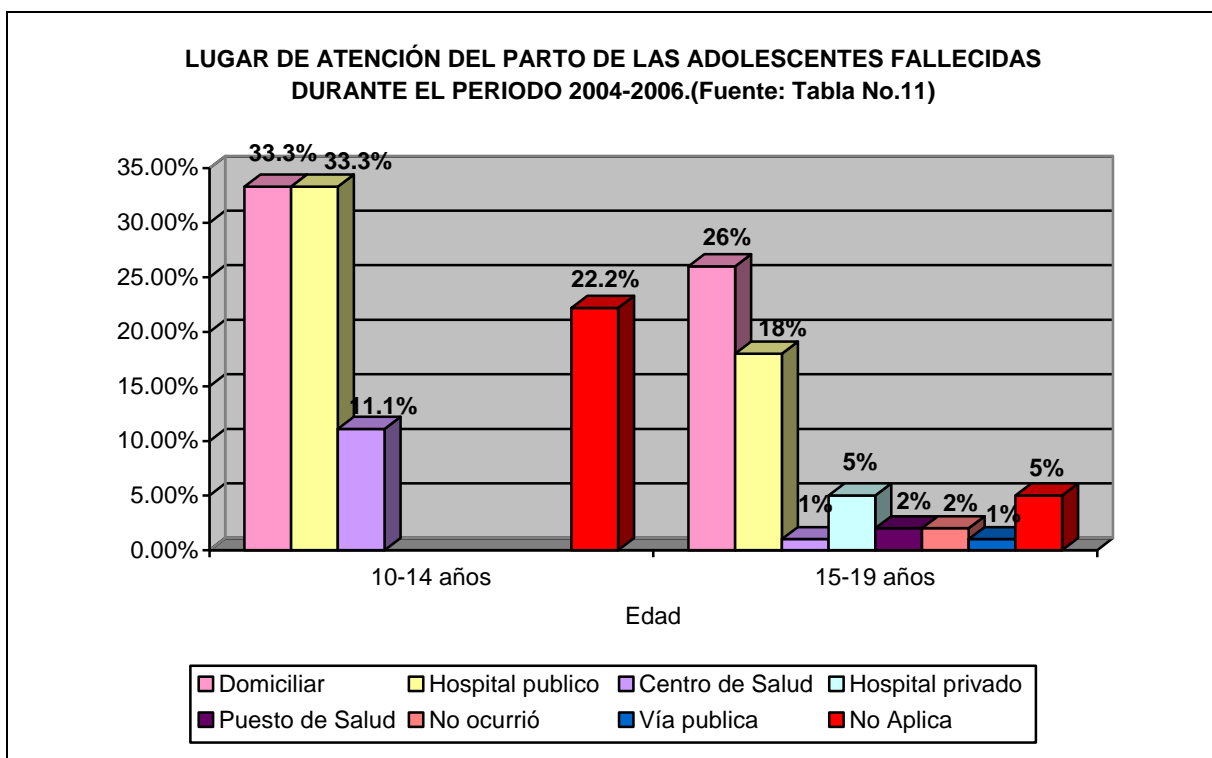
**ATENCION PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN
 EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.(Fuente: No Tabla No.10)**



**TABLA 11.
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN
EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.**

Lugar de atención del parto.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Domiciliar	3	33.3	26	43.3	29
Hospital publico	3	33.3	18	30	21
Centro de Salud	1	11.1	1	1.6	2
Hospital privado			5	8.3	5
Puesto de Salud			2	3.3	2
No ocurrió			2	3.3	2
Vía publica			1	1.6	1
No Aplica	2	22.2	5	8.3	7
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).



**TABLA 12.
RECURSO QUE ATENDIO EL PARTO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS
SEGÚN EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.**

Recurso que atendió el parto.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Medico especialista	3	33.3	18	30	21
Partera/o	1	11.1	14	23	15
Medico General	2	22.2	3	5	5
Auxiliar de enfermeria			1	1.6	1
ella misma			1	1.6	1
familiar			13	21.6	13
Marido			1	1.6	1
Sin datos			0		
No aplica	3	33.3	9	15	12
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

RECURSO QUE ATENDIO EL PARTO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS DURANTE EL PERIODO 2004-2006. (Fuente Tabla No.12)

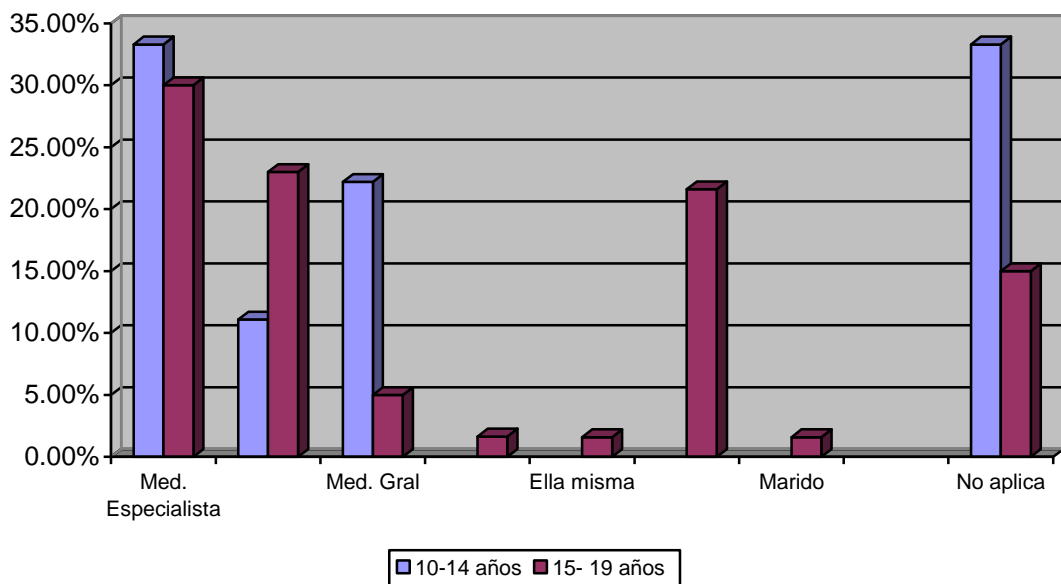


TABLA 13.
VIA DE ATENCIÓN DEL PARTO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN
EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Vía de atención del parto.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Cesárea	2	22.2	15	25	17
vaginal	4	44.4	33	55	37
No aplica	3	33.3	10	16.6	13
Sin datos			2	3.3	2
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

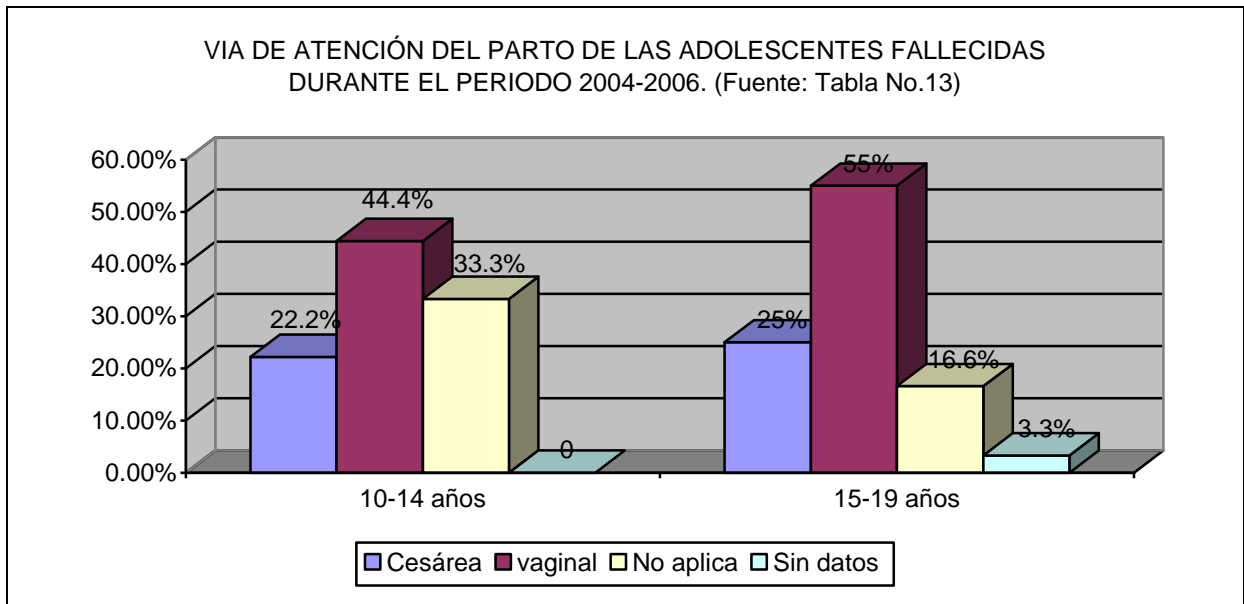


TABLA No 14
TIPO DE ALUMBRAMIENTO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDA SEGÚN
EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Tipo Alumbramiento	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Espontáneo	2	22.2	19	31.6	21
No Hubo alumbramiento	2	22.2	10	16.6	12
Dirigido	5	55.5	7	11.6	12
Manual			9	15	9
Sin datos			6	10	6
No aplica			9	15	9
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA)

TIPO DE ALUMBRAMIENTO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDA EN EL PERIO 2004-2006.

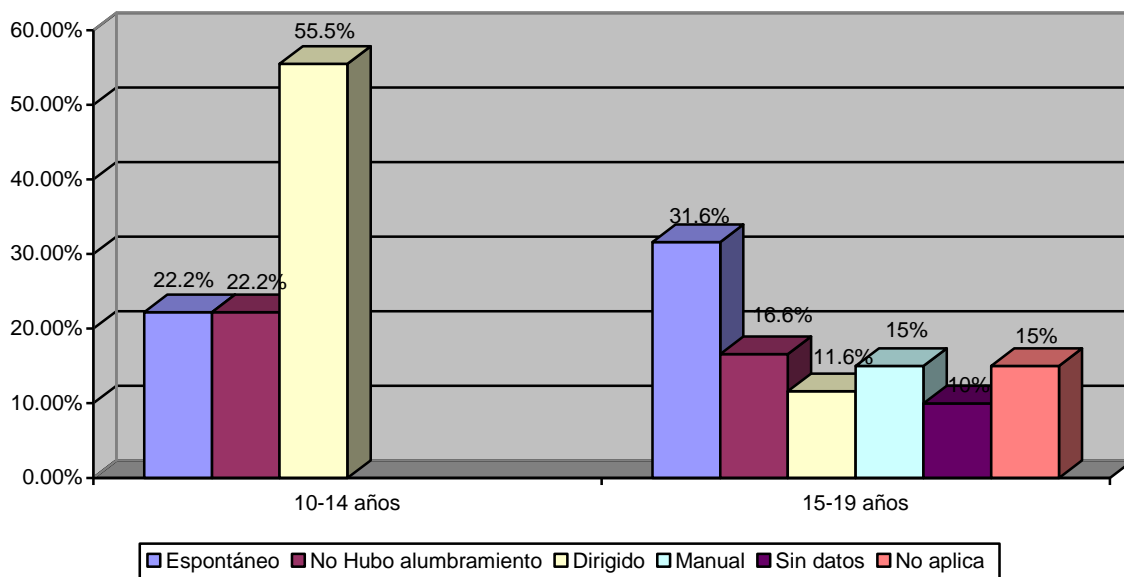
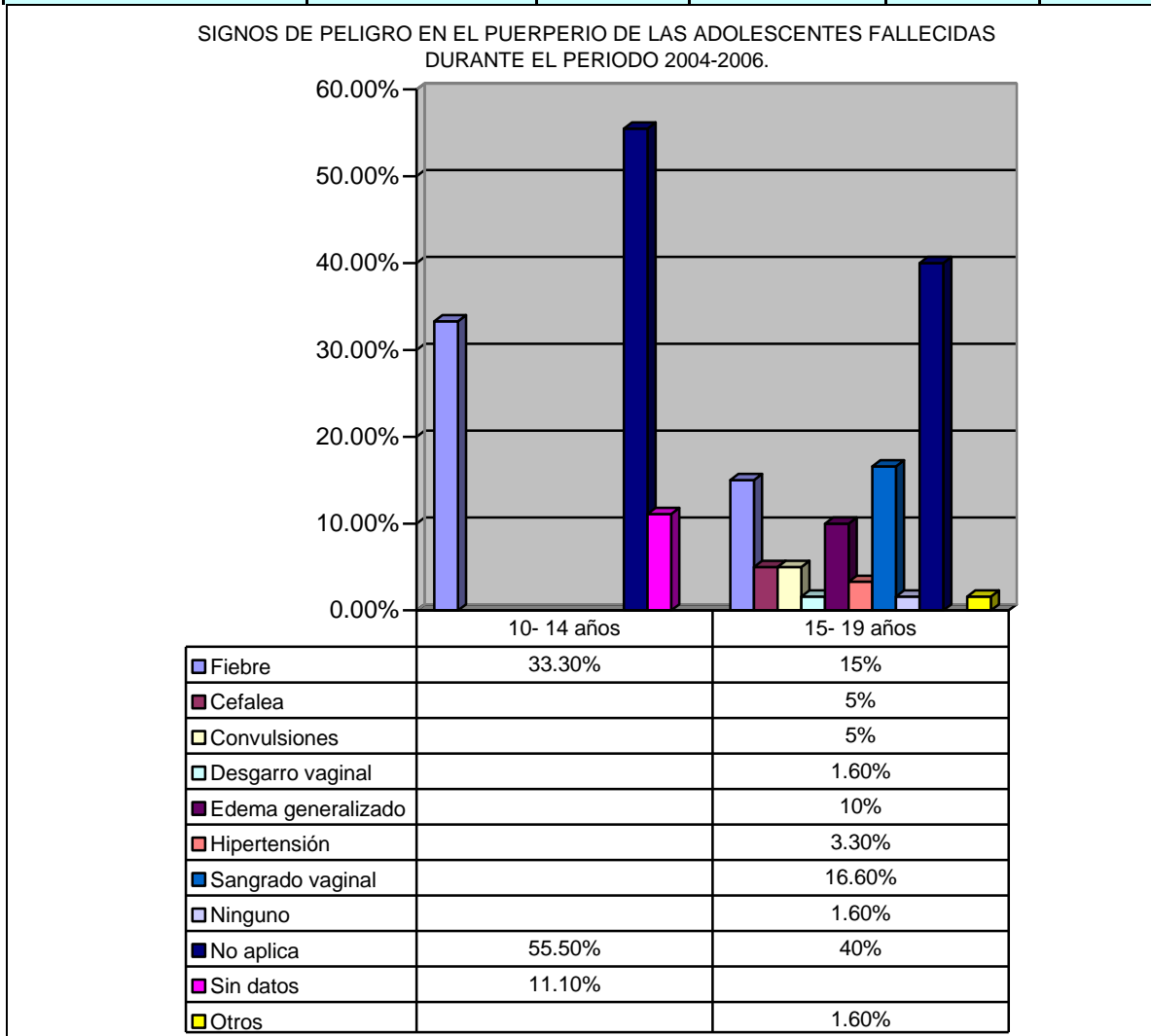


TABLA 15.
SIGNOS DE PELIGRO EN EL PUERPERIO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS
SEGÚN EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Signos de peligro en el puerperio.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Fiebre	3	33.3	9	15	12
Cefalea			3	5	8
Convulsiones			3	5	8
Desgarro vaginal			1	1.6	1
Edema generalizado			6	10	6
Hipertensión			2	3.3	2
Sangrado vaginal			10	16.6	10
Ninguno			1	1.6	1
No aplica	5	55.5	24	40	29
Sin datos	1	11.1			1
Otros			1	1.6	1
Total	9	100%	60	100	69



(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

TABLA No 16
RECURSO HUMANO QUE ATENDIO EL PUERPERIO DE LAS ADOLESCENTES
FALLECIDAS SEGÚN EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Recurso humano que atendió en el puerperio.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Medico Especialista	1	11.1	8	13.3	9
Medico General	2	22.2	5	8.3	7
Partera/o	2	22.2	4	6.6	6
Auxiliar de enfermeria			1	1.6	1
Familiar			2	3.3	2
Nadie			1	1.6	1
No aplica	4	44.4	35	58.3	39
Sin datos			4	6.6	4
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

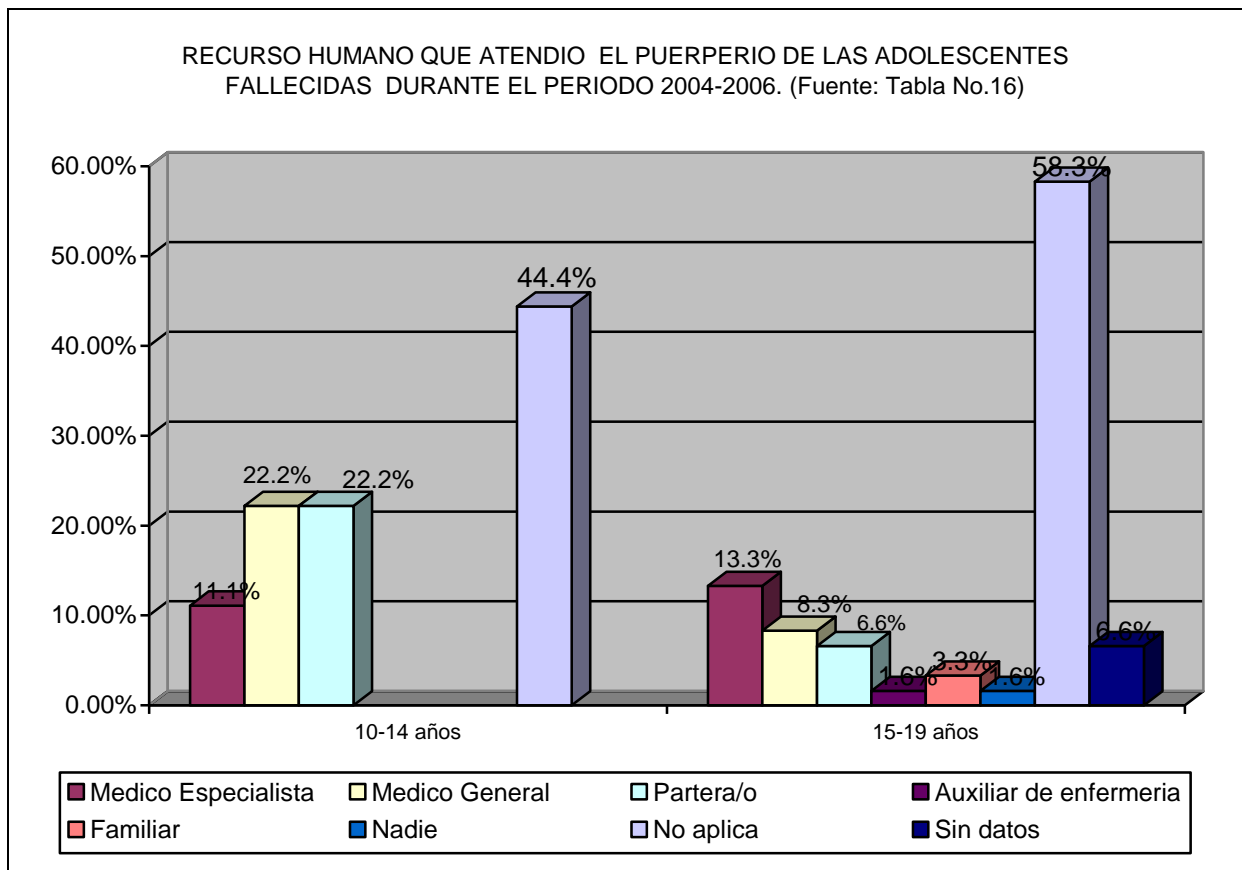


TABLA 17.
LUGAR DE OCURRENCIA MUERTE DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS SEGÚN
EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Lugar de Ocurrencia de la muerte.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Domicilio	4	44.4	29	48.3	33
Hospital publico	4	44.4	23	38.3	27
Vía Publica	1	11.1	3	5	4
Centro de Salud			2	3.3	2
Clínica privada			2	3.3	2
Puesto de salud			1	1.6	1
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

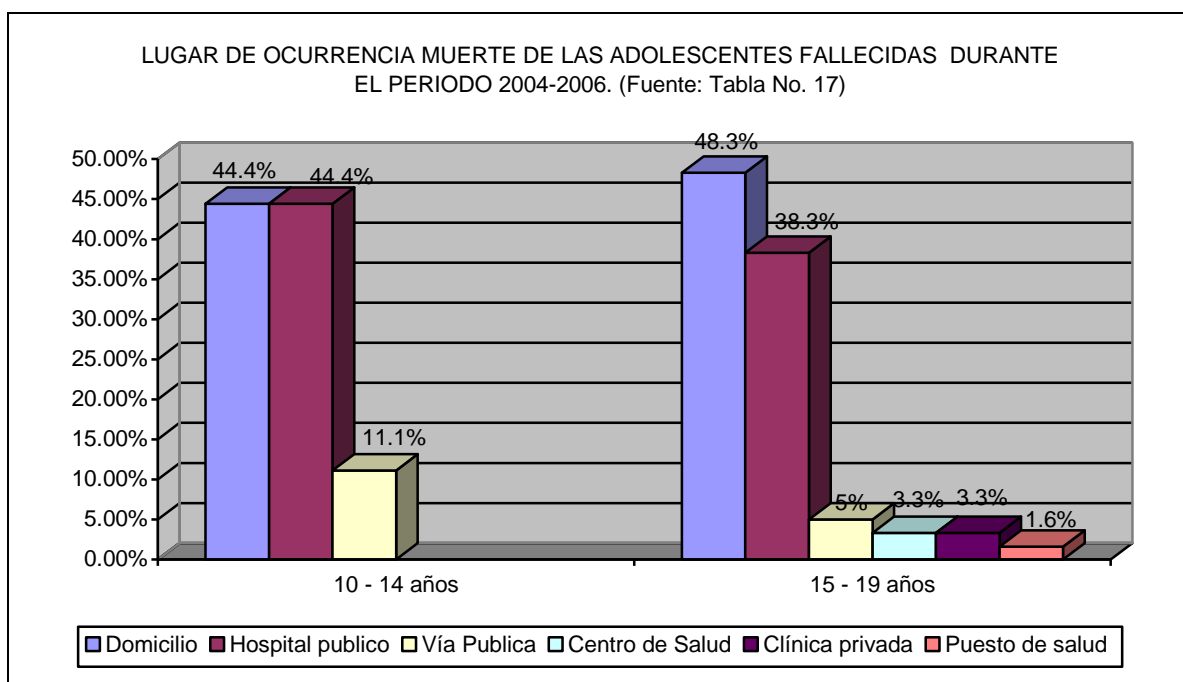


TABLA 18.
RECURSO HUMANO QUE ATENDIO A LAS ADOLESCENTES AL MOMENTO DE LA MUERTE SEGÚN EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Recurso Humano que asistió al momento de la muerte..	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Auxiliar de enfermería	1	11.1	0		1
Familiar	1	11.1	13	22	14
Medico especialista	6	67	22	37	28
Partera	1	11.1	11	18	12
Marido	0		2	3	2
Médico General	0		12	20	12
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

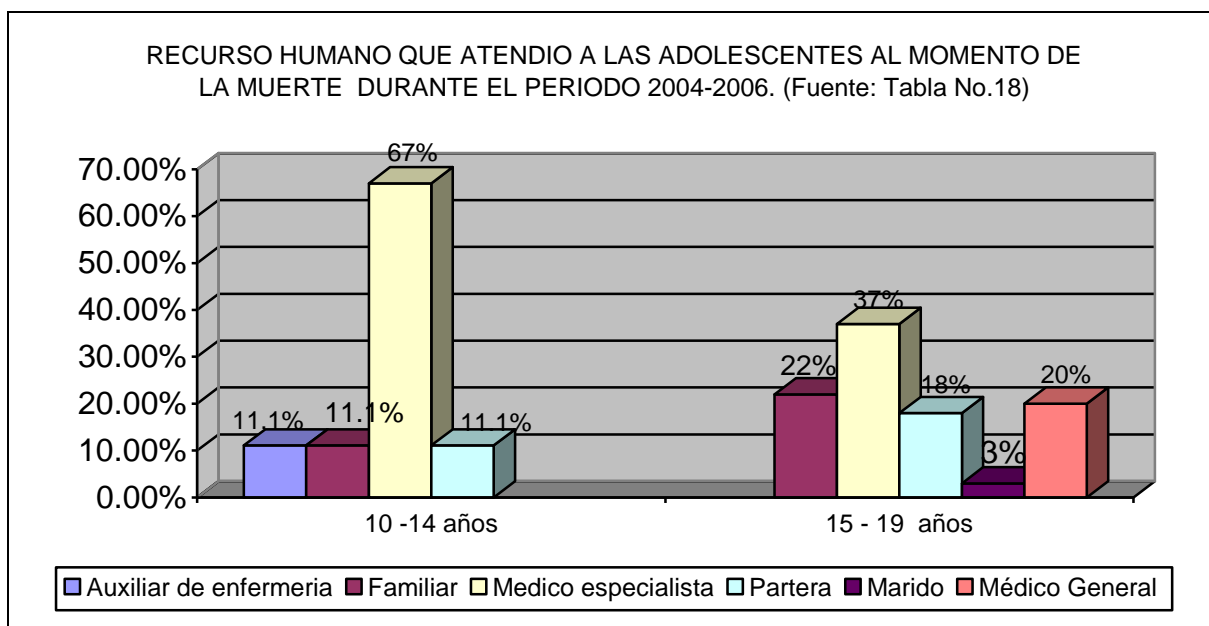


TABLA 19.
CLASIFICACION DE LA MUERTE DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Clasificación de la muerte.	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Obstétrica Directa	4	44.4	31	52	35
Obstétrica Indirecta	2	22.2	19	32	21
No obstetricia	3	33.3	10	17	13
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

CLASIFICACION DE LA MUERTE DE LAS ADOLESCENTES DURANTE EL
 PERIODO 2004-2006.(Fuente: Tabla No.19)

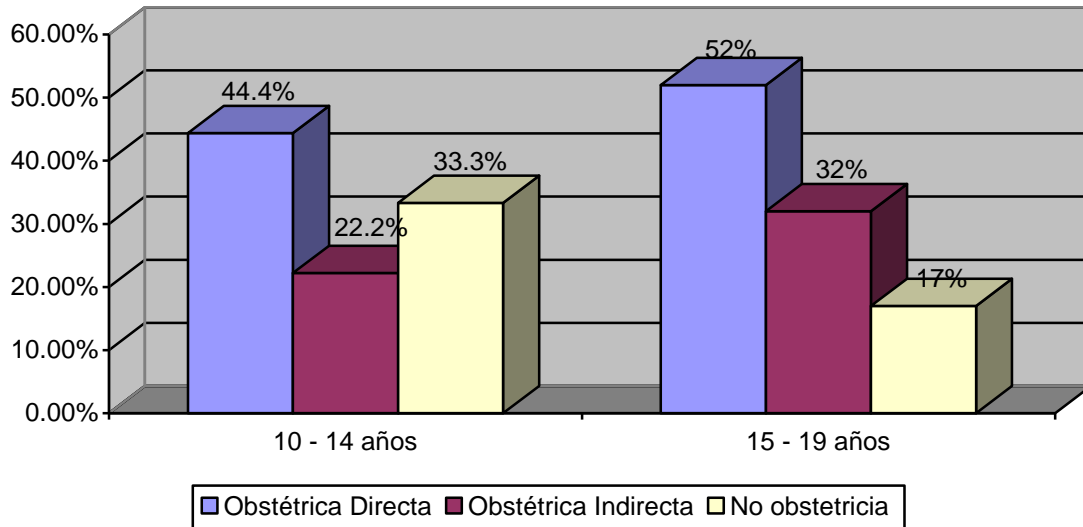
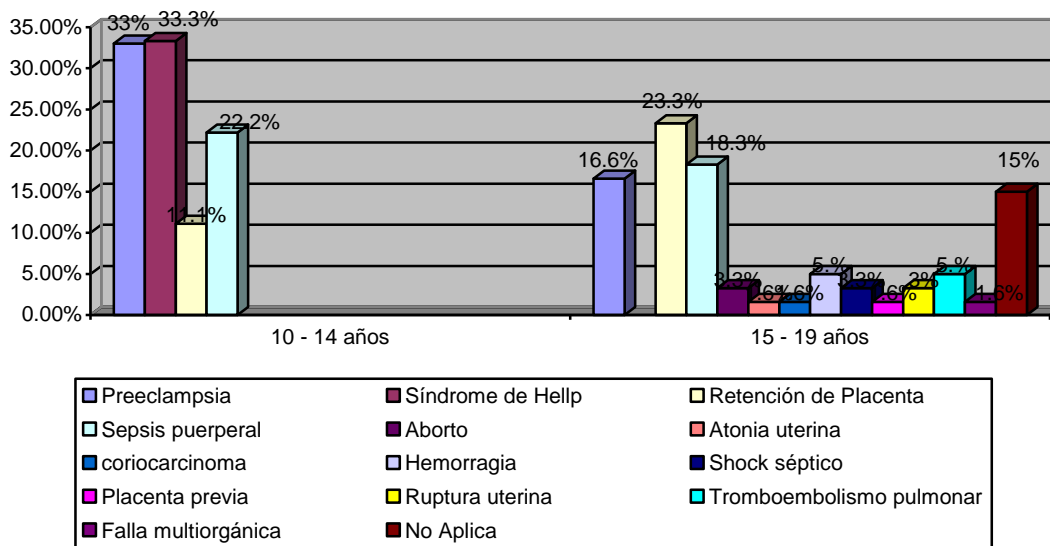


TABLA 20.
CAUSA BASICA DE MUERTE OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS
SEGÚN EDAD DURANTE EL PERIODO 2004-2006.

Causa básica	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Preeclampsia	3	33.3	10	16.6	13
Síndrome de Hellp	3	33.3			3
Retención de Placenta	1	11.1	14	23.3	15
Sepsis puerperal	2	22.2	11	18.3	13
Aborto			2	3.3	2
Atonia uterina			1	1.6	1
coriocarcinoma			1	1.6	1
Hemorragia			3	5	3
Shock séptico			2	3.3	2
Placenta previa			1	1.6	1
Ruptura uterina			2	3.3	2
Tromboembolismo pulmonar			3	5	3
Falla multiorgánica			1	1.6	1
No Aplica			9	15	9
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

CAUSA BASICA DE MUERTE OBSTETRICA DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS DURANTE
EL PERIODO 2004-2006. (Fuente: Tabla No.20)



**TABLA 21.
ETAPA DEL EMBARAZO EN QUE MUEREN LAS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD
DURANTE EL PERIODO 2004-2006.**

Etapas	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Embarazo	3	33.3	13	22	16
parto	1	11.1	12	20	13
Puerperio	4	44.4	32	53	36
Sin datos	1	11.1	3	5	4
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

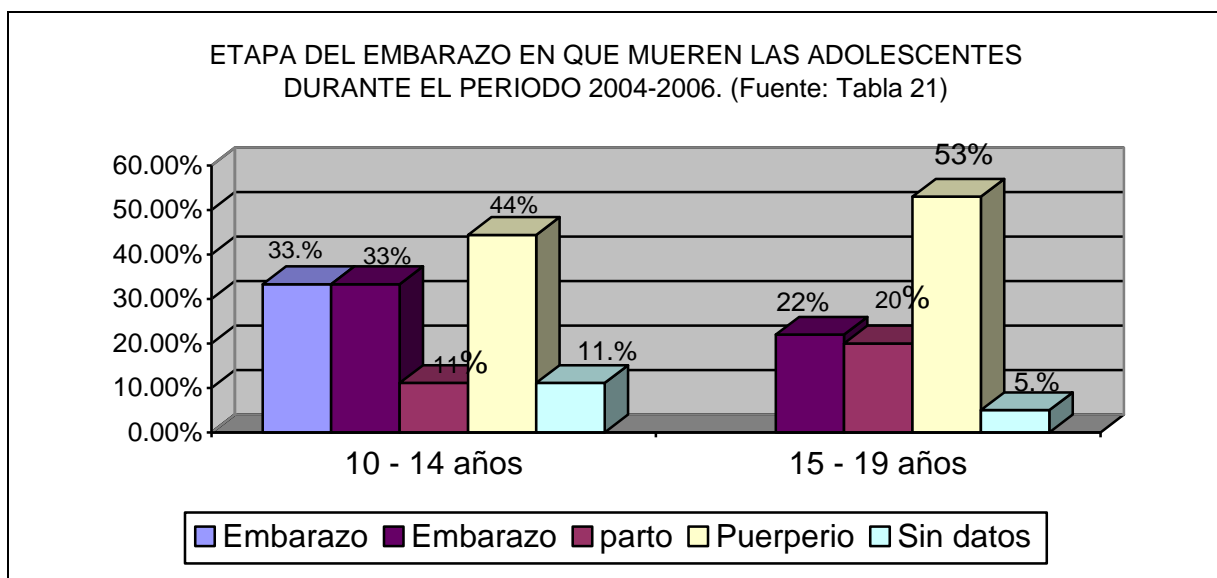


TABLA No 22
FACTORES RIESGO BIOLÓGICO PRESENTE AL MOMENTO DE LA MUERTE
DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD EN EL PERIODO 2004-2006.

Factores biológicos	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Edad	5	55.5	47	78.3	52
Estado nutricional	2	22.2	4	6.6	6
Tumores malignos			1	1.6	1
No aplica	1	11.1	4	6.6	5
Sin datos	1	11.1	4	6.6	5
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

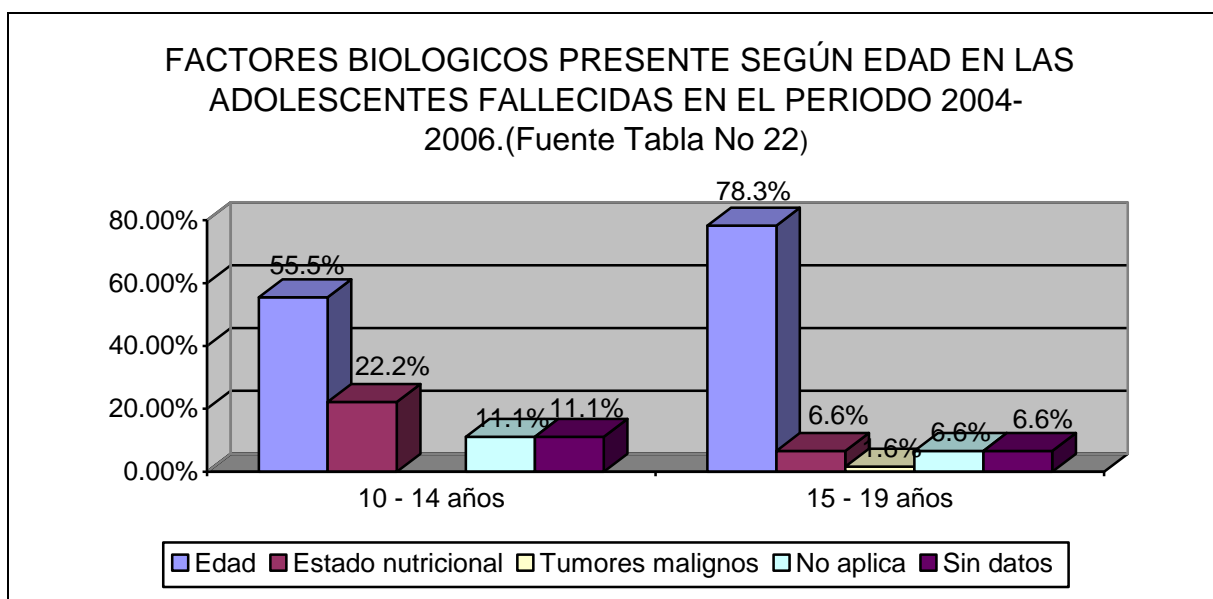


TABLA No 23
FACTORES RIESGO SOCIALES PRESENTE AL MOMENTO DE LA MUERTE
DE LAS ADOLESCENTE SEGÚN EDAD EN EL PERIODO 2004-2006.

Factores Sociales	10-14 años	%	15-19 Años	%	Total
Extrema Pobreza	3	33.3	28	46.6	31
Violencia	2	22.2	4	6.6	6
Embarazo no Planificado	2	22.2	21	35	23
No aplica	2	22.2	3	5	5
Sin datos			4	6.6	4
Total	9	100%	60	100	69

(Fuente: Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna, MINSA).

FACTORES RIESGO SOCIALES PRESENTE SEGÚN
EDAD AL MOMENTO DE LA MUERTE PERIODO
2004-2006.

