



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

2011 – 2013

Tesis para optar al Título de Maestro(a) en Salud Pública

**CARACTERISTICAS DE LAS MUERTES MATERNAS
EN EL MUNICIPIO DE MATAGALPA NICARAGUA 2011.**

Autora: Lic. Yolanda Arely Gómez López

Tutor: Msc. Dra. Mayra Molina

Ocotal, Nicaragua, Diciembre 2012

	PAGINA
INDICE	
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
I INTRODUCCIÓN	1-2
II ANTECEDENTES	3-6
III JUSTIFICACIÓN	7
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V OBJETIVOS	9
VI MARCO DE REFERENCIA	10-23
VII DISEÑO METODOLOGICO	24-26
VIII RESULTADOS	27
IX ANALISIS DE RESULTADOS	28
X CONCLUCCIONES	29
XI RECOMENDACIONES	30
XII BIBLIOGRAFIA	

ANEXOS: Modelo explicativo, Operacionalización de variables, Cuestionario, tablas y gráficos, fotos, otros.

DEDICATORIA

Dedico primeramente a mi Dios todo poderoso, por ser él quien me da la oportunidad de mantenerme con vida y poder lograr mis metas.

A mi hija Silma Valeria por ser mi fuente de inspiración y superación siendo ella el eje fundamental de mí ser para salir adelante y alcanzar mis logros.

A mi esposo por ser mi compañero, mi amigo la persona que me brindo su apoyo incondicionalmente.

Y a todas aquellas personas que me colaboraron con su gran aporte para ser posible la culminación de esta tesis.

AGRADECIMIENTO

Señor Jesús te doy infinitas gracias por darme la oportunidad de realizarme como mujer, madre y profesional para así mismo desarrollar mis habilidades y hoy en día ver el fruto de mi esfuerzo.

Agradezco a toda mi familia pilar de mi vida quienes de una u otra manera me han apoyado.

A todas las personas que colaboraron con tan provechosa tesis y en especial a mi tutora Dra. Molina mi guía, una persona que con su gran apoyo a formado a grandes profesionales como me ayudo hacer posible la culminación de este trabajo ya que con sus grandes conocimientos enriqueció mi tesis con sus observaciones por eso infinitas gracias y que el señor me la bendiga hoy mañana y siempre para que siga apoyando a los demás estudiantes y seguir formando profesionales de la salud.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal en el departamento de Matagalpa en el periodo del 2011. A la vez constituyen 14 mujeres fallecidas.

Con el objetivo de identificar las primeras causas de mortalidad materna. El universo lo constituyeron 28 mujeres embarazadas o en el periodo de puerperio, atendida en el servicio de consulta externa del Hospital Cesar Amador Molina, la muestra la conforma 14 pacientes fallecidas, durante el embarazo o 42 días de haber finalizado el embarazo.

Entre los resultados más frecuentes se destacan edad materna de 19 a 35 años para un 72 %, en la ocupación es de un 93% y en cuanto a la procedencia del 36% son del área rural, para la gestas 3 o más de un 57%.

El mayor porcentaje en el análisis que se realiza fue edad materna 19-35 años para un 72%.

Estado civil acompañado un 57%, escolaridad analfabeta para un 79%, procedencia 36% de área rural, paridad 3 años a más 57%, abortos 1 a más para un 71%, patología en el embarazo IVUS 36%, periodo intergenésico menor de dos años 57%, CPN realizado 1 a 3 43%, captación CPN enfermera 57% y lugar donde ocurrió el parto en casa para un 36%.

I. INTRODUCCION

Durante el periodo del embarazo parto y puerperio son periodo difícil para una mujer con alto riesgo de complicaciones la mayoría de daños obstétrico y los riesgos para la salud de la madre se puede prevenir desde la captación de su primer control de embarazo realizándolo de acuerdo a las normas y realización de actividades preventivas todo con el fin de mejorar la sobre vivencia materna y brindar una atención con calidad .

"La muerte materna representa una enorme discriminación Para la mujer en el mundo entero "Hoy en día, la maternidad segura se debe enfocar como un problema de salud pública y de derechos humanos, aceptando que todas las mujeres son sujetos de derechos e individuos con dignidad". La tasa de mortalidad materna registrada en Nicaragua, o el número de muertes relacionadas con el embarazo comparado con el número de nacimientos vivos, osciló alrededor de 82 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos desde el año 2003 hasta el 2007, y 62.5 (por cada 100.000 NVR) para el 2008 y 63.6 (por cada 100.000 NVR) para el 2009, a pesar de los esfuerzos nacionales e internacionales por disminuir esta tasa. Además, en estas estadísticas no se incluyen las muertes por suicidio, homicidio u otras causas que podrían ser el resultado directo o indirecto de la vergüenza y el estigma asociados con un embarazo no deseado. (6) La mortalidad materna es especial por su magnitud, su naturaleza epidemiológica y por la necesidad de requerimientos de planes específicos para poder enfrentarla convenientemente; se ha realizado diversas reuniones nacionales e internacionales, se dispone de una gran cantidad de manuales y propuestas; pero hoy en día se necesita programas que lleguen a las mujeres. En poblaciones con tasa de fecundidad elevada como la de nuestro país, estos riesgos se incrementan ya que la vida reproductiva se inicia a una temprana edad, por lo cual se tiene un mayor número de embarazos y en algunas ocasiones embarazos no deseados, por lo que la mujer recurre con frecuencia al aborto ilegal realizados la mayoría de veces por personas no calificadas y a su vez agravado el problema por las condiciones en que se realizan estos abortos.

(6) En nuestro país en la última década la tasa de muerte materna ha sido oscilante y con tendencia al descenso, sin embargo constituye una de la más alta de Centro América y del continente Americano.

Por otro lado, en ese mismo período la mortalidad ha predominado en los SILAIS como Matagalpa, Jinotega, Chontales, RAAN, RAAS y Río San Juan. Estamos acostumbrados a asignar como causa de muerte materna a los acontecimientos finales que originan la tragedia. Las muertes han sido clasificadas como obstétrica directas e indirectas y no obstétricas. Sin embargo, es necesario considerar que hay un sin número de factores que predisponen u ocasionan la muerte.

Las principales causas de muerte materna registradas son las, hemorragias obstétricas, toxemia del embarazo, sepsias durante el puerperio, complicaciones de un aborto.

La mortalidad materna contribuye uno de los principales problema de salud pública del país que está asociada a las complicaciones del embarazo parto y puerperio. En el municipio de Matagalpa Nicaragua haciendo un comparativo 2010- 2011 han aumentado las muertes maternas sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen la cifras más alta de muerte materna y son las mujeres pobres. Las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo parto y puerperio. La mayoría de muerte materna registrada por el ministerio de salud provienen del área rural y pueden ser muerte materna directa y muerte materna indirecta.

Muerte materna directa. Es la que produce resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo parto o puerperio o tratamiento incorrecto.

Muerte indirecta es atribuida a una causa por obstétrico es el resultado de una enfermedad que es desarrollada durante el embarazo.(7)

1

II. ANTECEDENTES

La mortalidad materna en Matagalpa en los últimos 5 años La taza va en aumento

La principal causa es la hemorragia pos-parto.

Seiscientas mil mujeres en el mundo mueren anualmente a consecuencia de factores relacionados con el embarazo y el parto. Es por ello que la muerte materna ha sido considerada en un estudio realizado por el Banco Mundial, BM, y el Banco Interamericano de Desarrollo y desafíos del milenio es disminución de la mortalidad materna.

Al respecto y en relación con la situación de Nicaragua, Charles Grigsby Vado, investigador del Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas, IEEPP, realizó en el primer semestre del año 2011 un estudio titulado “Reducción de la mortalidad materna”, teniendo como base que Nicaragua se suscribió en septiembre del año 2000 a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por 189 Estados en la Organización de Naciones Unidas, que incluyen ocho metas a cumplir en los primeros quince años del presente siglo.

Basados en este acuerdo, cada uno de los países planificó sus metas nacionales, y Nicaragua, en lo particular, acordó reducir la mortalidad materna (objetivo número 5) en una base de 90 muertes registradas en 1999 por cada 100 mil nacidos vivos, a 27 en el 2015.

En tanto, según el informe “Avances del Gobierno hacia el logro de los Objetivos del Milenio”, señala que en 2006 Nicaragua observó una tasa de 88.0 muertes maternas y logró disminuirla en 2009 a 62.5 por cada 100 mil nacidos vivos, indica la investigación del IEEPP.

Mayor índice de mortalidad materna

Sobre estos resultados, la investigación indagó en los puntos con mayor índice de mortalidad materna que históricamente se registran en los departamentos de Matagalpa, Jinotega, RAAN, RAAS, Chontales y Río San Juan.

El IEEPP limitó el estudio en el departamento de Jinotega y la RAAN, “específicamente en Jinotega y Wiwilí, así como en la RAAN enfocados en Siuna y Bilwi, donde el rango de incidencia es mayor aún y donde la presencia de las Casas Maternas, como una estrategia para reducir las muertes maternas, era importante”, refirió Grigsby.

El investigador manifestó que durante el trabajo hubo un acercamiento a los distintos actores que intervienen en el problema, “como Minsa, MiFamilia, instituciones a nivel local, Casas Maternas, la iglesia por su influencia en la zona rural”, detalló Grigsby.

A juicio del investigador, encontraron avances en la reducción de las muertes maternas en estos municipios, por ejemplo, según datos proporcionados por el Minsa, en Siuna en el 2008 y 2009 se reportaron cuatro muertes, respectivamente, pero en 2010 se redujo a una sola. En el caso de Wiwilí, en 2008 se produjeron cinco muertes maternas, en 2009 fueron seis, y en 2010 se dieron cuatro.

La investigación encontró que existe mayor acercamiento de los servicios de salud y sus intervenciones en las comunidades más alejadas y de difícil acceso, “logrando fortalecer el trabajo de vigilancia, monitoreo sistemático y la reducción de la mortalidad materna”, explicó la fuente, tras añadir que hay brigadas médicas que visitan estos territorios para identificar casos con complicaciones para darles atención y trasladarlas a estas casas.

Las Casas Maternas son una iniciativa de organizaciones sociales como en Siuna, donde el Movimiento de Mujeres “Paula Mendoza”, promovió a través de un proyecto la construcción de las mismas. Igual ocurrió en Wiwilí. “Con este Gobierno se han coordinado con las autoridades del Minsa, prestándoles apoyo con la constitución de brigadas médicas, alimentos, medicación, vestuario, entre otros, a pesar que el presupuesto de esta institución es bajo... anda en menos del 4 por ciento del Producto Interno Bruto, PIB”, dijo Grigsby.

Desafíos en la lucha

Dentro de las mayormente conocidas causas de mortalidad materna ocupa un lugar muy especial el machismo. ¿En qué sentido? “Los hombres se oponen a la planificación familiar y además obstaculizan el parto institucional para que sean atendidas en sus partos, pues prefieren, como una forma de cultura, que sean intervenidas en sus casas por parteras”, remarcó el investigador, y de paso señaló que este comportamiento es un desafío en cuanto a su erradicación. Otro de los desafíos es reducir la cantidad de embarazos en las adolescentes y a esto se suma la necesidad de asignar más recursos financieros y humanos al Minsa, centros de salud y Casas Maternas, a fin de que se puedan acercar más a las comunidades más alejadas. “Tienen condiciones limitadas”, indicó Grigsby.

De políticas públicas en salud

Según el informe 2011 del Ministerio de Salud, MINSA, presentado ante representantes de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, a inicios de este año, son algunos resultados inmediatos de las políticas públicas en salud del Gobierno de la República de Nicaragua, del que sustrajimos datos vinculados a la mortalidad materna. Algunos resultados inmediatos se basan en un incremento en la cobertura de captación precoz de embarazadas (atendidas por el MINSA) que en el año 2010 fue de 49.1 por ciento, y en 2011 arribó al 54.0 por ciento.

En cuanto a la cobertura de partos institucionales (atendidos por MINSA), en 2010 fue de 70.8 por ciento, y en 2011 tuvo un incremento de 74.2. Por otro lado, el reporte señala que en 1992 el índice de mortalidad materna apuntaba a 91.04 por

ciento, pero en 2011 bajó a 63.2. Entonces, entre los lineamientos de trabajo 2012, una de las metas de los objetivos de este Gobierno relacionados con la salud, es reducir la razón de mortalidad materna a 59 por cien mil nacidos vivos.

En otra instancia, el Sistema Nacional de Salud que este Gobierno está construyendo, como lo señala el informe del Minsa, busca la universalidad de la atención de la salud como un derecho constitucional de la población nicaragüense, y para conseguir esta meta se implementarán cambios en la forma de atender a la población, con énfasis en la atención intramuros por atención extramuros, la atención individual por atención a la familia, al daño a la comunidad y ambiente, acciones de promoción, prevención de la salud, atención fragmentada. También serán mejoradas las estrategias de atención integral según el ciclo de vida, serán suplantados los promotores comunitarios por promotores integrales según intervenciones, además constituir el modelo utilitario del control social, consejos de la familia, participación comunitaria, gabinetes del poder ciudadano, redes de atención (todos los actores locales) y no de forma aislada, cambiar la cooperación externa por cooperación alineada y armonizada, así como desintegrada. Según datos del Departamento de Estadísticas del Minsa Central, el porcentaje de defunciones relacionadas con el embarazo según causa, en un período que va de 2007-2011 se enlistan abortos en 3.01%, causas externas en 11.22%, eclampsia, pre eclampsia y Síndrome Hellp un 16.83%, por enfermedades sistémicas agudas (incluidas las sepsias) alcanza un 6.21%. También enfermedades sistémicas o crónicas en un 22.85%, hemorragia relacionada con el embarazo, parto o puerperio alcanzó un 34.07%, hemorragias no relacionadas con el embarazo es del 0.40%, otras causas no especificadas fue del 3.81% y otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo (18)

III. JUSTIFICACION

Ciento cincuenta millones de mujeres quedan embarazadas al año en los países en desarrollo y de estas, 585 mil mueren por causas vinculadas al embarazo, parto y el puerperio. Esta situación se manifiesta a nivel mundial en una muerte cada minuto, una de cada 20 en América Latina y el Caribe y en Nicaragua una cada dos días. La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales de difícil acceso. Las características de ellas son: tienen muchos hijos, muy seguido, muy jóvenes o muy mayores (adolescentes y añosas). Es importante recordar que estas muertes afectan el núcleo de la familia, no solo por la muerte de la madre sino también porque se aumenta en un 50% la probabilidad de que sus hijos menores de cinco años fallezcan después de ella. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la causa número uno de muerte y discapacidad (esterilidad, fístulas recto y vesico vaginales etc.). En la última década la tasa de muerte materna ha sido oscilante y con tendencia al descenso, sin embargo en Nicaragua constituye una de la más alta de Centro América y del continente Americano. Por otro lado, en ese mismo período la mortalidad ha predominado en los SILAIS ubicados en las ciudades con mayores índices de pobreza, tasas de fecundidad e inaccesibilidad geográfica como Matagalpa, Jinotega, Chontales, RAAN, RAAS y Río San Juan. Este estudio servirá de retroalimentación no solo a nuestro centro, si no a las unidades de salud de donde se trasladan las pacientes gravemente enfermas, además se hará mayor énfasis en el manejo de las complicaciones obstétricas mediante un diagnóstico precoz y oportuno de ella. Ya se han realizado estudios sobre esta temática, Sin embargo es de importancia infinita realizar un estudio en los últimos años para conocer la tasa de mortalidad Materna en nuestro Departamento. Cada año cientos de mujeres pierden la vida en el mundo como consecuencia de complicaciones que se presentan en el embarazo parto y puerperio. Las muerte materna es una tragedia en muchos casos evitable.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es un problema de salud mundial que afecta a los países pobres, en Nicaragua se ha implementado una serie de medidas y estrategias para disminuirlas.

Las cifras más elevadas según reportes internacionales se manifiestan en el periodo puerperio; esto se debe a cierto abandono en la vigilancia de la prevención de complicación en estos periodos es por esto que se plantean las siguientes interrogaciones

1. Cuál es el impacto que han tenido las estrategias de la reducción de la muerte materna en el departamento de Matagalpa de Enero a Diciembre del año 2011.
2. ¿Cuáles han sido las estrategias de reducción de muertes materna en el departamento de Matagalpa Nicaragua?
3. ¿Cómo valorar las acciones educativas que se desarrollan sobre las señales de peligro durante su embarazo parto y puerperio?
4. ¿Cómo orientar a las mujeres embarazadas sobre la importancia del parto hospitalario?
5. ¿Cómo es localización de atención de puerperio fisiológico inmediato de las pacientes?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer el impacto que han tenido las estrategias de la reducción de la muerte materna en el departamento de Matagalpa Nicaragua de enero a Diciembre del año 2011.

Objetivos Específicos:

1. Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio
2. Identificar la principal causa de muerte materna en el departamento de Matagalpa.
3. Analizar las intervenciones realizadas por el Personal de Salud a las maternas estudiadas.
4. Conocer el impacto que han tenido las estrategias de la reducción de la muerte materna en el departamento.

VI. MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud, muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Las muertes maternas se clasifican en obstétricas y no obstétricas las primeras se dividen en directas e indirectas. Las defunciones maternas directas se definen como todas las mujeres fallecidas por complicaciones obstétricas del estado de embarazo (embarazo, trabajo de parto y puerperio) de intervenciones, omisiones de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas ejemplo infecciones, hemorragias, pre eclampsia, etc. Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debido a causas obstétricas. Mientras que las defunciones no obstétricas son las que ocurren por una causa accidental o incidental no relacionada al embarazo o su manejo (según algunos autores no debe incluirse). Independientemente de la duración y el sitio del embarazo. En el CIE-10, se han introducido dos nuevas medidas de mortalidad asociada temporalmente con el Embarazo: Muerte Materna Tardía: Se define como muerte Materna obstétrica directa o indirecta que ocurre después de los 42 días pero menos de 1 año de haber terminado el embarazo. Muerte Relacionada con el Embarazo: Es aquella muerte Materna durante el embarazo o los 42 días de haber terminado el mismo independientemente de su causa (11) Tasa de Mortalidad Materna: Expresión de la frecuencia con que ocurre la Muerte Materna en un periodo de tiempo y espacio determinado. Defunciones Maternas (directas e indirectas) x 100.000 Nacidos vivos registrados (5) Conceptos Básicos Mujer en Edad Fértil:

Es el periodo en que una mujer puede quedar embarazada o es capaz de concebir un producto según la OPS es el periodo comprendido entre 15 y 45 años de edad, Alto Riesgo Reproductivo.

Es la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil o su producto de enfermar, morir o padecer una secuela durante el embarazo, parto y puerperio. Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico: Es aquel en que la madre y el feto y o neonato tiene una

mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del embarazo. Embarazo de bajo riesgo: Es aquél en que existen factores que solos o asociados son significativos para la aparición posterior de un daño, pero que en el presente pueden presentar alteraciones del estado de salud de la madre, feto o ambos, pero que pueden ser resueltos en el transcurso del embarazo. Factores de Riesgo: Son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Pueden ser clasificados en endógenos o biológicos, propios del individuo (edad, peso, paridad, talla) y exógenos o del medio ambiente. Según el momento en que mas precozmente pueden llegar a ser identificados. Los factores de riesgo perinatales se clasifican en: Pre concepcionales, del embarazo, del parto y puerperio otra forma de agruparlos en Potenciales y Reales. (12) Muchas veces la Mortalidad Materna es el resultado final de de una mala salud reproductiva y de proceso de desgaste del organismo producido por décadas de desnutrición y miseria. Estos procesos pueden empezar antes del nacimiento, proseguir durante la infancia, y adolescencia y continuar mas tarde en la vida de las embarazadas, comprende una amplia gama que va desde deficiencias de vitaminas y minerales hasta problemas derivados de embarazos múltiples, embarazos en edades extremas y periodos inter-genésico cortos. Las adolescentes embarazadas son uno de los grupos más vulnerables a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Hay indicios de que el aumento del riesgo es más considerable en el caso de las mujeres menores de 18 años, especialmente las menores de 15 años. Factores de Riesgo Los factores de riesgo se dividen en potenciales y reales, entre los potenciales más sobresalientes tenemos los pre concepcionales (estado civil, nivel educativo, paridad, edad materna, etc.)²

Entre los factores de riesgo real se incluyen los cuadros mórbidos, diabetes, síndrome hipertensivo gestacional, incompatibilidad sanguínea, anemia, cardiopatías, etc. También se clasifican como:

Pre-concepcionales

2. Del embarazo
3. Del parto
4. Del puerperio
5. Socio económico
6. Los Servicios de Salud

Pre concepcionales

- Bajo Nivel Socio Económico.
- Edades extremas de la vida
- Peso corporal (obesidad, desnutrición),talla
- Malos antecedentes genéticos, personales y familiares.
- Antecedentes patológicos personales: (diabetes, HTA, cardiópatas, Asma etc)
- Hábito de fumar. Alcoholismo y Drogadicción.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Planificación Familiar
- Antecedentes obstétricos: Gestas, Para Cesárea, Abortos,

Durante el embarazo actual están:

- Embarazo no deseado.
- Controles Prenatales deficientes o ausentes.
- Hábito de fumar, Alcoholismo y drogadicción.
- Amenaza de aborto.
- Infección de vías urinarias (IVU)
- Anemia, mala nutrición.
- Poco o excesivo ganancia de peso.
- Complicaciones médicoquirúrgico.
- Virus, dengue, malaria, ETS. Incompatibilidad sanguínea.
- ? Síndrome Hipertensivo Gestacional (S.H.G)

- Antecedente de Parto Pre término.
- Ruptura Prematura Membranas (R.P.M).
- Embarazo gemelar.
- Desproporción cefalopélvica.

Durante el trabajo de parto y el parto son:

- Agravamiento de enfermedades o complicaciones preexistentes.
- Hemorragias intraparto.
- Inducción y conducción del trabajo de parto.
- Parto pre término.
- Insuficiencia cardiorrespiratorio.
- Situación transversa.
- Presentación anómala.
- Macrosomía fetal.
- Distocias de la contracción.
- Sufrimiento fetal agudo (SFA).
- Trabajo de parto prolongado.
- Múltiples factores.
- Malformaciones congénitas, etc.

Entre los factores de riesgo obstétricos durante el puerperio están:

Puerperio inmediato:

- Hemorragias del alumbramiento
- Hipotonías uterinas.
- Inversión uterina.
- Retención de placenta y membranas.
- Infección puerperal.

Puerperio tardío:

- Prolapso uterino.
- Anemia.
- Fístulas.
- Enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad.

Dentro de los factores socioeconómicos tenemos:

- Baja condición socioeconómica.
- Bajos ingresos.
- Pobreza y desempleo.
- Deficiente vivienda.
- Deficiente educación.
- Sin agua potable, sin adecuado depósito de excretas.
- Violencia familiar.
- Madre sola, Madre obrera.
- Patología Psicosocial.
- Discriminación de la mujer.

6. Dentro de los factores relacionados con los servicios de salud están:

- El acceso deficiente a los servicios de salud.
- Tratamiento médico ineficaz.
- Número insuficiente de personal.
- Suministro inadecuado de medicamentos y equipos.

Descripción de los Principales Factores de Riesgo Bajo Nivel Socio económico:

Es un hecho que la Mortalidad Materna afecta a todas las mujeres de los diferentes estratos sociales, mueren mas las mujeres pobres, las estadísticas reflejan claramente las diferencias entre mujeres de uno y otro país

La muerte materna evidencia claramente la injusticia social de la cual son víctimas las mujeres. Una vez más las mujeres con bajos recursos son las más afectadas, negar esta situación es una afrenta contra la dignidad de la mujer y una muestra clara de la discrimina con que viven, por ejemplo en reportes estadísticos en años anteriores se menciona que en Canadá hay solo 4 defunciones Maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití, esto varia según el nivel económico de un país y sus pobladores, así como la región geográfica y según el lugar de residencia urbana o rural. Edad Materna: Si se estudia la causa de muerte en función de la edad materna, se comprueba que, cuando la edad de la madre es superior a treinta años, el riesgo de muerte es mayor para todas las causas (Kaunitz 1985, Rochat 1988) y el riesgo relativo es particularmente alto para la

cardiopatía del embarazo (7.1%), la hemorragia obstétrica (3.8%) embarazo ectópico (3%), enfermedad hipertensiva (2.5%)(13). La edad muy joven es un riesgo adicional de parto en todas partes del mundo. Entre los países en desarrollo, Bangladesh exhibe la incidencia de matrimonio precoz (90%), se casan antes de los 18 años casi la mitad de todas las mujeres. Una encuesta realizada en Matab, Bangladesh, exhibe una tasa de mortalidad de las muchachas entre 10 y 19 años casi cinco veces más altas que las de 20 a 24 Hay indicios de que el aumento del riesgo es más considerable en el caso de las mujeres menores de 17 años, especialmente las menores de 15 años. Por ejemplo, un estudio realizado en hospitales de Nigeria mostró que el riesgo de la mortalidad era inversamente proporcional a la edad, pues, en comparación con el de las mujeres de 20 a 24 años, era 10 veces mayor en las de 15 años o menos, cuatro veces mayor en las de 16 años y dos veces mayor en las de 17 a 19 años (Harrison y Rositer, 1985). La paridad: es otro factor de riesgo importante en nuestros pueblos, ya que los nacimientos de alta paridad en las mujeres de toda edad son más peligrosos que el segundo y tercer nacimiento En Jamaica por ejemplo, las mujeres en su quinto a noveno embarazo tienen un 43% más de posibilidades de morir que las mujeres en su segundo embarazo. Las mujeres multíparas de edad mayor son propensas a complicaciones provocadas por la presentación anormal del feto (situación transversa o presentación de nalgas) esta puede producirse porque los músculos de la pared uterina se vuelven flácidos a causa de su estiramiento repetido en embarazos sucesivos. Esta situación puede provocar ruptura uterina; hemorragias. Existe una escasez de médicos en las zonas rurales de los países en desarrollo, con frecuencia solo un médico por cien mil personas, en Comparación con cien o más médicos por cien mil personas.

Causas mas Frecuente de Mortalidad Maternas 1 Causas Obstétricas Directas son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, debido a intervenciones, omisiones tratamiento incorrecto debido a una cadena de acontecimiento originada en cualquiera de la circunstancia mencionada. Las hemorragias obstétricas es una de las principales complicaciones que se presentan durante el embarazo, son la causa más frecuente de muertes maternas

en Nicaragua, la mayoría de estos eventos ocurren súbitamente sin poderlos prevenir y si la mujer no recibe tratamiento a tiempo resulta incapacitada o muere.(22) Las principales condiciones clínicas asociadas con la hemorragia que causan la muerte de la madre son el aborto, la rotura de un embarazo ectópico, el DPPNI (Desprendimiento Prematuro de placenta normalmente inserta), Rotura uterina, Coagulación Intravascular Diseminada (CID), Placenta Previa, Hipotonía uterina, Retención placentaria. (23) El aborto es en nuestro país una de las principales causas de muerte materna. Esta se define como la interrupción espontánea o inducida antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso inferior a 5 00 gramos. Se calcula que el 10% de los embarazo terminara en aborto, en el 50% de estos hay imperfección del huevo, el 35% es causa hormonal, el 15 % restante puede imputarse a otras etiología. (24)

Los factores que determinan la morbilidad y mortalidad por aborto están:

- Situación legal del aborto.
- Capacidad del personal de salud.
- Acceso y calidad de los servicios médicos.
- Métodos de aborto.
- Duración del embarazo.

Entre las primeras complicaciones del aborto se observan perforaciones, traumas, hemorragias, sepsia y retención del producto de la concepción, hay secuelas posteriores como infertilidad, el síndrome de Asherman, incompetencia cervical, embarazo ectópico, isoinmunización a Rh y efectos psicológicos. Las perforaciones que ocurren a una tasa de uno por mil, representan el problema más grave y se asocia directamente con la persona que realiza el aborto. En Nicaragua alrededor del 6% de las muertes maternas ocurren en gestaciones que finalizan en un aborto espontáneo o inducido. La principal complicación del aborto inducido en nuestro país es el shock séptico y la CID lo que lleva a falla multiorgánica y muerte La mortalidad materna aumenta con la edad de gestación cuando el aborto se realiza entre la 16 y 20 semana es 20 veces más alta cuando se realiza antes de la octava. El riesgo de muerte materna asociada con el aborto legal aumenta con la edad de la madre, el riesgo relativo cuando la edad es de 40-44 es de 2.5 veces

mayor que cuando la interrupción del embarazo se realiza en mujeres de 19 o menos años. Así mismo el riesgo de muerte materna aumenta con la paridad, el riesgo relativo es casi tres veces mayor que en las mujeres nulíparas. Tanto la edad de las gestaciones como el método influyen en el riesgo de muerte materna para cualquiera de las técnicas utilizadas para la evacuación uterina(25)

Embarazo ectópico la anidación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina, se presenta una vez cada 100 a 200 nacidos vivos, es un evento que constituye una emergencia obstétrica, dada la gravedad y el riesgo para la vida de la mujer por el sangrado intraabdominal que se presenta que no es cuantificable clínicamente. Este hecho obliga a intervenir quirúrgicamente en el menor tiempo disponible en una unidad que tenga capacidad para practicar Laparotomía exploradora y transfusiones sanguíneas que permitan detener el sangrado y estabilizar metabólicamente a la paciente Este se da principalmente en el primer trimestre del embarazo la cual se rompe generalmente durante las 10 primeras semanas de gestación , las complicaciones más frecuente son el aborto tu bario y la ruptura de la trompa de Falopio La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), ETS y las infecciones post-aborto son factores pre disponentes de embarazos extrauterino. El 13% de las muertes maternas ocurren en gestaciones con una localización ectópica. El diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico a través de una asistencia prenatal precoz y de alta calidad son la clave que permiten el diagnóstico, tratamiento y prevención de sus complicaciones. En los países subdesarrollados como el nuestro es difícil determinar la tasa de embarazo ectópico, ya que en las zonas rurales rara vez se diagnostica y por lo tanto no se conoce como causa y/o factor de riesgo materna. El embarazo ectópico es más peligroso para la madre que el parto y el aborto ilegal. Una mujer con un embarazo ectópico tiene un riesgo relativo de muerte 10 veces mayor que una mujer que finaliza la gestación con un nacido vivo y 50 veces más que una mujer sometida a un aborto inducido legal (Durfman 1983). La tasa de mortalidad por embarazo ectópico más alta se observa en las mujeres con una edad inferior a 20 años (26)

La D.P.P.N.I (Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta) con una frecuencia de 0.2 % asociada a un alto porcentaje de pre eclampsia, a

traumatismo directo sobre el abdomen y a evacuación brusca del poli hidramnios. La gravedad del DPPNI viene dada por la infiltración hemática del miometrio (útero de Couvelaire) que pone en riesgo la vida de la madre y/o del feto.

La placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta son causas importante de hemorragias que se producen en el segundo trimestre del embarazo y representan entre el 4 % y el 2 % de las causas de muertes maternas obstétricas directa (27) La hemorragia postparto se define como la perdida hemática de 500 cc o mas durante las primeras 24 horas después del parto y que tienen el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, esto es variable y depende del estado físico de la paciente y de la velocidad y cantidad de sangre perdida, siendo la más frecuente la retención placentaria y la atonía uterina, estas las principales causa de Muerte Maternas representando el 25% de los casos,(28) Cada año son muchas las muertes Maternas por esta causa, su evolución depende del sitio en donde se brinde la atención, del evento obstétrico, de la calidad del recurso que atiende de si se encuentra en el domicilio o en una unidad de Salud y de si esta tiene la capacidad de atender la emergencia que representa la hemorragia postparto y de la oportunidad y la calidad de atención que le ofrece el Sistema de Salud, todas las mujeres independientemente de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primero o del segundo nivel y que presenten o no condiciones que propicie hemorragias postparto o postcesarea deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer periodo del parto, cuyo componente mas importante son:

- Administración inmediata de 10 UI de oxitócica IM en el momento de la expulsión del hombro anterior
- Pinzamiento y sección del cordón umbilical en el primer minuto de del nacimiento
- Tensión controlada del cordón umbilicalacompañado de masaje uterino.
- Continuar masaje uterino a fin de propiciar la expulsión de la placenta y formación del globo de seguridad de pinard.

Hipertensión Inducida por el Embarazo constituye una complicación de la gestación ya que afecta al 5-10 % de las embarazadas constituye la segunda

causa de muerte Materna en el País, por lo que deben ser tomados en cuenta todos aquellos factores que propician la aparición o estén relacionados con este síndrome, entre los principales tenemos: 1. La nuliparidad aproximadamente el 75% de los casos y si la edad es de 35 años o más el riesgo de presentar la enfermedad es más alto. 2. Antecedentes familiares. 3. Embarazo múltiple es cinco veces mayor que la observada en la población en general. 4. La existencia de Diabetes mellitus, poli hidramnios y Mola hidatiforme la aparición de pre eclampsia, eclampsia es más frecuentes sobre todo en las molas de gran tamaño y cuando las manifestaciones clínicas aparecen antes de lo habitual. 5. Hipertensión crónica la incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado. 6 Factores ambientales: el riesgo es mayor en las madres que viven más de tres mil metros sobre el nivel del mar. 7 Desnutrición y obesidad.

Las complicaciones inducidas por la hipertensión en el embarazo representa el 18% de las muertes maternas, en el 47% de los casos la muerte ocurre cuando desarrolla una pre eclampsia, otro 47% cuando ocurre una eclampsia y el 6% por otros cuadros hipertensivo. Las complicaciones cerebro vasculares (hemorragia, embolia) son la principal causa de muerte asociada con la enfermedad hipertensiva. En nuestro país la enfermedad hipertensiva gestacional constituye otra causa importante de muerte materna representando el 20% de las muertes maternas directas, en otros países son la causa del 12% de las muertes maternas que ocurren antes de la finalización del embarazo. La pre eclampsia esta asociada con el 35% de estas muertes, el 58% con la eclampsia y el 7% que corresponde a otro estado hipertensivo. Las complicaciones cerebro vasculares están presentes en el 65% de los casos son responsable del 20 % de la mortalidad materna en la eclampsia. (29) Sepsis Puerperal, las infecciones Gineco obstétricas, se presentan durante la gestación, el puerperio y afecta el aparato genital femenino. Es una de las primeras causas de muerte Materna, se presenta con una frecuencia de 8% de todos los partos. La fiebre, el dolor, el sangrado o exudado vaginales con mal olor y el útero que no involucre son los signos y síntomas clínico de la infección en el puerperio. Si no se administra tratamiento o es inadecuado, estas infecciones evolucionan desde la infección localizada o generalizada y se propaga por vía

hemática o linfática o por contigüidad a órganos vecinos, las infecciones en el embarazo parto y puerperio pueden presentar el mismo tipo de complicaciones. Los signos y síntomas pueden estar cubiertos sobre todo si la mujer estuvo recibiendo antibiótico previamente, la mayoría de los gérmenes son de origen endógeno, por contaminación durante la atención en el parto por lo que debe hacer énfasis en las técnicas de asepsia y antisepsia. La tasa de Mortalidad del shock séptico es de 40-60 %, es secundaria a sepsia severa de origen uterino asociado a disfunción orgánica severa, con alteración hemodinámica y de desequilibrio acido-base. Óbito fetal, el 10% de las muertes maternas suceden en los embarazos cuyo producto es un nacido muerto, en esta situación la causa principal de la muerte materna es la hemorragia, seguidas por la hipertensión en el embarazo y de la embolia pulmonar. Las complicaciones de la hipertensión inducida por el embarazo son responsables del 22% de las muertes maternas que ocurren cuando la gestación finaliza con un nacido muerto. La pre eclampsia, eclampsia y otros cuadros hipertensivo del embarazo asociados al 42.51 y 7% de las muertes maternas por enfermedad hipertensiva. Otras causas de muerte materna en las gestaciones que finalizan con un nacido muerto son la infección (8%), la cardiomiopatía (2%) y las complicaciones anestésicas. Del las muertes maternas por infección el 41% son debidas a septicemia, el 32% a una corioamnionitis y el 18% a una infección del tracto genital.

2 Causa Obstétricas Indirectas son las que resultan de enfermedades existente desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo no debido a causa obstétrica directa pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos durante el embarazo. Anemia, malaria, hepatitis, cardiopatías diabetes.

3 Muertes Maternas Por Causa no Obstétricas, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o su atención por ejemplo la Muerte de una gestante después de un accidente de transito. Debemos estar claros de que las complicaciones obstétricas se presentan aún en las mujeres atendidas en las mejores condiciones, pero generalmente pueden ser controladas o tratadas reduciendo al mínimo las secuelas graves; ya que la mayor parte de las

muertes maternas son evitables si contamos con los recursos suficientes para esta atención. Desde el punto de vista clínico Las muertes Maternas desde el punto de vista clínico pueden clasificarse como:

- Evitables Son aquellas defunciones prevenibles por acciones desarrolladas por los servicios de salud como: Control prenatal, adecuada atención del parto, y planificación familiar.
- No evitable, son aquellas defunciones que se producen aun cuando se hayan llevado a cabo acciones correctas y oportunas.
- Desconocidas, son aquellas defunciones de causa ignoradas, no comprendidas en la categoría anterior pero relacionada con el embarazo, parto o puerperio.

El ordenamiento de las causa de muerte según el criterio de evitabilidad, implica el análisis de las misma, por arte de un comité de Mortalidad Materna. Alrededor del 75 % de las muertes Maternas se deben a causa Obstétricas Directas, la mayoría de estas muertes podrían ser evitadas, por lo que se ha determinado el análisis de las demoras, un factor que contribuye a la Muerte Materna. Demora Primera Demora: —Tomar la decisión de buscar ayuda || ya sea por la persona misma o la familia o ambas.

Por ello el Ministerio de Salud ha identificado una serie de estrategias que permitan el funcionamiento de unidades con un sistema interconectado de servicios de diferentes niveles de complejidad que tienen capacidad resolutive para atención de las complicaciones obstétricas Estrategia:

1. Incrementar el acceso y demanda de los servicios COE: movilización y participación social.
2. Facilitar el nexo entre comunidad y servicios de COE: las casas Materna.
3. Mejorar la calidad de los procesos de atención de la red de los servicios de COE.
4. Adecuar la estrategia para áreas geográficas inaccesibles o poblaciones multiétnicas.

.El sistema interconectado lo constituye:

- a) Nivel comunitario.

La participación y la movilización comunitaria son de vital importancia para incrementar el acceso y la demanda de los cuidados obstétricos brindados en las unidades de salud. Entre los principales medios estratégicos destinados a facilitar el acceso a los COE en este nivel se encuentran las Casa Materna, Plan Parto, que implica organizar comité de salud, brigadas de transporte de emergencia, Comité de Ahorro, así como también la capacitación del personal comunitario para el reconocimiento de las señales de peligro y la referencias oportuna de usuarias.

b) Unidades de Primer Nivel de Atención: Puestos de Salud, Centro

Salud sin cama, Centro de Salud con cama. Por nivel de complejidad la oferta de COE Básico se proveerá en los Centros de Salud con cama. Sin embargo, para las regiones de difícil acceso y multiétnica, cada SILAIS podría considerar ampliar oferta de COE básico a otros servicios (puestos y centros de salud sin cama) tal como lo establece la Ley General de Salud y el paquete básico de servicio, debidamente habilitados para asegurar atención obstétrica de calidad.

c) Unidades del Segundo Nivel de Atención: Hospitales.

Hospitales de Referencia Nacional (Hospital Bertha Calderón Roque) Hospitales departamentales y algunos Centros de Salud con cama deberán de prestar servicios de COE Completo y por ello poseer la capacidad para atender los problemas médicos del embarazo, dar asistencia calificada del parto, puerperio y del recién nacido.(33) INSTRUMENTO GUIA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA (PLAN DE REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA) Es a nivel Nacional y debe de implementarse en todos los niveles del sistema de salud

1. Estándares.
2. Indicadores.
3. Requerimiento para su cumplimiento
4. Acciones a realizar.
5. Fecha de ejecución.
6. Responsable de la actividad.
7. Observaciones.

Plan de Reducción de la Mortalidad Materna

- La contención y reducción de la mortalidad materna es factible de lograrse en corto tiempo.
- Hay que identificar los aspectos organizativos y de la prestación directa que están interviniendo en la calidad de atención que se brinda.
- Las acciones derivadas de los estándares son de obligatorio cumplimiento
- A nivel nacional se han priorizado para su implementación y seguimiento los SILAIS que aporta materna con la participación de la comunidad organizada, agencias de cooperación y sociedad civil. .

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

El presente es un estudio de tipo descriptivo. El universo está conformado por 5200 mujeres del departamento de Matagalpa, durante el periodo 2011. La muestra la constituyen 14 mujeres fallecidas, durante el embarazo o dentro de los 42 días de haber finalizado este, más cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o con riesgo reproductivo y obstétrico.

Método De Obtención De La Información: La fuente de información fue indirecta y recopilada por el autor del estudio. Se obtuvo: 1. Ficha de mortalidad materna. 2. Expediente Clínico. 3. Historia clínica perinatal simplificada. Se elaboró previo a ello, una ficha que contempla las variables de acuerdo a los objetivos del estudio.

Procesamiento De La Información: Una vez obtenida la información, Word y Excel y los resultados en porcentaje, se presentan en cuadros y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretación.

PLAN DE ANALISIS

Datos generales.

Procedencia.

Antecedentes patológicos familiares – antecedentes patológicos personales.

Antecedentes Gineco-obstétricos.

Otros antecedentes Gineco-obstétricos.

Numero de CPN – Recurso que captó el CPN.

Aspectos del parto.

Patologías durante el parto – patologías durante el puerperio.

Momento de la muerte – causa de la muerte.

Diagnostico de ingreso.

Edad – momento de la muerte.

Escolaridad – causa de la muerte.

Principales causas de muerte identificadas.

VARIABLES

Objetivo No. 1 Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio.

1. Edad.
2. Estado civil.
3. Escolaridad.
4. Ocupación.
5. Procedencia

Objetivo No. 2: Identificar la principal causa de muerte materna en el departamento de Matagalpa.

1. Hemorragia Obstétrica
 - Aborto
 - Ruptura Uterina
 - Embarazo Ectópico Roto
 - Desprendimiento de Placenta Normo Inserta
 - Placenta Previa
 - Retención Placentaria
 - Hipotonía Uterina
2. Patología durante el embarazo
 - Hipertensión Arterial
 - Diabetes Mellitus
 - Cardiopatía
 - Desnutrición
3. Paridad
4. Periodo intergenesico

Objetivo No. 3: Analizar las intervenciones realizadas por el Personal de Salud a las maternas estudiadas.

¿Como fue la atención prenatal a las mujeres en estudio

1. N°. de Controles Prenatales
2. Recurso que capto el Control prenatal
3. Edad de la gestación en que se capto el Control Prenatal
4. N°. de valoraciones por el especialista.
5. Recurso que atendió el parto
6. Lugar que se atendió el parto
7. Presento enfermedad la madre durante el embarazo-
8. Le enviaron exámenes
9. Recibió tratamiento

Objetivo No. 4: Conocer el impacto que han tenido las estrategias de la reducción de la muerte materna en el departamento

1. Tasa de mortalidad del departamento en los últimos 3 años
2. Parto institucional
3. Vía del parto
4. Recurso que atendió a la madre
5. Se cumplieron los indicadores de vigilancia

IX. - RESULTADOS

En el estudio sobre las principales causas de mortalidad materna realizado en el SILAIS Matagalpa, Enero-Diciembre 2011, se estudio pacientes que fallecieron en el departamento, de las cuales fallecieron 14, con una tasa de mortalidad para ese periodo de 246 x 100 000 nacidos vivos. En datos generales de las madres, la edad más registrada fue de 19 - 35 años 10 pacientes 71.42%, menores de 19 años 2 mayores de 35 años 2. En el estado civil, 8 son acompañadas (57.14%), 3 solteras y 3 casadas, en escolaridad, 1 usuarias registran primaria (7.14%), 1 secundaria (7.14%), 11 eran analfabetas 78.57%. En el 92.85 % eran amas de casa. En procedencia el 35.71% originarias de la dalia y el 28.57% de paiwas y en pequeño porcentaje matiguas,san dionicio y Matagalpa.

En relación antecedentes personales patológicos la mas frecuente fue la infección de via urinarias 21.42% y en pequeño porcentaje anemia,sífilis,gastritis.

En relación a los antecedentes Gineco- obstetras, en gestas 14 madres tiene 3 o mas embarazos (57.14 %) y mas de 1 embarazo 3 (21.42%). Antecedentes ginecoobstetricos patología mas frecuente del embarazo es la infección de vías urinarias 5 (35.7%). En las semanas de gestación estaban dentro 37 a 41 semanas 10(71.42%).

En relación a los APN mas de 3 (42.85%) ninguno 4 (28.57%). La captación a cpn por enfermería fue 8 (57.14%) y medico 6 (42.85%).

Lugar donde ocurrió la muerte fue en la casa 5 (35.71%) y centro de salud y hospital 4 cada uno con un (28.57%).

El recurso que atendió el parto fue partera 8 (57.14%) y medico general 3 (21.42%).

Vías del parto fue mayor porcentaje vaginal 8 (57.14%) y cesarea 6 (42.85%)

Patología mas frecuente durante el parto fue la hemorragia 8 (57.14%) y parto domiciliar 3 (21.42%).

Durante el momento de la muerte fue en el puerperio 10 (71.42%) y el embarazo 3 (21.42%).

Edad momento de la muerte de 19 – 35 años : 10 (71.42%) y extremos de la vida en 14.28%.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el estudio realizado en el departamento de Matagalpa dirigido al análisis de las muertes maternas en el 2011 donde se encontró que la causa principal de las muertes materna era hemorragia pos parto dentro de las patologías del embarazo tenemos:

Síndrome hipertensivo gestacional, infección de las vías urinarias. Y su procedencia del área rural. Ocupación ama de casa el mayor porcentaje son analfabetas en la edad materna predomina entre 19 y 35 años.

La vía del parto vaginal.

X. CONCLUSIONES

En datos generales la mayoría de las muertes maternas ocurrieron en edad de 19 - 35 años, estado civil acompañadas, bajo nivel de escolaridad y ocupación ama de casa.

En procedencia la mayoría de las madres eran de área rural y casco urbano de Matagalpa.

. En antecedentes Gineco obstétricos, la mayoría de las madres eran multigestas , , más de la mitad no usaba método de planificación familiar. La madres tuvieron mas de tres abortos y hemorragia post parto

. En patologías del embarazo destacan la infección de vías urinarias, con semanas de gestación en la mayoría de las madres fallecidas periodo ínter genésico mayor de 2 años, en cuenta a la paridad habían de tres o mas en el periodo intergesico habían de dos años, en la mayoría la captación de CPN fue por enfermeras, por lo cual se destaca la ausencia de CPN en la mayoría de las fallecidas y las cuales no fueron manejadas según normas y protocolos y en su mayoría.

. En los datos del parto la mayoría fueron atendidos en su casa, por parteras es y la vía de terminación del embarazo fue vaginal, más de la mitad de ellas registran patología durante el parto y en mayor número durante el puerperio.

. El su mayoría las muerte ocurrieron durante el puerperio, teniendo como causa básica más frecuente la Eclampsia ante parto, endometritis y endomiometritis y el síndrome de HELLP ;en la causa intermedia figuran, falla multiorgánica, edema cerebral , y síndrome de distres respiratorio y como causa directa el shock séptico , trombo embolismo pulmonar y síndrome de distres respiratorio.

. Los diagnostico de ingreso son numerosos y destacan el post quirúrgica de cesárea, por Eclampsia, falla multiorgánica, lográndose identificar las principales causa de las mortalidad materna en el estudio realizado.

XI RECOMENDACIONES

1. Promover la educación en Salud Sexual Reproductiva a nivel de la población, que disminuya los embarazo no deseado, que permita el uso de método de planificación familiar y su accesibilidad más abastecimiento suficiente en las unidades de salud, la asistencia temprana a los CPN y su seguimiento.
2. Fortalecer a todas las unidades de salud, principalmente a las más alejadas del país, con enfermeras obstetras y medicamentos para el manejo de las complicaciones obstétricas.
3. Establecer la referencia oportuna y manejo según normas y protocolo en las complicaciones obstétricas, recibéndose de los departamentos en estado crítico.
4. Tratar de dar cumplimiento al plan de reducción de la mortalidad materna en todos los niveles del Sistema de Salud Nicaragüense
5. Realizar revisiones periódicas del comportamiento de la mortalidad materna en todos los niveles de los servicios de salud del departamento de Matagalpa.
6. Realizar trabajo de terreno casa a casa para captar embarazo y realizar Control Prenatal Natal de calidad.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Achaya and Cleand. 2001 pag1-21
2. C. Lambrou Nicholas Md. The John Hopkins. Ginecología Y Obstetricia. Marban Libros. Edición En Español. Madrid España 2001.
3. . Atrash H.K, Kobnin LM, Lawson HW, et. al. Maternal mortality in United Status 1979-1986 obstet and ginecol 1990, 76:1055
4. Cabero CAP23 .Editorial Masson S.A Barcelona,España.Reimpresión Roura Lluís.Normas De Manejo Del Embarazo Con Riesgo Elevado Obstetrico . Año 2000.
5. C. Lambrou Nicholas Md. The John Hopkins. Ginecología Y Obstetricia. Marban Libros. Edición En Español. Madrid España 2001. *Mortalidad Materna HBCR 2006-2009 Edwing Alberto Bellangers Miranda Página 48*
6. . Cabero CAP23 .Editorial Masson S.A Barcelona, España. Reimpresión Roura Lluís. Normas De Manejo Del Embarazo Con Riesgo Elevado Obstétrico. Año 2000.
7. C.Lambrou Nicholas Md. The John Hopkins. Ginecologia Y Obstetricia. Marban Libros. Edición En Español. Madrid España 2001.
8. FonsecaL. Alba. Factores de riesgo y causas más frecuente de mortalidad hospitalaria en el HBCR. 1996-1997
9. González Merlo. Obstetricia,4ta ed., reimpresión1999. Madrid-España. Pag.232.
10. González Merlo. Obstetricia,4ta ed., reimpresión1999. Madrid-España. 2000.
11. Gómez E. Perfil epidemiológico de la salud de las mujeres en la región de

las Américas, Washington DC. OPS 1990

12. González Merlo. Obstetricia, 4ta ed., reimpression 1999. Madrid-España. 2000.
13. Gómez E. Perfil epidemiológico de la salud de las mujeres en la región de las Américas, Washington DC. OPS 1990.
14. González Merlo. Obstetricia, 4ta ed., reimpression 1999. Madrid-España. 2000.
15. . Gómez E. Perfil epidemiológico de la salud de las mujeres en la región de las Américas, Washington DC. OPS 1990

1. Ministerio de Salud, Normas Y Protocolo para Atención de las Complicaciones Obstétricas Managua Nicaragua 2006.
2. Nicaragua Ministerio de Salud. Análisis de Mortalidad Materna en Nicaragua 1998' 2000, Pág. 4-6.
3. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo, día Mundial de la Salud, Marzo 2008.
4. . OMS La Mortalidad y Morbilidad Materna: Retos para progresar en América Latina y el Caribe. Pag, 1-8.
5. Peralta, Hortensia. Factores Asociados a la Mortalidad Materna en el SILAIS de Jinotega Enero- Diciembre 1999 Nicaragua 2000, Pág., 23
6. Ricardo Schwarcz. Obstetricia Editorial el Ateneo, Patagones Buenos Aires Argentina, 6ta Edición 2006
7. Silvia, Darrel Espinoza, Principales Factores de riesgo Asociados a la Mortalidad Materna de Causa obstétrica en el Centro de Salud Carlos Centeno de Siuna, RAAN, 1ero Enero 2003 al 31 de Diciembre 2004, se, Nicaragua. Pág. 63

8. Tinoco, Luz Alba Factores de Riesgos y causas más Frecuentes de Mortalidad Materna en el HBCR Julio 1999 a Junio 2001. Se Nicaragua, Pág. 36

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Objetivo No. 1 **Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio**

1. Edad: Menor de 19 años___ 19-35 años___ mas de 35 años___
2. Estado Civil: Soltera___ Acompañada___ Casada___
3. Escolaridad: Analfabeta___ Alfabetada___ Primaria___
4. Ocupación: Ama de casa___ Estudiante___ Empleada___
5. Procedencia: Urbana ___ Rural___ Secundaria___
Universitaria___
9. Tabaquismo: Si___ No___
10. Alcoholismo: Si___ No___

Objetivo No. 2: Identificar la principal causa de muerte materna en el departamento de Matagalpa.

1- ¿Cual fue la causa principal de Muerte Materna?.

a- Hemorragia Obstétrica ___

- b- Aborto ____
- c- Ruptura Uterina__
- d- Embarazo Ectópico Roto__
- e- Desprendimiento de Placenta Normo Inserta ____
- f- Placenta Previa ____
- g- Retención Placentaria _____
- h- Hipotonía Uterina ____
- i- Patología durante el embarazo____
- j- Hipertensión Arterial ____
- k- Diabetes Mellitas_____
- l- Cardiopatía____
- m- Desnutrición _____
- n- Paridad ____
- o- Periodo intergenesico ____

Objetivo No. 3: Analizar las intervenciones realizadas por el Personal de Salud a las maternas estudiadas.

¿Qué estrategias se implemento para la reducción de la Muerte Materna?

1. No. De Controles Prenatales
2. uno__ dos__ tres o mas ____
3. Recurso que capto el Control prenatal

Enfermera____ Medico____

4. Edad de la gestación en que se captó el Control Prenatal

Menos de 20 semanas____ de 20 – 27 semanas ____

28 a 36 Semanas____ 37 – 40 Semanas____

5. Nº. de valoraciones por el especialista.

Uno__ dos__ tres o mas____

6. Recurso que atendió el parto

Ella misma____ enfermera____ Medico____ Partera____

7. Lugar que se atendió el parto

Casa ____ Puesto de Salud____ Centro de Salud____ Hospital ____

Clínica Privada____

8. Presento enfermedad la madre durante el embarazo

Si ____ No____

9. Le enviaron exámenes

Si ____ No____

10. Recibió tratamiento

Si ____ No____

Objetivo Nº 4 Conocer el impacto que han tenido las estrategias de la reducción de la muerte materna en el departamento.

¿Cómo fue el impacto de la reducción de la mortalidad materna en el municipio de Matagalpa?

1 Tasa de mortalidad en el departamento en los 3 últimos años._____

2 Parto institucional

Si ____ No____

1 Vía del parto

Vaginal ____ Cesárea_____

1 Recurso que atendió a la madre

Medico____ Enfermera____ Partera

1 Se cumplieron los indicadores de vigilancia

Si____ No_____

OPERACIONALIZACION

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Números de años cumplidos de la mujer en estudio al momento de su Muerte	Respuesta registrada en el expediente	Menor de 19 años 19 – 35 años Mayor de 35 años
Estado Civil	Estado conyugal en el que se encuentra la mujer según las leyes del País	Respuesta registrada en el expediente	Soltera Acompañada Casada
Escolaridad	Número de años estudiado por la Mujer hasta el momento de su muerte	Respuesta registrada en el expediente	Analfabeta Alfabeto Primaria Secundaria Universitaria
Ocupación	Profesión u oficio que desempeña una persona	Respuesta registrada en el expediente	Ama de casa Estudiante Empleada
Procedencia	Barrio o sector donde habita o pasa la mayor parte del	Respuesta registrada en el	Urbana Rural

	tiempo.	expediente	
Hemorragia Obstetrica	Sangrado que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio	Respuesta registrada en el expediente	SI No
Aborto	Interrupción del embarazo espontáneo o provocado antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso inferior a 500 grs	Respuesta registrada en el expediente	0 1 2 3 o mas
Ruptura uterina	Desgarro de la porcion supravaginal	Respuesta registrada en el expediente	SI No
Embarazo Eptopico roto	Embarazo que ocurre fuera del utero	Respuesta registrada en el expediente	SI No
Desprendimient o de placenta normo inserta	Sangrado en el segundo trimestre del embarazo	Respuesta registrada en el expediente	SI No
Placenta Previa	Es cuando esta cerca del segmento uterino	Respuesta registrada en el expediente	SI No
Retencion placentaria	Es cuando despues de haber nacido el niño a los 15 minutos no ha salido la placenta.	Respuesta registrada en el expediente	SI No

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Hipotonía uterina	Hemorragia post parto	Respuesta registrada en el expediente	Si No
Patología durante el embarazo	Hipertension arteria , diabetes mellitas cardiopatia, desnutrición		
Paridad	Proceso fisiológico durante el cual tiene lugar la expulsión del feto y la placenta desde la cavidad uterina al exterior	Respuesta registrada en el expediente	0 1 2 3 4 o mas
Periodo intergenesico	Periodo corto entre uno y otro embarazo entre los 18 meses	Respuesta registrada en el expediente	Si No
Nº de controles prenatales	Cuantos controles le realizaron durante su embarazo	Respuesta registrada en el expediente	0 1 2 3 o mas
Recurso que capto el control prenatal	Personal de salud que tiene funciones asignada según su preparacion.	Respuesta registrada en el expediente	Si No
Nº de valoraciones por el especialista	Veces que fue atendida por el gineco obstetra.	Respuesta registrada en el expediente	0 1 2 3 o mas
Recurso que atendio el parto.	Personal que atendio el parto a la madre materna	Parto	Enfermera

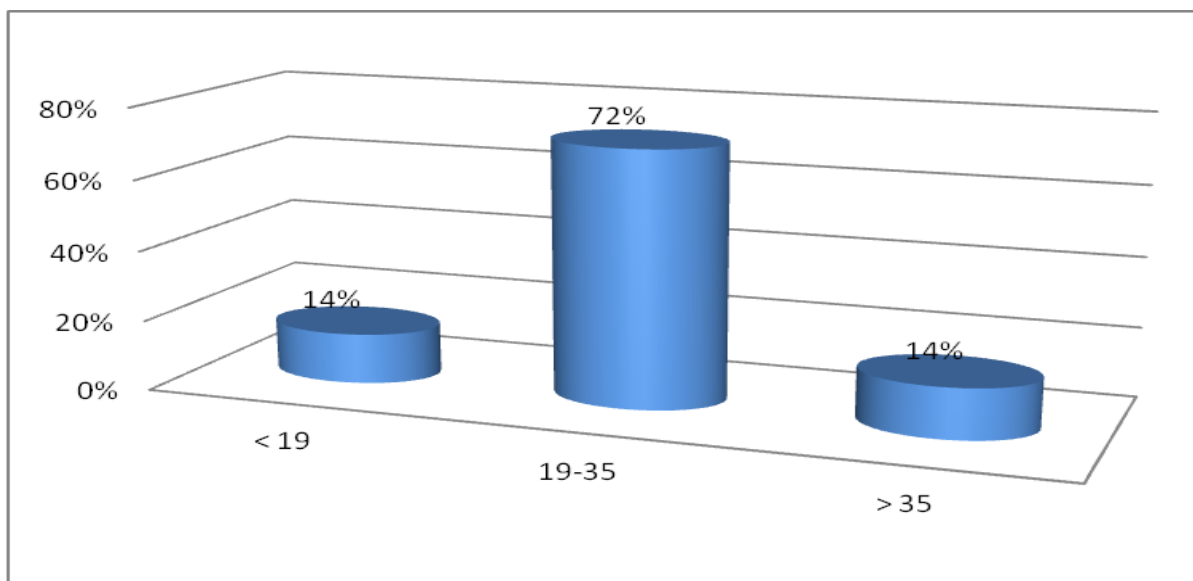
Lugar que se atendió el parto	Unidad de salud que reunes las condiciones para atender el parto	Respuesta registrada en el expediente	Medico Ginecologo
Via del parto	Proceso fisiologico natural que facilita el paso del producto por el canal .	Respuesta registrada en el expediente	Vaginal Cesarea
Recurso que atendio a la madre	Personal de salud que tiene funciones asignada según su preparacio	Respuesta registrada en el expediente	Si No
Se cumplieron los indicadores de vigilancia	Según normas y protocolos se cumplio los indicadores y vigilancia	Respuesta registrada en el expediente	Si No

TABLA N° 1: Edad Materna. Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio.

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 19	2	14.28%
19-35	10	71.42%
> 35	2	14.28%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

EDAD MATERNA



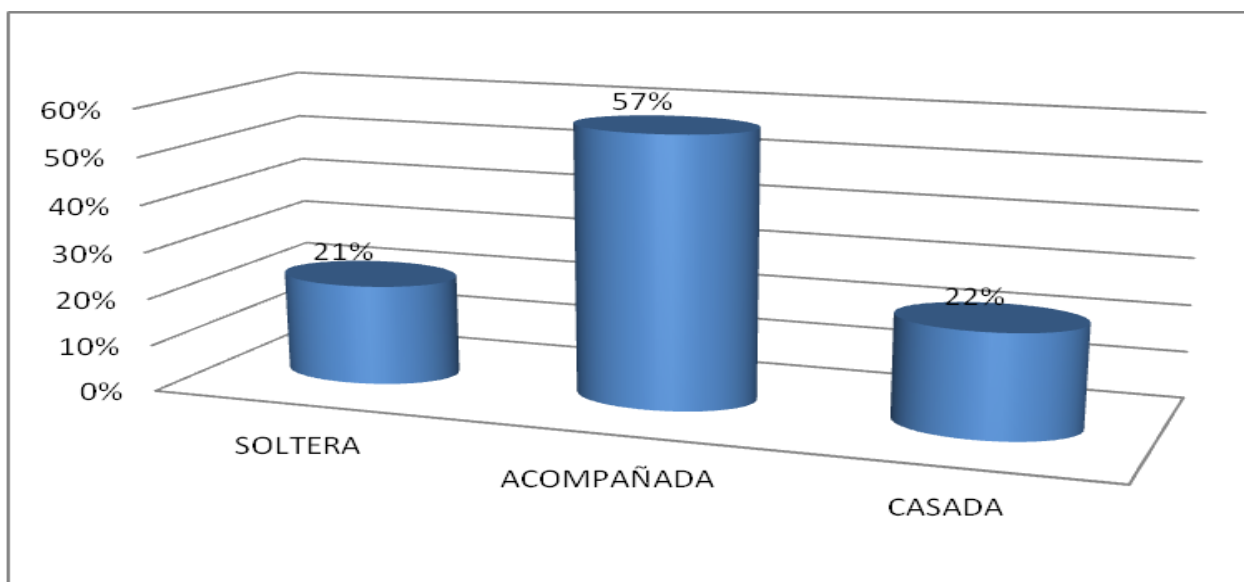
Fuente Tabla N° 1

TABLA N° 2: Estado civil. Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	3	21.42%
ACOMPAÑADA	8	57.14%
CASADA	3	21.42%
TOTAL	14	100%

FUENTE Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

ESTADO CIVIL



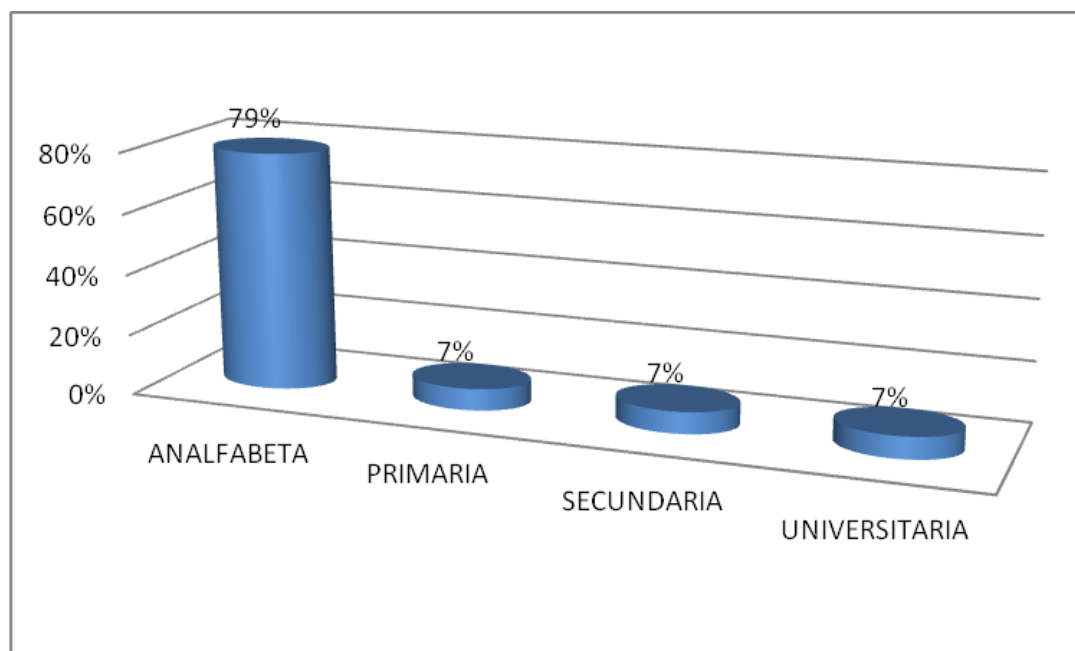
FUENTE TABLA N° 2

TABLA N° 3: Escolaridad. Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	11	79%
PRIMARIA	1	7%
SECUNDARIA	1	7%
UNIVERSITARIA	1	7%
TOTAL	14	100%

FUENTE Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

ESCOLARIDAD



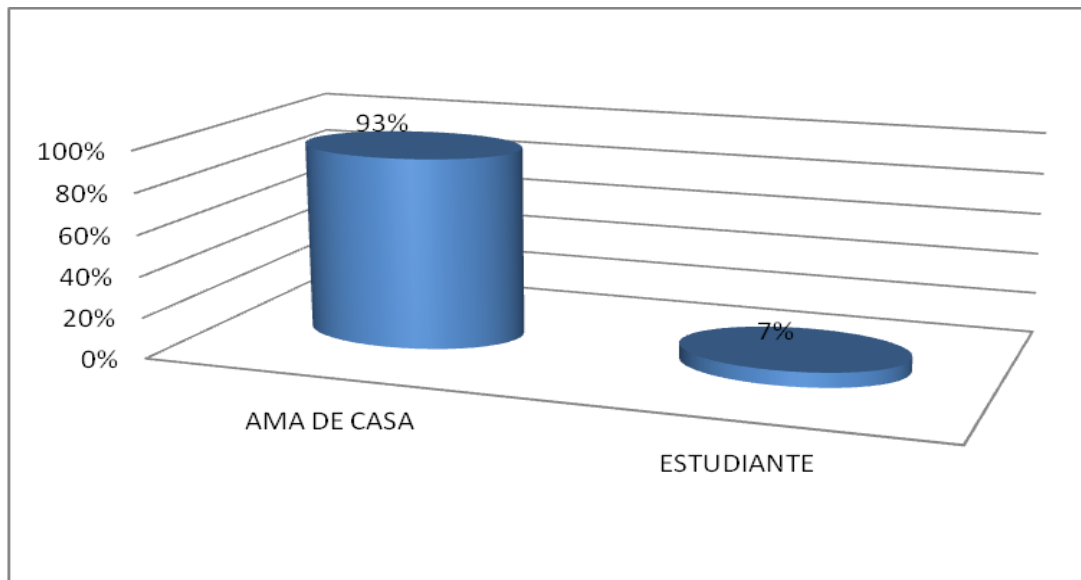
FUENTE TABLA N° 3

TABLA N° 4: Ocupación. Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	13	93%
ESTUDIANTE	1	7.14%
TOTAL	14	100%

FUENTE Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

OCUPACION

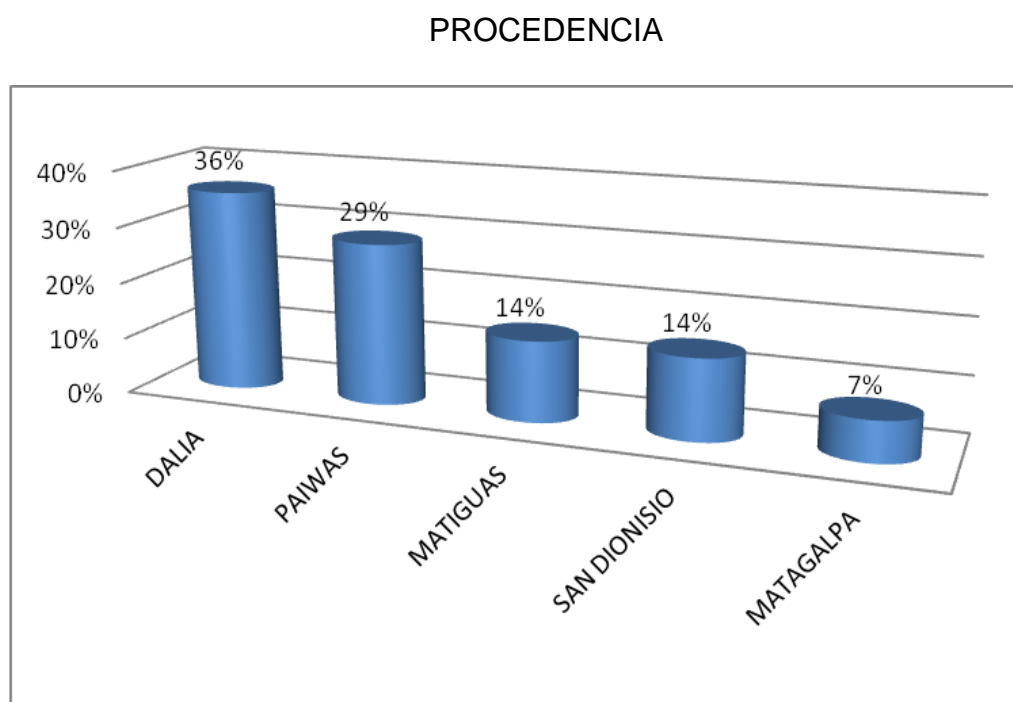


FUENTE TABLA N° 4

TABLA N° 5 Procedencia de la madre. Conocer las características Socio demográfica de la madre en estudio

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DALIA	5	35.71%
PAIWAS	4	28.57%
MATIGUAS	2	14.28%
SAN DIONISIO	2	14.28%
MATAGALPA	2	7.14%
TOTAL	14	100%

FUENTE Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.



FUENTE TABAL N° 5

TABLA N° 6 aborto identificar la principal causa de muerte materna.

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	4	28.57%
1 A MAS	10	71.42%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

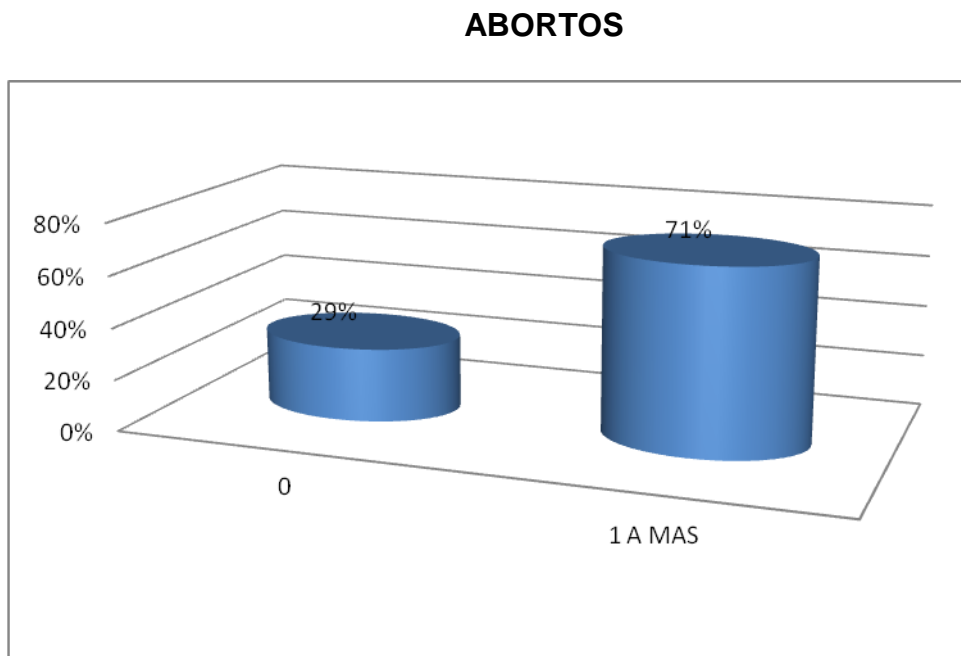


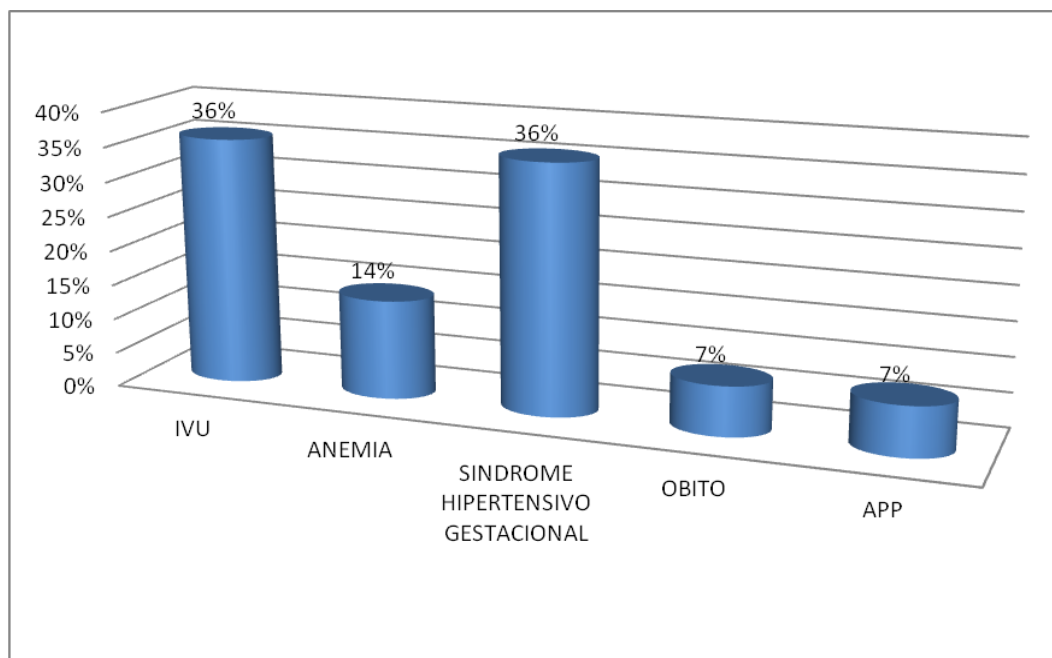
TABLA N° 6

TABLA N° 7 Patologías en el embarazo identificar la principal causa de muerte materna.

PATOLOGIAS EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IVU	5	35.70%
ANEMIA	2	14.28%
SHG	5	35.70%
OBITO	1	7.14%
APP	1	7.14%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

PATOLOGÍAS EN EL EMBARAZO



FUENTA TABLA N° 7

TABLA N° 8 Paridad identificar la principal causa de muerte materna.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1	7.14%
1	3	21.42%
2	2	14.28%
3 O MAS	8	57.14%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

Paridad

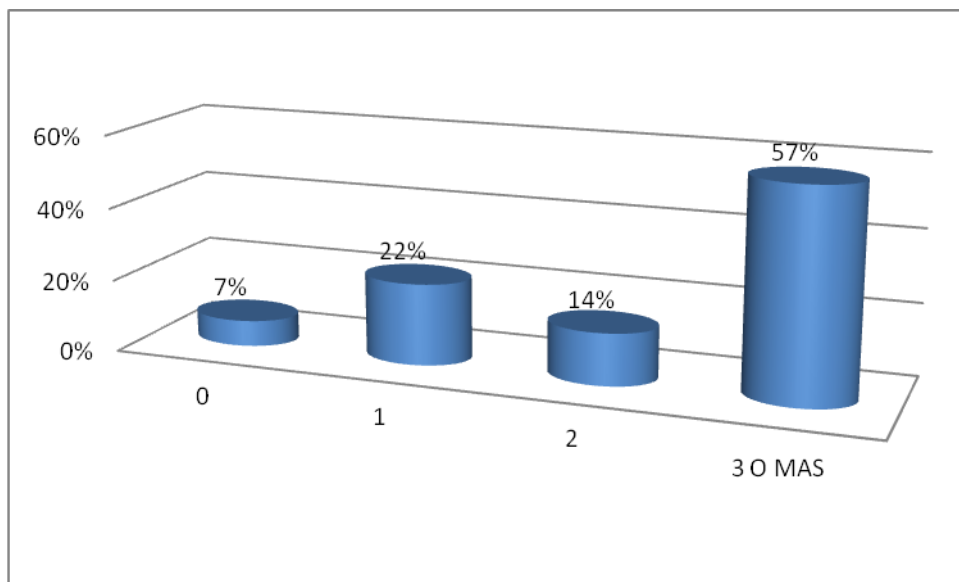


TABLA N° 9 Periodo intergenesico identificar la principal causa de muerte materna.

PERIODO INTERGENESICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 2 AÑOS	8	57.14%
> 2 AÑOS	6	42.85%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

PERIODO INTERGENESICO

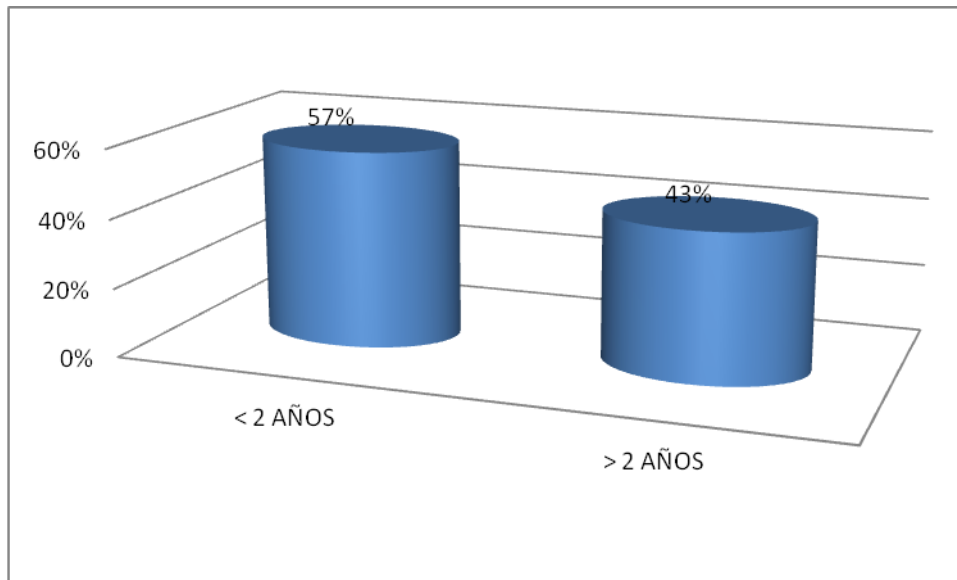


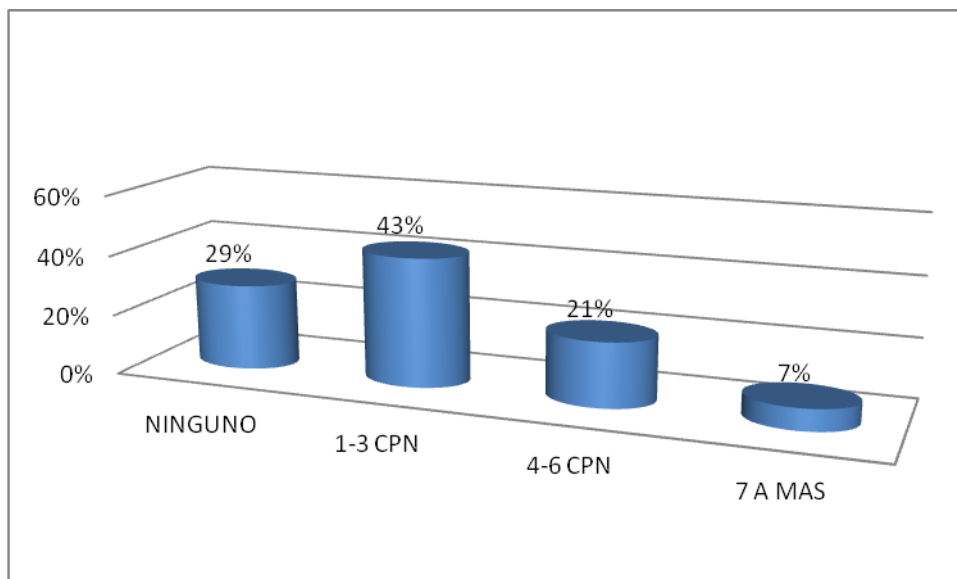
TABLA N° 9

TABLA N° 10 Numero de controles realizados realizados analizar las intervenciones realizadas por el personal de salud a las maternas estudiadas.

Nº CPN REALIZADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	4	28.57%
1-3 CPN	6	42.85%
4-6 CPN	3	21.42%
7 A MAS	1	7.14%
ENFERMERA	8	57.14%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

CPN REALIZADOS



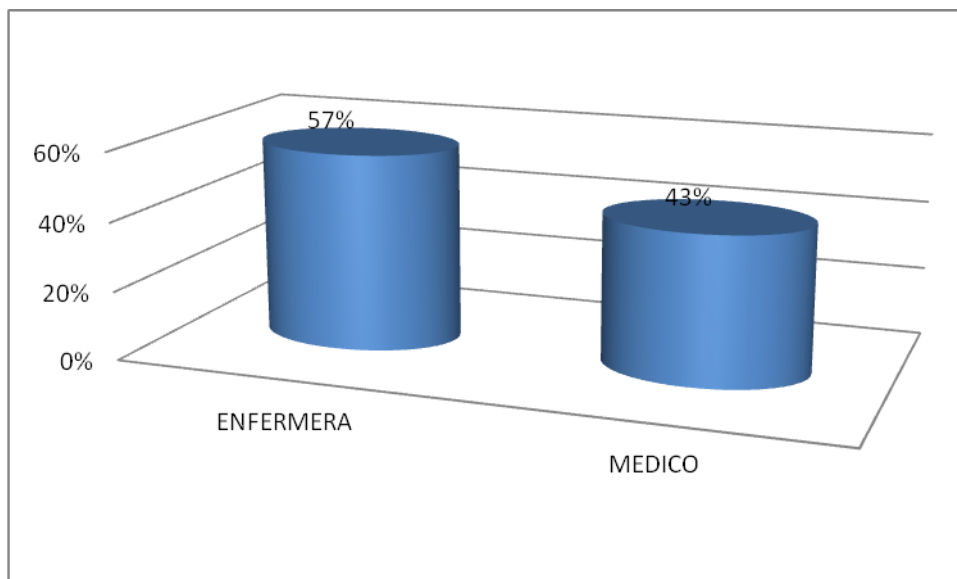
FUENTE TABLA N°1

TABLA N° 11 Recurso que capto en control prenatal. Analizar las intervenciones realizadas por el personal de salud a las maternas estudiadas

RECURSO QUE CAPTO CPN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERA	8	57.14%
MEDICO	6	42.85%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

CAPTACION DE CPN



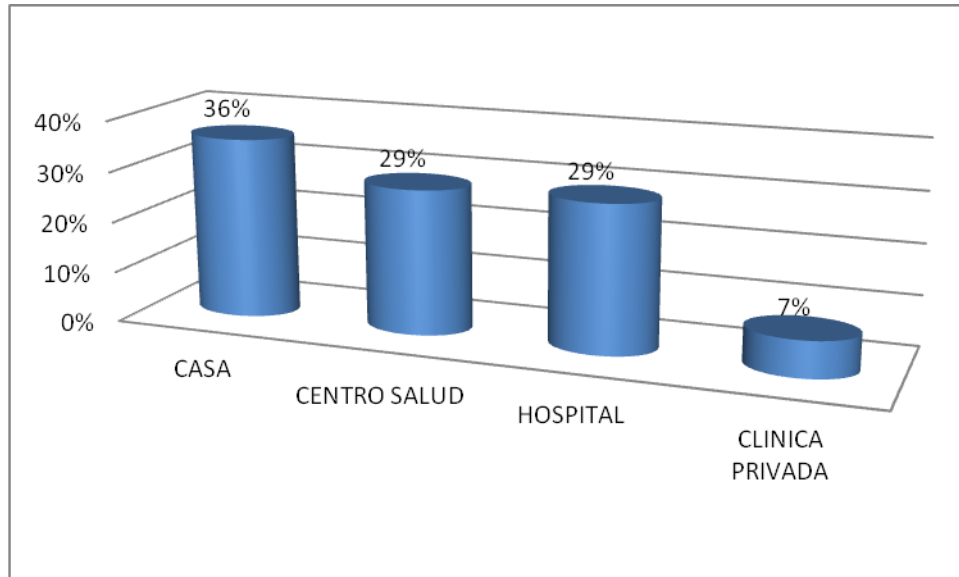
FUENTE TABLA N° 11

TABLA N° 12 Lugar donde se atendió el parto. analizar las intervenciones realizadas por el personal de salud a las maternas estudiadas.

LUGAR QUE SE ATENDIO EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASA	5	36%
CENTRO SALUD	4	29%
HOSPITAL	4	29%
CLINICA PRIVADA	1	6%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL PARTO



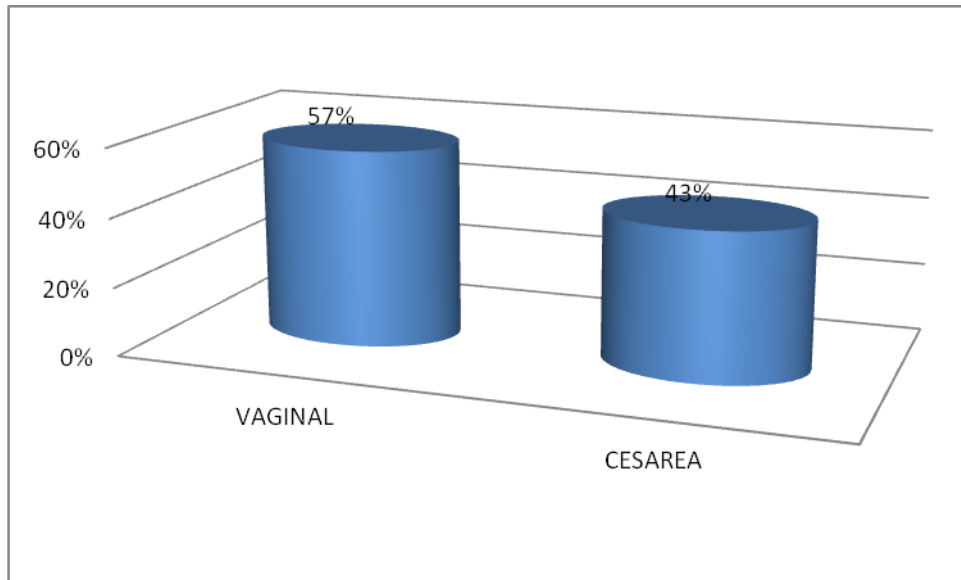
FUENTE TABLA N° 12

TABLA N° 13 Via del parto. Conocer el impacto que han tenido las estrategias de la reducción de la muerte materna en el departamento

VIA DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL	8	57.14%
CESAREA	6	42.85%
TOTAL	14	100%

Fuente Ficha Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa Enero-Diciembre 2011.

Via del parto



FUENTE TABLA N° 13