

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua  
Recinto Universitario Rubén Darío.  
UNAN – MANAGUA  
Facultad de Ciencias Médicas



Informe Final  
Para optar al Título de Médico y Cirujano General

Comportamiento de la Mortalidad Maternas Ocurridas en Mujeres  
Procedentes de la Cruz de Río Grande, Región Autónoma de la Costa  
Caribe Sur. Enero 2011 a Diciembre 2015.

**Autores:**

**Br. Haney del Carmen Bolaños Hernández**

**Br. Oswaldo Antonio Rodríguez Castro**

**Tutor:**

**Dr. Eladio Meléndez A. MSSR**

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

RACCS, Nicaragua. 2016

## ***DEDICATORIA***

***Primeramente a Dios, por brindarnos la sabiduría necesaria durante los siete años de nuestra carrera.***

***A nuestros padres por todo el apoyo brindado durante toda la universidad y que gracias a ellos nos hemos convertido en buenos profesionales.***

***A todos los docentes que en el transcurso de nuestras vidas, han contribuido en la formación y desarrollo como personas y profesionales.***

## ***AGRADECIMIENTO***

*Quiero agradecer a las personas que desinteresadamente nos han apoyado en el desarrollo de este trabajo, con sus orientaciones oportunas, Dr. Eladio Meléndez por su tutoría brindada y personal del Centro de salud Ausberto Gutiérrez en la contribución de los expedientes.*

*A nuestros padres y familiares que fueron el pilar fundamental para culminar nuestros estudios y ser hoy grandes profesionales.*

*A nuestros maestros que día a día contribuyeron brindando sus conocimientos, enseñanzas y experiencias que hoy en día las hemos puesto en práctica con cada uno de los pacientes que atendemos a diario.*

## RESUMEN

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Hay resultados de estudios como el realizado por Naciones Unidas señala que 11 países de América Latina y el Caribe, han logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna y entre ellos está Nicaragua, con un 38 por ciento menos estos nos indican avances sustanciales en muchas dimensiones.

El municipio de La Cruz de Rio Grande de la RACCS que está ubicado a 283km de la capital, aporta cifras considerables de muerte materna cada año a las cifras nacionales en la actualidad hasta Octubre del 2015 habían ocurrido 5 muerte materna.

Se realizó un estudio en el Centro de Salud Ausberto Gutiérrez para valorar el comportamiento de la muerte materna ocurrida en el municipio de La Cruz de Rio Grande. Entre el periodo de Enero 2011 a Diciembre 2015. La muestra fue por conveniencia del total de fallecidas que fueron 14 se tomó a 10 de ellas por el acceso a los registro que estaban accesible para el proceso de investigación, según se tomó en cuenta los criterios de inclusión planteados.

Para cumplir con los objetivos del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información que de acuerdo a los objetivos específicos que se esperaba alcanzar contienen preguntas sobre datos generales de las gestantes, las posibles causa médicas y no médicas que la condujeron a la muerte y las propuesta del modelo de la tres demoras, conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna, descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, donde se analiza las razones porque no acceden las mujeres a la unidad de salud.

Los resultados demuestran Las causa básica de defunción en los casos de muerte materna en 50.0% fue por Retención Placentaria seguido del 20.0% de Eclampsia. El 70.0% del total de las mujeres tenían edades de 20 a 34 años, El 50.0% tenían un nivel escolaridad de analfabeto. El 90.0% de todas eran ama de casa, El 80.0% de las muerte maternas ocurrió en poblaciones que tienen que recorrer entre 5 a 8hrs para llegar a la unidad próxima. El 80.0% de las muertes maternas ocurrieron en embarazos a términos, las causa básicas de fallecimiento ocurridas en los embarazo pre - termino el 10.0% fue Eclampsia y el otro 10.0% por Retención Placentaria. Al analizar la sucesión de eventos enfocado en las tres demora, hay indicios que el 80.0% de la paciente no conocía que tenían un problema de salud y no consideraron que fuera muy grave. Lo que se identificó que el 20.0% de las pacientes que tuvieron Eclampsia; si conocían y si consideraron el problema.

El momento en que fue necesario que las embarazadas buscaran ayudas, el 60.0% fue de noche. El medio utilizados para los casos que fueron trasladado a la unidad 10.0% respectivamente fueron a pie, y en hamaca después en ambulancia o en canaleta. Al momento de la llega a la unidad, la paciente en los caso que se trasladaron 20.0% llegaron muy grave según evidencia en el expediente, el 10.0% que presento Ulcera Peptídica perforada a su llegada fue considerada un caso complicado pero estable.

Conclusión: Los elementos que sucedieron según las tres demora que permitieron la mortalidad, la primera fue fundamental para el mayor número de fallecida, debiéndose a la falta de autonomía en la toma de decisión de las mujeres y al conocimiento de la magnitud del problema y otra situación el impedimento cuando el marido se oponía. En segundo lugar la accesibilidad geográfica y la capacidad técnica de los recursos, tanto de personal como de insumo para la atención que establecen la tercer demora.

## LISTA DE ACRÓNIMOS

- ACTH: Hormona adenocorticotropica
- ATPasa: Adenil trifosfatasa
- BHC: Biometría Hemática Completa
- CPN: Control Pre – Natal
- COE: Cuidados obstétricos esenciales
- CID: Coagulación intravascular diseminada
- CPG: Concentrado de paquete globular
- DCP: Desproporción cefalopélvica
- DIU: Dispositivo intrauterino
- DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
- ECG: Electroencefalograma
- EKG: Electrocardiograma
- FCF: Frecuencia cardiaca fetal
- FECASOG: Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- FUR: Fecha de la última menstruación
- HELLP: Hemolisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas
- HCP: Historia Clínica Prenatal
- HIE: Hipertensión Inducida por el Embarazo
- HBCR: Hospital Escuela Bertha Calderón Roque
- HPP: Hemorragia post-parto
- HAN: Hospital Alemán Nicaragüense
- HRSJD-Estelí: Hospital Regional San Juan de Dios de Estelí
- HRAJ: Hospital Regional Asunción de Juigalpa
- HTA: Hipertensión Arterial
- IMC: Índice de Masa Corporal
- IVU: Infección de Vías Urinarias
- ITS: Infección de transmisión sexual
- LDH: Lactato deshidrogenasa
- LUI: Legrado uterino instrumental
- MINSA: Ministerio de Salud
- NST: Non stress test (monitoreo fetal no estresante)
- OCI: Orificio cervical interno
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PBF: Perfil biofísico fetal
- PE: Pre – Eclampsia.
- PFC: Plasma Fresco Congelado
- PCR: Proteína “c” reactiva
- PTH: Hormona Paratiroidea
- PVDC: Parto vaginal después de una cesárea

- RCIU : Retardo del crecimiento intrauterino
- RMM: Razón de Mortalidad Materna
- RPM: Ruptura prematura de membranas
- RPMP: Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo Pre término
- RPR: Rapid Plasma Reagin
- UNFPA: United Nations Population Fund
- SHG: Síndrome Hipertensivo Gestacional
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- SSN: Solución Salina Normal
- SNC: Sistema nervioso central
- TA: Tensión Arterial
- TP: Tiempo de Protrombina
- TPT: Tiempo Parcial de Tromboplastina

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	6
III. Planteamiento del Problema.....	7
IV. Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
VI. Marco Referencial.....	9
6.1. Conceptualización.....	9
6.2. Factores contribuyentes a la mortalidad materna.....	13
6.3. Análisis de la mortalidad Materna.....	18
6.4. La salud materna en los planes y políticas de salud de Nicaragua.....	20
6.5. Parto en las Zonas rurales de Nicaragua y su costo.....	22
VII. Diseño Metodológico.....	25
7.1 Tipo de Estudio.....	25
7.2 Área y periodo de estudio.....	25
7.3 Población de estudio.....	25
7.4 Muestra.....	25
7.5 Operacionalización de variables.....	26
7.6 Obtención de la información.....	36
7.7 Procesamiento de la información.....	36
7.8 Aspectos éticos.....	38
VIII. Resultados.....	39
VIII. Discusión.....	42
VIII. Conclusión.....	46
VIII. Recomendaciones.....	47
XII. Bibliografía.....	48
XIV. Anexos.....	49
Anexos 1. Instrumento de recolección de la información.	
Anexos 2. Tablas de Resultados	
Anexos 3. Gráficos de Resultados	

## **I. INTRODUCCIÓN**

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo, refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad, noventa y nueve por ciento de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.

Hay grandes disparidades entre los países, pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1,000 por 100,000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país, entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del ochenta por ciento de las muertes maternas son por; Hemorragias graves en su mayoría tras del parto, la infecciones también tras del parto, la hipertensión gestacional y los aborto peligrosos. (World Health Organization, 2014).

Hay resultados de estudios como el realizado por Naciones Unidas en la que se señala que 11 países de América Latina y el Caribe, han logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna y entre ellos está Nicaragua, con un 38 por ciento menos, estos nos indican avances sustanciales en muchas dimensiones, siendo la situación mucho más favorable en los departamentos con alto desarrollo económico y social; sin embargo, a pesar que una de las políticas del Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional es la restitución del derecho a la salud de las personas, aún se presentan limitaciones importantes, especialmente en los departamentos centro-norte del país y regiones del Caribe en los que hay que considerar los problemas de accesibilidad geográfica, nivel de pobreza existente, entre otros. (MINSa, OPS. OMS, 2010)



Los objetivos de milenio como meta cinco se proponen reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes, la meta 5B “Lograr el Acceso Universal a la Salud Reproductiva para el 2015”, actualmente ya se tiene previsto que la mayor parte de los países no alcanzarán la meta fijada en los ODM, de lograr una disminución del 75% en esa tasa entre 1990 y 2015. Para alcanzarla, se necesita una disminución promedio anual del 5,5% o más desde 1990 y a nivel mundial ha sido del orden de 3.5% anual. (OMS - UNFPA , 2014)

El municipio de la Cruz de Río Grande de la RACCS que está ubicado a 370 km de la capital con una población de 37,447 hab. (Estimaciones de Población 2016), cuenta con un centro de salud y cuatro puesto de salud en ocasiones la atención está limitada, debido a la distancia de las comunidades que son muy lejanas y es donde mayor concentración poblacional existe en todos los municipios de la costa caribe sur. También aporta cifras considerables de muerte materna cada año a las cifras nacionales, en la actualidad hasta Octubre del 2015 habían ocurrido 5 muerte materna. (MINSA. Centro de Salud Agustín Winshag, 2015). En su mayoría mujeres jóvenes pero con niveles culturales bajos, y con evidencia de demora relacionado a la atención favorecedora para dicha fatalidad.

## **II. ANTECEDENTES**

En un estudio realizado descriptivo cuantitativo de corte transversal con el propósito de conocer y analizar los principales factores presentes en la mortalidad materna de adolescentes a nivel nacional en el periodo de Enero 2004 a Diciembre 2006. Se seleccionaron todas las mujeres que fallecieron entre las edades de 10 a 19 años en todos los SILAIS del país para un total de 69. Se realizó un análisis de la base de datos de la atención integral a la mujer, de estadística y dirección de vigilancia epidemiológica del MINSA. Revisión de la ficha de mortalidad materna y el resumen clínico de las fallecidas.

Los resultados demuestran; las mayorías de las muertes ocurrieron en el SILAIS Chontales 17.3%, en relación a la procedencia el 64.0% eran del área rural. La ocupación de las adolescentes fallecidas 84.0% eran ama de casa y un 7.2% eran estudiantes, el 69.0% de ellas estaban acompañadas. El 38.0% habían aprobado la primaria, se identifica que 71.0% tuvieron menos de 4 CPN. El 42.0% de los partos fueron domiciliarios. De estos parto 43.0% lo atendieron los familiares. Al momento de la muerte solo el 59.0% fue atendido por personal de salud y el 40.5% por partera y los familiares.

El 51.0% de las muertes fueron clasificadas como muerte obstétricas directa, la causa básica 22.0% fue por retención placentaria, seguido de pre eclampsia y sepsis puerperal con 19.0%. El 52.0% de las adolescentes fallecieron en el puerperio. El 8.6% de las mujeres viven violencia intrafamiliar. (Soto, 2007).

Estudio realizado en el Hospital Regional Ernesto Sequeira de Bluefields RACCS, Febrero a Julio del 2007. El estudio es descriptivo con técnica cuantitativa, cualitativa basado en el modelo de las 3 demoras de las complicaciones obstétricas, se incluyeron en el estudio a 31 mujeres por alguna complicación obstétricas.

Los resultados demuestran que 35.5% de las mujeres tenían 19 a 25 años y de 29 a 34 años de edad, el 68.0% procedentes de áreas rurales en mayor frecuencia de La Cruz de Río Grande y el Tortuguero con 16.5% respectivamente. El 39.0% no había cursado ningún

nivel escolar. La complicación más frecuente fue Pre Eclampsia el 68.0%. El 80.0% de las mujeres de La Cruz de Río Grande presentaron esta patología y sus complicaciones.

En relación a la primera demora el 32.0% de estas mujeres fue el familiar que decidió buscar ayuda, en 26.0% la decisión la tomaron ellas mismas y el 19.0% por el cónyuge. De las 31 mujeres entrevistadas 11 de ellas buscaron atención porque la partera ya no podía hacer nada.

La segunda demora en promedio ellas refieren que tardaron en llegar a la unidad de salud de su municipio 180 minutos máximo hasta 540 minutos. El 40.0% de las que procedían de La Cruz de Río Grande el tiempo en trasladarse fue 240 a 540 minutos, el medio de transporte del 50.0% fue en panga o lancha y 33.3% en bestia o caballo. (Sánchez, 2008).

Análisis realizado de la OPS – OMS en Junio del 2015 sobre la Hemorragia Post parto como indicador significativo de la muerte materna en Nicaragua demostró que la hemorragia postparto (HPP) afecta aproximadamente el 2 % de las mujeres parturientas, está asociada a un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo y es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos.

De un total de 1,498 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud (MINSA) en el período 2000-2014, el 34.4% (516 casos) fueron causadas por hemorragias; de ellas el 62.4% (322 casos) durante la etapa post parto y 37.5% (194 casos) en el ante parto. Las hemorragias ante parto (HAP) se han reducido, mientras que las hemorragias postparto (HPP) se han incrementado. En promedio anual se registran un total de 22 muertes maternas por HPP. Del total de fallecidas por HAP, el 82% residían en el área rural y 18% en el área urbana.

La edad mediana de las fallecidas era de 28 años. Según grupo quinquenal de edad el 18.55% (36 casos) eran adolescentes, 31.95% (62 casos) tenían entre 20 a 29 años de edad, 41.23% (80 casos) entre 30 a 39 años, y 8.24% (16 casos) 40 años a más. El 60% de las fallecidas ya tenían al menos un hijo y el 26% de 2 a más hijos. El 59.8% fallecieron en el

domicilio, 29.8% en las unidades de salud pública, 1.03% en hospitales del sector privado y 9.27% en otros lugares (traslados, vía pública).

Los 10 municipios que aportan el 44.84% de las HAP son: La Cruz de Río Grande, Bocana de Paiwas, Siuna, San José de Bocay, Río Blanco, Altagracia, El Ayote, Jinotega, Laguna de Perlas y Matiguas.

Las principales causas de estas hemorragias son: Enfermedad Trofoblástica, parto obstruido, placenta previa sangrante, ruptura del útero durante el trabajo de parto, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

La HPP es una de las complicaciones más graves del puerperio inmediato y origina buena parte de la morbimortalidad materna. Del total de fallecidas por HPP, el 85.4% residían en el área rural y 14.6% en el área urbana. La edad mediana de las fallecidas era de 30 años. Según grupo quinquenal de edad el 9.3% (30 casos) eran adolescentes, 38.2% (123 casos) tenían entre 20 a 29 años de edad, 41.3% (133 casos) 30 a 39 años y 11.18% (36 casos) 40 años a más. El 27% de las fallecidas ya tenían al menos un hijo y el 53% de 2 a más hijos. El 60% fallecieron en el domicilio, 26.0% en las unidades de salud pública, 4% en hospitales del sector privado y 10% en otros lugares (traslados, vía pública).

Los 10 municipios que aportan el 35.40% de las HPP son: Wiwili, San José de Bocay, La Cruz de Río Grande, Siuna, Prinzapolka, Matiguas, Waslala, Puerto Cabezas, El Rama y Bluefields, dentro de las causas de esta hemorragia encontramos: coagulación intravascular diseminada, atonía Uterina, hemorragia intraparto severo, sangrado transvaginal, shock hipovolémico. Otras identificadas son: embolia líquido amniótico, falla multiorganica, shock hemorrágico, tromboembolismo pulmonar. (Cajina, 2015).

Se buscó informe o estudio similar al realizado sobre el análisis de Muerte Materna en La Cruz de Río Grande y de momento no hay antecedentes publicados.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3,700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 situación prevista como algo que en la actualidad no se alcanzara dicha meta. (OMS - UNFPA , 2014)

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario. Se pretende con el siguiente estudio reconocer a través de los relatos de los análisis de mortalidad materna, cuáles fueron los mayores obstáculos que enfrentaron las pacientes embarazadas en el periodo 2011 al 2015 para terminar en un desenlace fatal a la vez poder identificar en el transcurso del tiempo de estudio que elementos influyeron más en unos caso que en otros. A la vez esto permitirá dar recomendaciones a las autoridades de salud de la región que permitan mejorar las debilidades encontradas, evitar o buscar alternativas para que estas mujeres realmente sean atendidas de manera pronta, oportuna o llevarle el acceso donde se encuentren, que permita reducir el número de muerte materna que en la actualidad pareciera algo muy difícil.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En América Latina la mortalidad materna ha descendido, sin embargo no de una forma muy notable. Las estadísticas nos muestran otro panorama de la situación. Las estadísticas o estimaciones en América Latina muestran que: 143.240,000 gestantes de la región no tienen control del embarazo; 3.440,000 no reciben atención del parto en una institución de salud; 2.980,000 no tienen acceso a atención del parto por personal cualificado; 25,000 gestantes mueren anualmente en la región; 6,000 muertes se producen cada año por complicaciones del aborto.

“Cada año mueren en Nicaragua alrededor de 1,448 mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto sub-registro de casos que se calcula hasta en un 50.0%. Las mujeres que viven en el área rural, de 20 a 34 años, con bajo nivel de educación y poco acceso a servicios de salud son el perfil de la muerte materna en el país. No existen datos sobre el comportamiento de la muerte materna en La Cruz de Río Grande ni la identificación de posibles causas.

La RACCS tiene cifras históricas de muerte materna que contribuye con el 12.0% a las cifras nacionales ubicándose en el cuarto lugar y los municipios con mayor número son La Cruz de Río Grande, El Tortuguero ( Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas , 2007).

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, menos de 50.0% de las mujeres en países de ingresos bajos como en estas regiones del país. La atención especializada durante el parto es de poco accesible y muchos partos son atendidos por matrona o una enfermera diplomada. Hay muchos factores que se conocen que pueden incidir en la muerte materna de sobra conocido pero hay que ubicarse en el contexto de la realidad ante lo sucedido durante el periodo de estudio por eso este estudio permitirá identificar. ¿Cuál es el comportamiento de la Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande, Región Autónoma del Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015?

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar el comportamiento de la Mortalidad Materna ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande, Región Autónoma del Caribe Sur. Enero 2011 a Diciembre 2015.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Caracterizar socio demográficamente a las muertes maternas según causa básica del fallecimiento.
2. Identificar las causas médicas y no médicas según causa básica de defunción que presentaron.
3. Conocer la sucesión de eventos que contribuyeron según causa básica de defunción de las pacientes.
4. Reconocer las causas de defunción que se consignaron en cada mujer.

## **VI. MARCO REFERENCIAL**

### **Conceptualización**

La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en su informe 2010 sobre el acceso a los servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos resalta que “el derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud, guarda una estrecha relación con el derecho a la salud dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. (Instituto de Estudios Estratégico y Política Públicas , 2011)

Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Donde el 99% de mortalidad corresponde a los países en desarrollo y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres esto tiene un gran impacto familiar, social y económico.

En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. Se conoce que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

Actualmente la mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015 y la meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

### **Impacto de la mortalidad materna**

Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres. Estos niños reciben menos cuidados, menos educación y tienen un rendimiento escolar más bajo. Los niños menores de diez años que pierden a su madre tienen 10 veces más probabilidad de morir dentro de los siguientes dos años que aquellos que tienen los dos



padres vivos; igualmente, los recién nacidos que sobreviven a la muerte de su madre tienen menor posibilidad de sobrevivir.

Debido a que una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares. Si tomamos en cuenta que en países en desarrollo hay una gran proporción de mujeres cabeza de familia que llevan las riendas de sus núcleos familiares y soportan la economía del hogar, la muerte de éstas genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas y de protección.

Luego de la muerte de una madre existen más posibilidades de desintegración del hogar y que los hijos se inicien en la vida laboral y estén expuestos a ser maltratados. El vacío que deja una madre en un hogar es difícilmente ocupado por otros. Una madre es irremplazable.

La muerte materna se define como, la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación o agravada por ésta o con su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

### **Muerte Materna Directa**

Es la que se produce resultado de una complicación obstétrica del estado de embarazo, parto o puerperio, o por intervenciones u omisiones o tratamientos incorrectos.

### **Muerte Materna Indirecta**

Es la atribuida a una causa obstétrica, es el resultado de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio, pero que es agravada por la adaptación fisiológica que produce la gestación.

## **Muerte no relacionada o no Materna**

Es la muerte de una mujer en el curso de un embarazo producida por causas accidentales o incidentales.

Causas de Muerte materna.

Las muertes maternas pueden ser directas o indirectas.

Las causas más frecuentes de muerte materna son: hemorragias, enfermedad hipertensiva del embarazo, infecciones y aborto.

Factores asociados a la mortalidad materna es la expresión más evidente de la iniquidad y desigualdad a la que están sometidas las mujeres. Refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres. En los países con poco desarrollo las mujeres no tienen poder para tomar decisiones y actuar libremente para cuidar su salud, porque culturalmente no es aceptado o hay subordinación a la voluntad de sus compañeros.

El machismo impide que las mujeres confíen en sí mismas, que se valoren y hace que sean dependientes de sus compañeros tanto económicamente como en la toma de decisiones. Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos.

Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. La falta de educación y el analfabetismo hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud. En los países pobres con tasas altas de mortalidad materna es común que las mujeres inicien tempranamente su vida sexual sea o no bajo el vínculo del matrimonio, y esto hace que estén expuestas no sólo a las complicaciones de los embarazos incluida la muerte, sino a embarazos no deseados y por consiguiente a abortos inducidos; además son más vulnerables a contraer infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, psicológica o sexualmente por sus compañeros.

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos y complicados con sepsis, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer.

Las mujeres que tienen cuatro o más hijos presentan razones de mortalidad materna superiores a 120 mientras que las que tienen 2,4 o menos hijos presentan razones por debajo de 64. De igual manera, en las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior al 74% presentan razones de mortalidad inferiores a 74, mientras donde la prevalencia es de 62% o menos la razón aumenta a 111 casos.

En el análisis de la mortalidad materna entre 1998 y 1999, se encontró que el riesgo de morir era más alto en las mujeres menores de 20 años y en las mayores de 29 años. El trabajo físico arduo y la mala nutrición hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por la ausencia de estos servicios en las comunidades, es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad.

También se da el caso de algunas mujeres que no logran una adecuada comunicación con los proveedores de la asistencia médica porque se sienten avergonzadas, maltratadas o irrespetadas, y esto se refleja luego en ausencia al control prenatal. Cuando el personal de salud no tiene un entrenamiento adecuado en salud materna, es factible que se presenten fallas en el manejo de las complicaciones obstétricas y esto contribuye al aumento de la morbimortalidad materna. Las aptitudes de los proveedores calificados varían enormemente, y muchos no tienen los conocimientos básicos necesarios para resolver o proporcionar tratamiento inicial adecuado durante las emergencias obstétricas. (Gallego Vélez, Vélez Álvarez, & Agudelo Jaramillo, 2005).

## **Factores contribuyentes a la mortalidad materna.**

Son aquellos que de manera indirecta contribuyen a la MM como: la medicina altamente tecnificada, que incluye las súper especialidades con tecnología de acceso restringido a la población en general, por su costo o complejidad; el costo de los servicios; la dispersión de los núcleos poblacionales en las zonas rurales; el aislamiento de zonas marginales urbanas; el surgimiento de las subculturas urbanas que incluyen elementos marginales de todo tipo, que impiden la integración a los servicios médicos, a los avances científicos, a los programas de prevención, etc.; ausencia de servicios urbanos básicos, que impiden la comunicación y la salubridad básicas, que pueden hacer precarias las condiciones de vida (desarrollo de condiciones sanitarias, abasto de agua, vivienda, fuentes de energía, vialidad, seguridad, etc.); falta de acceso o rechazo a la planificación familiar y a los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, con la consecuente existencia de mujeres con embarazos no planeados, incluyendo de manera especial a las adolescentes, en este rubro resalta la falta de educación sexual. Todas las anteriores constituyen un abanico de posibilidades que conforman el perfil de riesgo.

## **Perfil de Riesgo**

Para integrarlo, hace algunos años se decía con una Mujer de 30-35 años, multípara o gran multípara (más de 5 gestaciones), casada o en unión libre, analfabeta, en el ámbito rural, sin servicios sanitarios; sin embargo, en el momento actual se transforma en una Mujer Adolescente o Joven 17 a 29 años, primigesta, con embarazo no planeado, baja escolaridad, en ámbito urbano o suburbano, con servicios básicos, nivel sanitario deficiente, sin acceso individual a servicios de salud, entre los que se encuentra la planificación sanitaria y reticencia a la anticoncepción y/o desconocimiento de la anticoncepción de emergencia, procedente de familia numerosa, cuya pareja masculina es también adolescente o joven, con bajo nivel escolar, sin empleo, con algún conocimiento de anticoncepción, que mantienen en secreto la gestación en los primeros meses, hasta la evidencia física, sin vínculos matrimoniales.

La paradoja es que si ella contaba con servicios médicos por parte del padre o la madre, pierde el derecho por estar embarazada, la existencia de ser estudiante activa le otorgaba servicios médicos, lo cual se ha olvidado o negado, dependientes económicos, ambos mujer y pareja, se convierten en una población muy vulnerable, que no está considerada en la organización, estructura de los servicios de salud, excepto en programas de papel y ninguna acción.

Desde que se inició la práctica del arte de los partos primero, después la especialidad en Gineco-Obstetricia, son tres las causas principales de las Muertes Maternas: la Hemorragia, la Infección y la Pre-Eclampsia, Eclampsia, seguida muy de cerca de la Distocia (Parto Obstruido) en cualquiera de sus variedades, esta última con menor frecuencia gracias a la realización de la operación cesárea.

Dentro de las dos primeras causas señaladas están los casos derivados del aborto provocado o inseguro. La hemorragia y la infección son las causas primordiales que llevan a la muerte a una mujer en la etapa reproductiva y que se relacionan con una intervención tardía, inseguridad, manejo no definitivo, todos relacionados con impericia, falta de recursos, falta de experiencia, burocratismo excesivo, ausencia de normas de manejo, falta de supervisión, equipos medico quirúrgicos deficientes y faltos de colaboración, falta de cooperación de la paciente, reticencia de la familia o la sociedad. El caso de la Pre-Eclampsia, Eclampsia o Enfermedad Vasculat del Embarazo, como ahora se denomina, significa la falta de Control Pre Natal, en cualquiera de sus condicionantes, un factor definitivo es la colaboración de la paciente, su pareja y la existencia de vínculos interpersonales, que favorezcan el acceso a la atención médica, así como la influencia de los padres de ambos cónyuges para aceptar la evolución de la gestación y la atención médica científica que permita una cultura de seguimiento a las nuevas familias.

Siendo una patología cuya etiología aun no es conocida, el control de la evolución del embarazo, las condiciones previas de salud de la madre y el manejo del parto y puerperio, se constituyen en factores definatorios para la vida de la mujer. Las enfermedades concomitantes como la diabetes, las cardiopatías, la nefropatía, el riesgo de enfermedad trombo-embólica, patología oncológica y otras, constituyen un riesgo asociado, pero no

siempre definitivo en la evolución del embarazo, dado los avances en el conocimiento, control, vigilancia y resolución, que en la actualidad existen.

El embarazo asociado a accidentes o intentos suicidas, en el momento actual caen dentro de los indicadores generales de la población en las edades reproductivas, sin dejar de reconocer la depresión post parto o aborto, las enfermedades mentales desencadenadas alrededor de la gestación y los conflictos de pareja que pueden llevar o conducir a episodios suicidas, al igual que en la actualidad en mujeres de todas las edades puedan asociarse a las adicciones como un factor más de riesgo en el desarrollo del embarazo.

La maternidad sin riesgo es un asunto de Derechos Humanos. El avance conceptual del papel de la mujer en la sociedad actual ha permitido trasladar el problema de muerte materna del ámbito puramente médico/profesional, es decir, lo orgánico/biológico, al terreno de la responsabilidad social, por el reconocimiento de los factores contribuyentes como la injusticia social, la discriminación, la pobreza y la ausencia del reconocimiento de los Derechos Humanos.

Las convenciones realizadas después de establecida, organizada y funcionando la Organización de las Naciones Unidas, permitieron que en 1948, se emitiera la Declaración Universal de Derechos Humanos. De esa visión parten diversas estructuras que a nivel internacional promueven la condición de la mujer en el mundo.

a- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra la mujer. (1979 - 1981)

b- Convención sobre Derechos del Niño (1924 -1979 -1989), que después se extenderá a los Adolescentes. De igual manera los Movimientos Feministas han promovido el reconocimiento del valer y el estado de la mujer en todas sus condiciones de vida.

En la conferencia mundial de las mujeres de El Cairo (1994), que había sido precedida por la III conferencia internacional sobre población y desarrollo celebrada en Teherán (1968), se reconocieron de manera inicial los derechos reproductivos como parte de los Derechos Humanos.

Han seguido las conferencias de Pekín (1995) y Pekín +5 (2000), ratificando y ampliando dichos derechos hasta llegar 2008 en donde se celebraron la conferencia internacional sobre derechos de las campesinas y campesinos en Yakarta y la Reunión de la Asociación por los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID) en ciudad El Cabo, Sudáfrica.

Todas han sido para convocar a los países del mundo, a fijar sus objetivos en las circunstancias en las que la mujer vive o sobrevive y como en un esfuerzo internacional se intenta y se promueven, sus derechos y su desarrollo, lo que repercute en las condiciones de inicio del embarazo, su evolución y resolución, evitando la MM o al menos reduciéndola.

La OMS establece que “la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, no solo es un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social”. Se acepta cuatro categorías de derechos humanos relacionados con la maternidad sin riesgos:

- 1- Derechos relacionados con la vida, libertad y seguridad de la Persona.
- 2- Derechos relacionados con el fundamento de la familia y de la vida familiar.
- 3- Derechos relacionados con la atención a la salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión de la información y educación sobre la medicina.
- 4- Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación. Dentro de los que establece:
  - a- La obligación de los Gobiernos para asegurar el acceso a la atención a la Salud adecuada en el embarazo, parto y puerperio; y a acceder al derecho de las mujeres, cuando van a tener hijos (tiempo y frecuencia); las estructuras de Gobierno basadas en economía, decisiones jurídicas, sociales y de salud, que aseguren los derechos fundamentales de la mujer.
  - b- El Gobierno y su estructura asegura ese acceso a los servicios de salud; servicios, médicos, bases jurídicas, para que las mujeres puedan crear una familia y disfrutar de una vida saludable en su seno.

c- Estos derechos imponen la obligación a los Gobiernos de, además de facilitar y asegurar el acceso a los servicios de salud, favorezcan la salud sexual y reproductiva, apoyar la maternidad sin riesgo, en que se aplique desde la atención primaria de la Salud hasta los medios científicos/tecnológicos, que apoyen la salud de la mujer, entre los cuales debe comprender la planificación familiar, el aborto, la educación sexual.

d- El acceso a la educación de las mujeres y la atención a la salud sin discriminación por sexo, estado civil, edad, nivel económico, asegurar la independencia, fortaleza y decisión de la mujeres fuera del control del varón; la protección de las mujeres adolescentes y jóvenes para decidir por sí mismas, fuera de la autorización parental, haciendo hincapié sobre la no asignación de recursos, intereses, prioridades para atender las necesidades de las mujeres y garantizarlas; favoreciendo las leyes, su aplicación y el ejercicio real de los Derechos Humanos.

### **Factores Colaterales, Subyacentes, Adyuvantes o determinantes de la mortalidad materna.**

La combinación de factores médico-quirúrgicos y determinantes socio-médicos, como educativos, económicos, culturales, de desarrollo, de cobertura y acceso, los políticos/ideológicos (persistencia, difusión e incremento del conservadurismo), son decisiones para la persistencia de la MM en un país o población.

Es conocido que en el mundo las causas de MM son las tres grandes ya señaladas (Hemorragia, Infección, Pre-Eclampsia/Eclampsia) que se hacen dramáticas al crecer el problema de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, el mal manejo del parto obstruido o las distocias, que llevan al Parto Prolongado y la persistencia del Aborto inseguro o peligroso.

Las defunciones maternas responden a causas preexistentes que se agregan o complican el embarazo (aproximadamente en alrededor del 20%), como la anemia, desarrollo incompleto (Madres Adolescentes), deficiencia de vitamina A, deficiencia de Yodo, carencia de Calcio y otros micronutrientes; ácido fólico, hierro, parasitosis e infecciones crónicas que



deterioran el estado general de la Madre. La patología sistémica o de gran repercusión como los problemas cardiovasculares, no siempre diagnosticados antes del embarazo; las infecciones como la Tuberculosis y ahora el SIDA, que producen cuadros cuya existencia en condiciones normales contraindicarían el embarazo. (Elías, 2008 - 2009)

### **Análisis de la Mortalidad Materna**

Uno de los métodos conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna, descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. El modelo se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. De esta forma, a partir de tres preguntas simples, se trata de identificar cualquier escollo que haya causado demoras, pues cualquier situación que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada puede costarle la vida. El modelo descrito por la doctora Maine se conoce como “Las tres demoras”.

#### **1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda**

#### **2. Demora en llegar a la institución de atención y**

#### **3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución.**

La demora tipo 1 evalúa los conocimientos, prácticas y creencias de las comunidades que puedan influir en el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad y en la decisión de buscar ayuda, indaga por la situación de la mujer y su comunidad, es decir su entorno, habilidades, hábitos y dificultades. Se habla de que existió cuando las mujeres no buscaron la atención o lo hicieron tardíamente debido a que ellas o sus familias no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o cuando, a pesar de hacerlo, no hubo oportunidad de decisión y acción para consultar. Frecuentemente se asume que la falta de información es el principal obstáculo para solicitar ayuda, pero pueden existir muchos otros factores que influyen en esta decisión.

La paciente no reconoció con prontitud algún signo o síntoma de alarma.

- Se ha encontrado que existe un gran desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva, que genera este tipo de retraso: por ejemplo las pacientes no saben que tienen derecho a recibir atención y exámenes prenatales sin ningún costo.
- Los factores culturales influyen. Existen lugares donde el estoicismo de la mujer es valorado y son respetadas si sufren en silencio. El estatus de la mujer y su autonomía también pueden afectar la decisión de pedir ayuda. En algunas comunidades las mujeres no pueden tomar por sí solas la decisión de consultar.
- Los factores económicos, como el costo del transporte o de la atención, pueden llevar a una paciente a desistir de consultar.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención. La reputación de los servicios de atención es un factor clave, pues es probable que las personas no busquen ayuda rápida o no lo hagan en absoluto si piensan que los servicios son de mala calidad.

Retraso 2. ¿Hubo demoras para lograr la atención una vez decidió solicitarla? La accesibilidad a los servicios de salud es el factor que influenciará este retraso. Son ejemplos:

- Inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos que dificultan el traslado.

Retraso 3. Una vez que la paciente logró tener acceso a los servicios de salud ¿obtuvo una atención de calidad? Las respuestas tienen que ver con una atención deficiente, por ejemplo:

- Dificultades administrativas para acceder al servicio.
- Tratamientos médicos inadecuados e inoportunos.
- No identificación adecuada del riesgo.
- Personal insuficiente o pobremente capacitado para la atención del caso.
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos.

- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, entre otros.
- Actividades de promoción y prevención inexistentes o ineficientes.
- Falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.
- Atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente.
- Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros).
- Deficiente calidad de la historia clínica.
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan.

En este análisis se debe ser cauteloso ya que no hay una suficiente autocrítica en el personal de salud que le permita hacerlo objetivamente y la mayoría de las veces se adoptan posturas defensivas. En ningún momento se trata de buscar culpables. Hay que partir del hecho de que los sistemas de salud, por involucrar personas, nunca podrán reducir la probabilidad de error a cero y que por lo tanto se deben buscar mecanismos que identifiquen rápidamente estos errores y neutralicen su efecto en el paciente, es decir mejorar los procesos. Además, si bien los errores son atribuidos a la acción de un individuo, éste, en general, es simplemente el último eslabón de una cadena de fuerzas externas y eventos precedentes que los permitieron. En la medida que se madure en los análisis y los programas de vigilancia perduren en el tiempo, será posible que todo el personal involucrado directa o indirectamente en la atención de las pacientes entienda este concepto. (Vélez Álvarez, Gallego Vélez, & Jaramillo Posada, 2002)

### **La salud materna en los planes y políticas de salud de Nicaragua.**

El Gobierno de Nicaragua, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Humano actualizado 2009 - 2011, en la estrategia social global, prioriza cinco áreas que conducen en varias direcciones a reducir la pobreza y apoyar el crecimiento económico: En lo que se refiere a estrategias y políticas del sector salud, el Gobierno considera la salud, igual que la educación, como un factor de desarrollo y un derecho humano.

Una inversión en la formación humana que fomente una población con mejor calidad de vida y mayor capacidad de aportar al proceso productivo del país, contribuye al desarrollo y al pleno ejercicio de los derechos humanos.

La política de salud está centrada en restituir el derecho de los nicaragüenses a un medio sano mediante la salud preventiva y a recibir servicios integrales (servicios de promoción, prevención, de asistencia y rehabilitación), los que deben ser gratuitos y de calidad, adecuándolos a las realidades multiétnicas, culturales, religiosas y sociales del país, de tal forma que sean aceptados por todas y todos los nicaragüenses.

El nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario es descentralizado y convierte a la salud en un servicio personalizado. Este cambio busca revertir la cultura centralizada del Gobierno que espera la llegada de la población a sus instalaciones para hacer atendida. El modelo en desarrollo se inserta en la familia y la comunidad para enfrentar, en conjunto con la población, los factores que inciden en los procesos de salud y enfermedad. Desde esta práctica, se impulsa servicios de promoción, prevención, control epidémico y protección de salud, en beneficio de toda la población.

Cabe destacar que también se está trabajando en la implementación de cada unidad de salud está sectorizada, lo que permite a las autoridades tener un mejor control de las mujeres embarazadas. La sectorización permite que el control prenatal sea de calidad y que el personal se encargue de llevar a las pacientes a las Casas Maternas. La coordinación y trabajo conjunto con las casas maternas es clave porque funcionan como entidades que apoyan al MINSA en la lucha por la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Las casas maternas están inmersas en la estrategia del plan de parto - que no es más que una estrategia comunitaria donde la mujer, su pareja y su familia preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, apoyados por el personal de salud, la sociedad civil y la comunidad organizada y se ocupan de brindar albergue a mujeres embarazadas del área rural que viven en comunidades de difícil acceso y presentan alto riesgo obstétrico; y son remitidas por el puesto o centro de salud o acuden de manera espontánea.

Durante su estadía en estos establecimientos las embarazadas reciben atención médica sistemática, charlas educativas para mejorar sus conocimientos sobre la salud de la mujer, su calidad de vida y la de su familia (violencia intrafamiliar, lactancia materna, cuidado al recién nacido, cuidado de la mujer antes y después del parto, nutrición e higiene, transmisión vertical del VIH) y se les enseña habilidades para la vida (tejer, coser, etc.).

Otra estrategia empleada es la realización de foros con los tomadores de decisión para identificar estrategias y compromisos en la reducción de la mortalidad materna; reuniones mensuales en los territorios, congregando a brigadistas, líderes comunitarios y las parteras, que son las que tienen contacto directo con las embarazadas y en quienes las embarazadas tienen más confianza. Las parteras son el puente entre las mujeres embarazadas y el centro de salud, están bien empoderadas de su trabajo a nivel de la comunidad, y acompañan a las mujeres hasta la unidad de salud o a la casa materna cuando hay un poco de renuencia a salir, o cuando se trata de convencer a aquellos maridos que se niegan a permitir su traslado al puesto de salud. (Instituto de Estudios Estratégico y Política Públicas, 2011).

## **Los Parto en las zonas rurales de Nicaragua y su costo.**

### **Barreras económicas**

En el 75% de las mujeres entrevistadas, la “falta de tiempo” para llegar al lugar del parto, junto con las “limitaciones financieras” fueron las razones comúnmente aducidas para no tener partos institucionales y para no alojarse en las Casas de Atención Materna. En el caso de las familias en las zonas rurales, el costo de atenderse un parto equivale a más de la mitad del promedio de ingreso mensual; este gasto se origina principalmente en los costos de transporte y alimentación.

Para el grupo de las mujeres que tuvieron un parto institucional en el período de referencia, el promedio de gastos realizados para la atención del parto es del orden de C\$1.840,45, suma que representa el 54,9% del promedio de ingreso mensual según MINSA, Banco Mundial, PHC, 2007. El gasto en transporte es el que afecta a una mayor proporción de mujeres que dio a luz fuera de su casa (36% del total), seguido por el gasto en alimentación

(22,3% del total). Otros rubros de gastos afectaron a un número reducido de parturientas, aunque prácticamente ninguna reportó haber tenido que pagar por el parto mismo. Al comparar los costos que reportan las parteras por atender el parto en el domicilio de las embarazadas con los gastos incurridos por las mujeres cuando el parto es institucional, es evidente que en el primer caso los gastos son mucho menores. El monto promedio que cobran las parteras por atender un parto es de C\$95,40, suma que representa un 2,8% del ingreso promedio mensual de un hogar rural. La comparación de gastos entre el parto institucional y la atención de la partera hace evidente que la principal barrera económica son los costos indirectos de la atención, que representan en el primer caso el 63% de los gastos totales. La partera, por su lado, acude a atender el parto a la casa de la parturienta en un 72% de los casos, mientras un 18% lo atiende en su propia casa. El traslado suele hacerse a pie o parte caminando y a lomo de bestia o en panga.

### **Barreras culturales**

Las relaciones patriarcales predominantes en las zonas rurales no siempre permiten valorar el parto institucional como salvaguarda de la vida de la mujer, cuestionan los procedimientos de atención e impiden que las mujeres se alejen del hogar por mucho tiempo. Entre las razones mencionadas sobresalen las siguientes:

- Ni a los maridos, ni a las mujeres mismas, les gusta que la atención al parto esté a cargo de médicos varones.
- Subsiste una valoración de la fortaleza de la mujer como “buena paridora”. Por eso no necesita recurrir a “ayuda” más allá de la tradicional (partera o familiar) y así evita “descuidar” sus tareas de atención de los niños menores, su relación de pareja y las labores domésticas.
- Cuando las mujeres se van al pueblo a tener un parto institucional, se aburren de estar solas y sin sus hijos, a quienes además perciben como desprotegidos en su ausencia, así estén acompañados por el padre.

- Los maridos no pueden ni quieren dar atención adecuada a los niños menores y les hace falta la mujer para hacer las labores domésticas.

El tipo de atención brindada por el sistema de salud a las parturientas también puede convertirse en otra barrera, especialmente de tipo cultural, y aparece mencionado en especial en relación con los partos de mujeres pertenecientes a algún grupo étnico en cualquier parte del país.

Por otro lado, informantes calificados y las propias mujeres reconocen que existe una proporción de estas últimas que “tiene miedo” de ir al hospital pues “se puede complicar”. Se trata de una argumentación circular que sin duda asocia la atención hospitalaria con los altos riesgos obstétricos, pues en el pasado éstos constituían prácticamente la única situación en que iban a dar a luz al hospital. (Cortez, García Prado, Kok , & Largaespada, 2008).

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **7.1 Tipo de estudio**

Descriptivo, retrospectivo de corte transversal de Serie de Casos.

### **7.2 Área y periodo de estudio.**

Se realizó en el Centro de Salud Ausberto Gutiérrez del Municipio de La Cruz de Río Grande RACCS a 370 kms de la capital Managua. Esta unidad está ubicada en la parte norte del municipio es jurisdicción en salud del SILAIS RACCS. El estudio se realizó entre el periodo de Enero 2011 a Diciembre 2015.

### **7.3 Población de Estudios.**

Está constituido por todas las mujeres que fallecieron durante el periodo de estudio que estaban embarazadas o dentro de los 45 días posteriores al parto que acudieron a consulta por diferentes motivo relacionado al embarazo, parto o puerperio y también se incluyeron las que fallecieron en el domicilio o en curso de trasladarse a la unidad de salud Ausberto Gutiérrez, o que de la unidad fue trasladada a los hospitales de mayor resolución. Se conoce que el total de fallecidas hasta el periodo de estudio fueron 14 mujeres. (MINSA - C/S Ausberto Gutierrez, 2015)

### **Muestra**

Se estableció que la muestra es no probabilístico de conveniencia, debido a que en el primer momento del estudio se pretendió tomarlos a todos, ya que el número es pequeño, pero al final prevalecieron los criterios de inclusión y exclusión, tomando del total a 10 muertes materna que sucedieron por diversas causas.

### **Criterios de inclusión:**

Fueron incluidas todas las mujeres que fallecieron en el periodo de estudio por causa obstétrica relacionada al embarazo, parto o puerperio, sin importar su edad, el estrato social, credo religioso, nivel escolar, ocupación que se haya realizado controles prenatales o no en el Centro de Salud Ausberto Gutiérrez, que procediera del área urbana o rural del municipio de La Cruz de Río Grande.

Se incluye que haya sido por causa de muerte materna directa o indirecta, aunque la muerte haya sido en el transcurso de la casa a la unidad de salud o de este al Hospital de Matagalpa o al de Bluefields.

También se incluye las muerte domiciliarias siempre que haya documentado el evento o los hechos como sucedió.



**Exclusión:**

Se excluyeron las muertes maternas que estaban poco documentadas o sin poder reconocer la sucesión de eventos y aquellas que tenían un expediente o informe que presentaban vicios como manchones en las hojas o que estuvieran rotas o lectura ilegible.

**7.4. Operacionalización de las variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala o valor</b>
<b>Edad</b>	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.		Años	14 a 19  20 a 34  35 y +
<b>Escolaridad</b>	Nivel Educativo formal que logra alcanzar el individuo hasta el momento de su existencia		Años escolares según pensum	Primaria  Secundaria  Universitario  Solo lee y escribe  Analfabeta
<b>Estado civil</b>	Relación de convivencia con otra persona que puede ser de manera legal jurídicamente o solo el acompañamiento		Según lo que afirme la entrevistada	Casado/a  Soltero/a  Acompañado/a  Divorciado/a

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala o valor</b>
<b>Ocupación</b>	Actividad, empleo u oficio que se dedica o realiza la embarazada al momento de su atención.		Actividad u oficio registrada	Ama de casa Estudiante Obrera Agricultura Ganadera Maestra Comerciante
<b>Procedencia</b>	Lugar donde vive especificado por los requerimiento básico con que cuenta	Sector          Distancia de la unidad de salud	Barrio  Comarca      Horas	La Palma Boca de Piedra El Feliciano El naranjo La Estrella San José Tumarín Uliwas  <1 1 a 4 5 a 8 >9
<b>Lugar de defunción</b>	Al lugar donde sucede el deceso totalmente la mujer embarazadas y se da la		Lugar	Domicilio C/S Hospital En el trayecto al

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala o valor</b>
	declaración del evento			C/S  En el trayecto Hospital
<b>Hora de defunción</b>	El momento durante el transcurso del día, la noche o la madrugada en que ocurrió el deceso		Horas	1:00am – 5:00am  6:00am – 12:00pm  1:00pm – 5:00pm  6:00pm – 12:00am
<b>Edad gestacional del embarazo en que falleció</b>	El número de semana en que cursaba el embarazo cuando la madre falleció		Número	8 a 12  13 a 22  23 a 28  29 a 32  33 a 36  37 a 42
<b>Momento del fallecimiento</b>	periodo obstétrico de la mujer		Momento	Durante el aborto Después del aborto Embarazo  Parto  Puerperio

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala o valor</b>
<b>Causas que presentaron las fallecidas</b>	Todas las causas que se relacionan con el posible evento morbido que condujo a la muerte	Medicas	Anemias Desnutrición Obesidad HTA DM Tipo2 Enf. Tiroidea Enf. Renal Enf. Cardiaca VIH Enf. Venosa Enf. Odontológica Más de 4 embarazo Más de 3 aborto RPM Placenta previa SHG Eclampsia APP Polihidramnios Emb Múltiples HPP Síndromes febriles Epidémicos.(Dengue, Leptospira, Malaria, Influenza) Fumaban	Si No

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala o valor</b>
		No medicas	Tomaban Licor PF Se realizó CPN El CPN fue menos de 4 La captación de CPN fue temprana El CPN lo realizo algún medico PIG Corto Parto anteriores domiciliarios El parto actual atendida por partera Atendida por familiares Atendida por equipo multidisciplinario víctima de violencia Trabajo de gran esfuerzo durante el embarazo Madre jefa de familia Vivía en hacinamiento Falta de búsqueda por inasistencia Fueron referida	Si No

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
			oportunamente con el especialista	
<b>Sucesión de evento que permitieron las tres demoras</b>	<p>métodos utilizados es el conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia son una serie de barreras para que las mujeres accedan a los servicio de salud durante su embarazo</p>	1er demora	<p>Conocían que tenían un problema de salud</p> <p>Consideraban grave su problema de salud</p> <p>Que decidieron hacer</p> <p>Cual fue la causa de no buscar atención medica</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Buscar ayuda con el brigadista o partera</p> <p>Quedarse en la casa</p> <p>Ir directamente a la unidad de salud</p> <p>Por causa de dificultad de acceso</p> <p>Poco se cree en el actuar medico</p> <p>Por conductas repetidas en embarazos anteriores</p>

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
			El tiempo entre el inicio del problema de salud y la atención medica	<3hr 3 a 5hr 6 a 10hr
			Por creencia y cultura no se decidían ir a la unidad de salud	>10hrs Si No
			Donde acudieron en orden de frecuencia 1er, 2do, antes de ir C/S.	Al brigadista y luego al medico A la partera y después a otra Solo a la partera A la partera de ahí brigadista A nadie
			Quien orienta ir a la unidad de salud	De inmediato al C/S
			Momento en que buscaron atención	La partera El familiar Ella misma

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
		2da demora	<p>Sabían que la unidad estaba aperturada siempre</p> <p>Medio para trasladarse</p> <p>La red de transporte para la paciente es buena para transitar</p> <p>Al momento del traslado como iba la paciente</p> <p>El traslado de la paciente se limitó por falta de dinero.</p>	<p>De noche</p> <p>De día</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>En Vehicula</p> <p>Bote o lancha</p> <p>Bestia</p> <p>En carretera</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Muy grave, Complicada pero estable,</p> <p>Complicada deteriorada la paciente</p>



Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
			Se le dio prioridad a la gravedad de la paciente	Si No
			Detectaron la complicación tempranamente	Si No
			Brindaron la atención según protocolo de manejo de complicación	Si No
		3era demora	La valoraron varios médicos y el más entrenado	Si No
			Contaron con el recurso humano adecuado y capacitado para la atención	Si No
			Contaron con el equipo necesario para atenderla	Si No

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
			Contaron con los insumos de medicamento necesarios	Si No
			Se inició terapia a lo inmediato para mejorar la condición de la paciente	Si No
			En el momento de la atención de la paciente estaba llena la unidad de salud	Si No
			Cuantos médicos habían al momento de la atención	Si No
			Se estabilizo la paciente y se trasladó a unidad de referencia especializada	No hacía falta Los especialista
			Que medicamento hacía falta	Si No
			La ambulancia estaba disponible	De acuerdo al protocolo Otros
				Si No

## **Obtención de información**

### **7.5 Fuente de información:**

Fue secundaria los datos se tomaron de los expedientes clínicos e informe de la muerte materna elaborado del proceso de investigación del caso que se encuentran en el área de archivo del departamento de estadísticas vitales de la salud del Centro Ausberto Gutiérrez y en el SILAIS Bluefields y en los Hospital Regional Cesar Amador Molina de Matagalpa y Ernesto Sequeira de RACCS.

### **7.6 Técnicas e Instrumento:**

Para cumplir con los objetivos del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información que de acuerdo a los objetivos específicos que se esperaba alcanzar contienen preguntas sobre datos generales de las gestantes, las posibles causa médicas y no médicas que la condujeron a la muerte y las propuesta del modelo de la tres demora conocido como el camino para la supervivencia a la muerte materna descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia donde se analiza las razones porque no acceden las mujeres a la unidad de salud. Las mayorías de estos indicadores fueron tomados de otros instrumentos de estudios a nivel nacional e internacional.

Para validar el instrumento se revisaron 2 expediente, cumpliendo satisfactoriamente con la recolección de datos de manera adecuada. Posteriormente se solicitó por escrito el permiso de la dirección del SILAIS de RACCS (Bluefields) y de las unidades hospitalarias; Ernesto Sequeira y Cesar Amador Molina. También del C/S Ausberto Gutiérrez de La Cruz de Río Grande. La información fue recolectada por los mismos investigadores, realizándola en 3 semanas.

Los datos fueron introducidos en una base electrónica construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 22.0 para Windows.

## **Procesamiento de la información**

Se estableció tablas de frecuencia y cruces de variables entre la causa básica de difusión las características generales de las pacientes, entre las causas médicas y no médicas, de igual manera con los indicadores de las tres demora y por último la relación entre las causas básica, intermedia y directa de defunción.

La presentación de los resultados se realizó en cuadros y gráficos construidos por el programa Microsoft office, Word y PowerPoint.

**Cruces de variables:**

Edad según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Escolaridad según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Estado Civil según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Ocupación según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Procedencia según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Distancia en horas a la unidad de salud según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Lugar donde fallecieron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Causas Médicas según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Causas No médicas según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Indicadores de la 1era Demora según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Indicadores de 2da demora según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Indicadores de 3era demora según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Río Grande.

Causa Básica de defunción según Causa Intermedia y Directa en las muertes maternas ocurridas en la Cruz de Río Grande.

## **7.7 Aspectos Éticos**

La información recolectada es utilizada con fines investigativos. Cabe destacar que es anónima, los resultados serán publicado y dados a conocer en la institución donde se realizó el estudio para contribuir de alguna manera en mejorar esta problemática.

El permiso solicitado a la dirección también es parte de la publicación de los resultados, los datos, los que serán revelados de igual manera están en los expedientes y los informes sobre la muerte materna, respetando lo consignado sin establecer suposiciones de los mismos.

## **VIII. RESULTADOS**

Las causa básica de defunción en los casos de muerte materna en 50.0% fue por Retención Placentaria seguido del 20.0% de Eclampsia. El 70.0% del total de las mujeres tenían edades de 20 a 34 años, el 50.0% tenían un nivel escolaridad de analfabeto y el otro 50.0% de primaria, el primer grupo padecieron; Retención placentaria, Eclampsia, Placenta previa e Inversión uterina.

El estado civil del 60.0% estaban en Unión libre. Las mujeres casadas su causa de defunción fue por Placenta Previa, Inversión Uterina y Úlcera peptídica perforada. El 90.0% de todas eran ama de casa, el 10.0% que era estudiante padeció de Eclampsia. El 30.0% eran procedente de las Palmas donde el 10.0% respectivamente para cada uno fallecieron de causa básica de Eclampsia, Inversión Uterina y Úlcera peptídica perforada. (Ver tabla 1).

El 80.0% de las muerte maternas ocurrió en poblaciones que tienen que recorrer entre 5 a 8hrs para llegar a la unidad próxima, el 20.0% de las que padecieron Retención Placentaria tenían entre 1 a 4hrs de distancia a la institución de salud cercana. Se logra identificar que el 70.0% de las defunciones ocurrieron en el domicilio el 50.0% por esta misma patología señalada.

Se identificó que el 30.0% de los fallecimientos maternos ocurrieron entre 4 a 6 am y de 6 a 9 pm. El 80.0% de las muertes maternas ocurrieron en embarazos a término, las causa básicas de fallecimiento ocurridas en los embarazo pre - termino el 10.0% fue Eclampsia y el otro 10.0% por Retención Placentaria, el momento de fallecimiento según lo descrito 30.0% fue en el embarazo. (Ver tabla 2).

Las causa médicas y no médicas que posiblemente interfirieron para el descenso de las embarazadas el 30.0% de las primera fueron hemorragias post parto 20.0% por Retención Placentaria y las no medicas el 80.0% tuvieron menos de 4 CPN, el antecedentes de parto domiciliar que vivían en hacinamiento y tenían la falta de búsqueda por inasistencia a la unidad por el personal de salud. (Ver tabla 3).

Al analizar la sucesión de eventos enfocado en las tres demora, hay indicios que el 80.0% de la paciente no conocía que tenían un problema de salud y no consideraron que fuera muy grave. Lo que se identificó que el 20.0% de las pacientes que tuvieron Eclampsia; si conocían y si consideraron el problema. Se determinó que 60.0% como primer alternativa fue buscar a la partera y el 40.0% de estos fueron los casos de Retención Placentaria. La causa por la que no buscaron atención medica el 30.0% fue por falta de acceso geográfica. El 20.0% de los que no buscaron atención medica fue porque el marido no lo permitió, ocurrido en el caso de la Placenta Previa y en la Retención placentaria. (Ver tabla 4).

El 10.0% de los casos de Eclampsia desde que inicio el problema de salud hasta su atención pasaron 5hrs. Hay indicción que el 70.0% no acudieron al médico por creencia y cultura, de esto el 20.0% de las mujeres que fallecieron por Eclampsia. De acuerdo al orden de frecuencia solo el 10.0% de todas las mujeres acudieron de inmediato a la unidad y fue por Inversión Uterina. En su mayoría a quien buscaban eran a las partera o al brigadista pero no acudieron a la unidad de salud aunque hay un 70.0% que se identificó que los familiares orientaron ir a la unidad. (Ver tabla 5).

El momento en que fue necesario que las embarazadas buscaran ayudas, el 60.0% fue de noche, 30.0% por Retención Placentaria. El 100% de todas las embarazadas según indicios sabían que la unidad de salud estaba aperturada todo el tiempo. El medio utilizados para los casos que fueron a la unidad 10.0% respectivamente fueron a pie, en hamaca después en ambulancia o en canaleta. Se conoce que la procedencia del 90.0% es largo e inaccesible, Se encontró que el 10.0% que presento Ulcera Peptídica perforada llegaron a pie porque estaba cerca de la unidad.

Hay 20.0% del total que corresponde a 10.0% de Eclampsia y 10.0% de Inversión Uterina que se trasladaron muy grave. Se sabe que el 100% el traslado no se limitaba por dinero. (Ver tabla 6).

Al momento de la llega a la unidad de la paciente en los caso que se trasladó 20.0% llegaron muy grave según evidencia en el expediente, el 10.0% que presento Ulcera Peptídica perforada a su llegada fue considerada un caso complicado pero estable. Este

mismo caso no se le dio prioridad no se detectó la complicación tempranamente y del 20.0% que llegaron a la unidad no se brindó atención por protocolo no fueron valorados por varios médico. No se contó para el manejo de estos casos con los recursos médicos adecuados o capacitados y no contaron con el equipo adecuado. (Ver tabla 7).

Se identificó que también este 20.0% de los acudieron no contaron con los insumos médicos necesarios, no se inició ninguna terapia aunque no estaba llena la unidad al momento que llegaron y hubieron en su momento médico general y médicos en servicio, no se logró estabilizar a las pacientes porque no había liquido ni Ranitidina en el caso de la paciente con Ulcera Peptídica perforada. Como fueron pacientes que fallecieron en la unidad no importo que haya estado en el 20.0% de los casos la ambulancia disponible para el traslado al Hospital. (Ver tabla 8).

Al analizar las causa de muerte materna entre sus causas Básica y las Intermedias como la Directa. El 80.0% de las intermedia fue por Hemorragia Post parto que la mayoría se relacionaron con todas las causa básicas mencionada. La causa Directa del 80.0% fue por Hipovolemia. (Ver tabla 9).



## **IX. DISCUSIÓN**

Al encontrar que el 50.0% de las muertes maternas ocurre por Retención Placentaria es obvio que la debilidad está reflejada en el tercer periodo del parto. Una situación fácil de cambiar y el efecto sería un resultado de impacto ya que corresponde reducir en 50.0% las muertes materna, pero el punto es que esto sucedió de todos los parto atendidos en el domicilio asistido por partera y familiares. Se cree que esta situación sea producto de la falta de capacidad técnica de quien atiende el parto, las capacitaciones a las parteras es un hecho pero también muchas de estas fueron llamada después que la mujer había expulsado atendida por familiar o el parto por si sola. Se puede pensar que el costo indirecto que se genera por la atención al parto por parteras sea una de las razones por la que no son llamadas desde un inicio sino en el momento de mayor complicación.

En estudio realizado para el análisis el uso del proyecto de las casas maternas en Nicaragua se identificó que el monto promedio que cobran las parteras por atender un parto es de C\$95,40, suma que representa un 2,8% del ingreso promedio mensual de un hogar rural, además se conoció que las parteras acude a atender el parto a la casa de la parturienta en un 72% de los casos, mientras un 18% lo atiende en su propia casa. (Cortez, García Prado, Kok , & Largaespada, 2008). Son dos elementos que no se desligan de lo que anteriormente se mencionó, si hay un costo que no se puede pagar o si la partera tampoco es accesible como la unidad de salud para la atención al parto, esto es algo que genera una vulnerabilidad mayor para esta población y por situaciones que parece sencilla se vuelve compleja al momento de los hechos.

Hay situaciones muy notorio de las muertes maternas ocurridas y que cumple con las mismas características de otros estudios y son las situaciones precarias que viven la mayoría como; la procedencia rural, ama de casa, con baja escolaridad e incluso analfabetas acompañadas un elemento de dependencia que general mayor conflicto para la búsqueda de atención profesional o incluso de las partera o de los brigadistas de salud. Estudio realizado por Sánchez Wong sobre las tres demoras de las complicaciones obstétricas en Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields RAAS en el 2008, (Sánchez, 2008). Solo el 19.0% de los cónyuge tomaron la decisión de llevarla a la unidad de salud.

También se confirma por antecedentes de este otro estudio que la mayoría la dificultad de acceso era por la lejanía a la unidad más próxima entre 5 hasta 8hrs. En común acuerdo con este estudios afirman que son las mujeres en edades óptimas las que más presentaron muerte materna estos lógicamente a la exposición de la multiparidad que están expuestos y que en cualquier momento en alguno de ellos presente el fallecimiento.

Como se sabe las muertes maternas sigue siendo la desigualdad y la injusticia a los derechos de la salud sexual y reproductiva a pesar de los intereses y compromisos para mejorar esta condición que tienen el ministerio y gobernantes de este país. El comportamiento de esta situación es la evidencia del incumplimiento de la gestiones planes y estrategias para mejorar ante los compromiso nacionales e internaciones. Las situaciones en el curso del tiempo siguen siendo las mismas, las horas de mayor problema es en la madrugada y en la noche en el domicilio de cada uno de los casos. Algo que se conoce y no se identifican hay cambiado con el tiempo y las nuevas tecnología porque aunque tuvieron celulares estaban incomunicado.

La evidencia de los pocos casos que fueron atendidos en la unidad de salud, demostró que en estos lugares los recursos mejores entrenados o especialista no hay, la falta como veremos más adelante de insumo medico como la falta de solución salina y según lo encontrado faltaban fármacos para la atención a los problemas de las mujeres limitaron tratar la emergencia. Y otra situación es que una buena parte de las mujeres, ya tenían un fracaso en el control de la natalidad con más de 4 embarazos. Las mujeres que tienen cuatro o más hijos presentan razones de mortalidad materna superiores a 120 mientras que las que tienen 2,4 o menos hijos presentan razones por debajo de 64. Si estas son condiciones que se conocen en qué punto las estrategias para la planificación de estas mujeres que tienen altos riesgo obstétrico no es funcional. Al final que sucede la hemorragia post parto sigue siendo la causa médica por lo que mueren las mujeres producto de un entorno poco favorable sin encontrar maneras eficaces de cambio.

Al analizar la sucesión de evento basado en las 3 demoras; la primera está centrada al poco conocimiento que cada una de las mujeres tuvieron al problema que padecían, en ninguna se logro identificar el poder de autonomía para ser ellas que decidieran buscar atención

medica acompañado a las creencia y cultura de su compañero y de la familiar donde se vuelve más confiable la partera que las unidades de salud. Y para estas mujeres las casa materna no representaron su mejor opción la mayoría tenían un embarazo a término de áreas rurales con dificultad de acceso pero sin interés de estar cerca de la unidad de salud.

Por otro lado los sistema gerenciales del control del embarazo de las mujeres en edades reproductiva sigue siendo un sueño porque la capacidad de repuesta no se acerca al realidad que desde hace mucho tiempo se ha trabajado, no se conoce quienes son y ni se buscan a esa mujeres embarazadas inasistente al CPN.

En este estudio este primer momento para la muerte materna fue crucial porque del total pocas, solo 20.0% fueron las que llegaron a la unidad el resto falleció en su domicilio y en el trayecto a la unidad.

Para evaluar el segundo momento de los tres caso que se trasladaron 1 era una Eclampsia, 1 inversión uterina y la de la ulcera peptídica perforada. Todos tuvieron expuesta a la falta de acceso a la unidad más próxima a pesar que esta se encuentra abierta todo el tiempo. Pero lógicamente no es suficiente cuando en el contexto social la muerte materna no se retoma como un problema social donde la intervención comunitaria ejerce presión a los gobernantes para mejorar o hacer posible las rutas de acceso a las comunidades más recónditas. Aun en estos lugares solo es posible sacar a las pacientes en hamaca como hace más de 20 años que se sigue haciendo.

Como se dijo anteriormente el primer momento de la demora resumió la oportunidad que no tuvieron las mujeres que fallecieron de los dos únicos casos que se atendieron y murieron en la unidad, la embarazada que presento la complicación por ulcera peptídica perforada fue algo que no se detectó a tiempo al momento de la consulta inicial de la paciente es más se puede decir posterior a la lectura del expediente que el daño se sospechó hasta que la paciente falleció.

Se señala esto porque no había líquido para aplicación intravenosa ni Ranitidina como se menciona en la auditoria del expediente de la fallecida y el tiempo que era fundamental

para la intervención que tuvo la paciente hasta indicar la necesidad de traslado lo que demuestra que no se conocía la gravedad del problema en el momento inicial.

El otro caso fallecido en la unidad que fue por Eclampsia hay una clara evidencia que no existe recurso entrenado en este manejo ni el equipamiento e insumo para darle repuesta a esta problemática. Es lamentable ya que se conoce a nivel internacional que las tres causas fundamentales de muerte materna son Infecciosa, Hemorrágica y la Pre Eclampsia/Eclampsia y en estos lugares no se dispone de nada más que la ambulancia a disposición para acudir a Matagalpa o Bluefields con la paciente si puede llegar aún viva, dos ruta que aún están lejos de la Cruz de Río Grande. Si la iniciativa de los gobernantes es brindar más salud para todos no debe centralizarse en la ideas que la población observe que la unidad esta aperturada, tienen que incluirse la formación de recurso bastante tecnificado para todos los rincones del país y darle acceso a la población de unidades bien equipadas.

Las unidades de atención en salud deben ser más atractivas para toda la familia y comunidad desde el punto de vista que esta debe acercarse a la población y no como está sucediendo, y tomar en cuenta que existe comunidades concéntricas dispersas entre sí, que muchas quedan en el olvido por falta de acciones específica para integrarlos todo el tiempo a los proceso de la salud comunitaria en materia de prevención.

## **X. CONCLUSIONES**

1. Las características generales de las muertes maternas persiste en seguir siendo las mismas según el perfil de riesgo; son mujeres pobres, con baja escolaridad, procedentes de áreas rurales, lejos de difícil acceso, acompañadas o casadas, sin ocupación con más de 4 embarazo, con antecedentes de parto domiciliarios, inasistente del CPN y que fallecen en el parto o posterior por Retención placentaria que terminan en Shock Hipovolémico por hemorragia.
2. La Eclampsia esta en segundo lugar como causa básica de muerte materna ocurrido el deceso de una en su domicilio y de otra en la unidad de salud sin opciones al manejo de este problema de salud donde evidentemente las causas no medica de este problema se relaciona a la falta de seguimiento del CPN.
3. Los elementos que sucedieron según la demora que permitieron la mortalidad la primera fue fundamental para el mayor número de fallecida debiéndose a la falta de autonomía en la toma de decisión de las mujeres y al conocimiento de la magnitud del problema y otra situación el impedimento cuando el marido se oponía, demostrando actitud positiva cuando la familia tomaba la decisión de buscar ayuda. Y también tienen que ver la confianza mayor en las parteras que la unidad de salud.
4. El segundo momento la accesibilidad geográfica para los pocos casos que se trasladó impidió que una de las mujeres no llegara viva a la unidad muriendo en el trayecto. Y quedo demostrado incapacidad científico técnica y de infraestructura en términos gerencia para los pocos casos que tuvieron en la unidad y fallecieron.
5. Todos lo expuesto se conoce que siempre permitirán ser causa Básica de defunción una distocia a continuación la hemorragia y por ultimo shock hipovolémico y en caso de la Eclampsia son reconocidos como único elemento básico y directo de fallecimiento.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **1. A nivel de SILAIS.**

- a) Fortalecer más el modelo de atención familiar y comunitaria, donde se mejore los recursos y poder trasladar al personal de salud y que pueda llegar a las comunidades de mayor dificultad para la población.
- b) Realizar capacitaciones más continuas a las parteras enfocadas a la identificación de riesgo y poder realizar traslado oportunos a las unidades de salud.
- c) Garantizar la ubicación de personal con mayor capacidad o especialista acompañado de mejorar los recursos para que este médico de respuesta a los peores problemas de salud de las embarazadas.
- d) Unir esfuerzos con otras instituciones como MIFAMILIA y el MINED para mejorar el empeoramiento y toma de decisiones de las mujeres.

### **2. A nivel de la población de la comunidad y las mujeres embarazadas.**

- a) Unirse en función de poder generar demandas a las instituciones del estado que permita mejorar el acceso a las comunidades o acercar los servicios de salud y el equipamiento de las unidades.
- b) Organizarse para intervenir comunitariamente para reportar y dar a conocer la existencia de mujeres embarazadas en la comunidad o darle seguimiento a las inasistentes al CPN a los responsables de la unidad de salud correspondiente.

### **3. A nivel del personal de salud.**

- a) Garantizar gerenciar mejor los programas de planificación familiar y el de las embarazadas que permita la pronta búsqueda y seguimiento de las inasistentes.
- b) Capacitarse continuamente para dar una mejor respuesta a los problemas de Pre Eclampsia/ Eclampsia. Y aprender a detectar complicaciones no relacionadas con el embarazo.

## **XII. BIBLIOGRAFIA**

- 1) Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas . (2007). Reducción de la Mortalidad Materna Perspectivas y Desafíos desde los Parlamentos para alcanzar el ODM 5. Managua .
- 2) Cajina, J. C. (2015). La Hemorragia Postparto. Managua : OPS - OMS .
- 3) Cortez, R., García Prado, A., Kok , H., & Largaespada, C. (2008). Casas Maternas de Nicaragua . Washington, DC: Banco Mundial .
- 4) Elías, R. U. (2008 - 2009). Mortalidad Materna . Mexico .
- 5) Gallego Vélez, L., Vélez Álvarez, G. A., & Agudelo Jaramillo, B. (2005). Panorama de la Mortalidad Materna. Medellin .
- 6) Instituto de Estudios Estrategico y Politica Publicas . (2011). Reducción de la mortalidad materna. Factores de éxito y desafíos en Jinotega y la RAAN. Managua : Instituto de Estudios Estrategico y Politica Publicas .
- 7) MINSA - C/S Ausberto Gutierrez. (2015). Estadísticas Vitales para la Salud. La Cruz de Río grande: MINSA - Nicaragua.
- 8) MINSA, OPS. OMS. (2010). Tendencia de la Razón de la Mortalidad Materna Registrada en Nicaragua. Según Quinquenio. Perfil de Salud Materna OMD5 Nicaragua . Managua .
- 9) MINSA. Centro de Salud Aguting Winshag. (2015). Estadísticas Vitales y Analisis de Mortalidad Materna. La Cruz de Río Grande.
- 10) OMS - UNFPA . (2014). Organismos de las Naciones Unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas. Ginebra| Nueva York.
- 11) Sánchez, W. W. (2008). Las tres demora de las complicaciones obstetricas, Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco. Bluefields RAAS. Febrero a Julio de 2007 . Managua : UNAN - Managua/CIES.
- 12) Soto, E. R. (2007). Factores presentes en la mortalidad materna de adolescentes. Nicaragua Enero 2004 - Diciembre 2006. Managua : UNAN - Managua/CIES .
- 13) Vélez Álvarez, G. A., Gallego Vélez, L. I., & Jaramillo Posada, D. C. (2002). Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia. Antioquia .
- 14) World Health Organization. (2014). Mortalidad Materna. Geneva: Centro de prensa de la OMS.

# **XIII. ANEXOS**





**2da Demora**

Cuando decidieron buscar atención era de noche o de día  
La unidad siempre esta aperturada y la población lo sabe  
Cuál fue el medio utilizado para trasladarse  
La red de transporte para la paciente es buena para transitar  
Al momento del traslado iba muy grave, complicada pero estable,  
complicada deteriorada la paciente  
El traslado de la paciente se limitó por falta de dinero.

**3er Demora**

En que condición llego al Establecimiento de Salud  
Se le dio prioridad a la gravedad de la paciente  
Detectaron la complicación tempranamente  
Brindaron la atención según protocolo de manejo de a complicación  
La valoraron varios médicos y el más entrenado  
Contaron con el recurso humano adecuado y capacitado para la atención  
Contaron con el equipo necesario para atenderla  
Contaron con los insumos de medicamento necesarios  
Se inició terapia a lo inmediato para mejorar la condición de la paciente  
En el momento de la atención de la paciente estaba llena la unidad de salud  
Cuantos médicos habían al momento de la atención  
Se estabilizo la paciente y se trasladó a unidad de referencia especializada  
Que medicamento hacía falta  
La ambulancia estaba disponible

**IV. Causas de fallecimiento.**

Causa Básica. \_\_\_\_\_

Causa intermedia. \_\_\_\_\_

Causa Directa. \_\_\_\_\_

## ANEXOS 2

### RESULTADOS

Tabla 1.

Características Generales según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Características Generales	Causas Básicas de Defunciones											
	Total		Retención Placentaria		Eclampsia		Placenta previa		inversión uterina		Úlcera peptídica perforada	
	n = 10		n=5		n=2		n=1		n=1		n=1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Edad</b>												
14 a 19 años	2	20.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-
20 a 34 a	7	70.0	3	30.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
35 a	1	10.0	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-
<b>Escolaridad</b>												
Analfabeta	5	50.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
Primaria	5	50.0	3	30.0	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
<b>Estado Civil</b>												
Casada	3	30.0	-	-	-	-	1	10.0	1	10.0	1	10.0
En Unión Libre	6	60.0	5	50.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-
Soltera	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
<b>Ocupación</b>												
Ama de Casa	9	90.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
Estudiante	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
<b>Procedencia</b>												
La Palma	3	30.0	-	-	1	10.0	1	10.0	-	-	1	10.0
Boca de Piedra	2	20.0	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0	-	-
El Feliciano	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
El naranjo	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
La Estrella	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
San José Tumarín	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
Uliwas	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoría.

Tabla 2.

Características Generales según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Características Generales	Causas Básica de Defunciones											
	Total		Retención Placentaria		Eclampsia		Placenta previa		inversión uterina		Úlcera peptídica perforada	
	n = 10		n=5		n=2		n=1		n=1		n=1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tiempo que tarda en llegar a la unidad próxima</b>												
1 a 4hrs	2	20.0	2	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 8hrs	8	80.0	3	30.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
<b>Lugar de la defunción</b>												
En el Domicilio	7	70.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-
En el trayecto al C/S	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	-	-
En el C/S	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
<b>Hora en que fallecieron</b>												
4 a 6 am	3	30.0	1	10.0	-	-	1	10.0	1	10.0	-	-
10:00 am	2	20.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-
1 a 3 pm	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
6 a 9 pm	3	30.0	3	30.0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Semana de gestación en que falleció la madre</b>												
Pre-termino (28 a 33sg)	2	20.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-
A termino (37 a 40sg)	8	80.0	4	40.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
<b>Momento del fallecimiento</b>												
En el embarazo	3	30.0	-	-	2	20.0	-	-	-	-	1	10.0
En el parto	7	70.0	5	50.0	-	-	1	10.0	1	10.0	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoría.

Tabla 3.

Causa médicas y no médicas que presentaron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Causas	Causas Básica de Defunciones											
	Total		Retención Placentaria		Eclampsia		Placenta previa		inversión uterina		Ulcera peptídica perforada	
	n = 10		n=5		n=2		n=1		n=1		n=1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>C. Medicas</b>												
+ de 4 Embarazo	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
+ de 4 embarazo y HPP	2	20.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0
Anemia + HPP	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Eclampsia	1	10.0	-	-	1	10	-	-	-	-	-	-
HPP	3	30.0	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-
+ de 4 embarazo y Obesidad+ HPP	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	-	-
RPM + Eclampsia	1	10.0	-	-	1	10	-	-	-	-	-	-
<b>C. No medica</b>												
< 4 CPN Antecedentes de parto domiciliario vive en hacinamiento y Falta de búsqueda inasistente.	8	80.0	5	50.0	1	10.0	-	-	1	10.0	1	10.0
< 4CPN Captación tardía Víctima de VIF y Vivian en Hacinamiento y Falta de búsqueda inasistente.	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
< 4CPN Antecedentes de parto domiciliario con atención familiar vive en hacinamiento. Víctima VIF	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0	-	-	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoría.

Tabla 4.

Sucesión de Eventos que presentaron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Sucesión de Evento 1era demora	Total n = 10		Causas Básica de Defunciones										
			Retención Placentaria n=5		Eclampsia n=2		Placenta previa n=1		inversión uterina n=1		Úlcera peptídica perforada n=1		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Conocía la paciente que tenía un problema de salud.</b>													
No	8	80.0	5	50.0	-	-	1	10.0	1	10.0	1	10.0	
Si	2	20.0	-	-	2	20.0	-	-	-	-	-	-	
<b>Consideraron que era muy grave su problema de salud</b>													
No	8	80.0	5	50.0	-	-	1	10.0	1	10.0	1	10.0	
Si	2	20.0	-	-	2	20.0	-	-	-	-	-	-	
<b>Que decidieron hacer.</b>													
El esposo atendió el parto	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0	-	-	-	-	
El familiar atendió el parto	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
Buscaron a la partera	6	60.0	4	40.0	2	20.0	-	-	-	-	-	-	
Buscaron atención medica	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0	
Buscaron la unidad de salud	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	-	-	
<b>Si no buscaron atención medica profesional cual fue la causa</b>													
Falta de acceso geográfico difícil	3	30.0	2	20.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	
Falta de acceso geográfico no señal telefónica no hay partera cerca de domicilio	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fueron a la unidad	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	
No había señal telefónica mala acceso por transporte era de madrugada al inicio	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0	
No había señal telefónica mala acceso por transporte y tenía parto domiciliar anterior	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
No lo permitió el marido	2	20.0	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoria.

Tabla 5.

Sucesión de Eventos que presentaron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Sucesión de Evento 1era demora	Total n = 10		Causas Básica de Defunciones									
			Retención Placentaria n=5		Eclampsia n=2		Placenta previa n=1		inversión uterina n=1		Ulcera peptídica perforada n=1	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Desde que inicio el problema de salud cuanto tiempo pasó para su atención.</b>												
5hr	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
Fue inmediato	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
No Buscaron atención medica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Por creencia y cultura no se decidían ir a la unidad de salud</b>												
Acudieron a la Unidad	2	20.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	1	10.0
Por creencia del marido	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Por creencia y cultura no acudieron al medico	7	70.0	4	40.0	2	20.0	1	10.0	-	-	-	-
<b>Donde acudieron en orden de frecuencia 1er, 2do, antes de ir C/S.</b>												
Al brigadista y luego al medico	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
A la partera y después a otra	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Solo a la partera	3	30.0	2	20.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-
A la partera de ahí brigadista	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
A nadie	3	30.0	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	1	10.0
De inmediato al C/S	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	-	-
<b>Quien orienta ir a la unidad de salud</b>												
Brigadista	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
Familiares	7	70.0	5	50.0	-	-	-	-	1	10.0	1	10.0
La partera	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
Nadie	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0	-	-	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoria.

Tabla 6.

Sucesión de Eventos que presentaron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Sucesión de Evento demora	2da Total n = 10		Causas Básica de Defunciones									
			Retención Placentaria n=5		Eclampsia n=2		Placenta previa n=1		inversión uterina n=1		Úlcera peptídica perforada n=1	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cuando necesitaron buscar atención era</b>												
De noche	6	60.0	3	30.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
De madrugada	2	20.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-
De mañana	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-
De tarde	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
<b>La unidad siempre esta aperturada y la población lo sabe</b>												
Siempre esta aperturada y lo sabían	10	100	5	50.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
<b>Cuál fue el medio utilizado para trasladarse</b>												
Llegaron a pies	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
En hamaca y después en ambulancia	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
hamaca después canaleta	1	10.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0	-	-
No se trasladaron	7	70.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-
<b>La red de transporte para la paciente es buena para transitar</b>												
Es difícil llegar es largo y totalmente inaccesible	9	90.0	5	50.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	-	-
Estaban en el mismo pueblo	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
<b>Al momento del traslado iba</b>												
Muy grave,	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-
Complicada pero estable	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
No se trasladaron	7	70.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-
El traslado de la paciente no se limitó por falta de dinero.	10	100	5	50.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoría.



Tabla 7.

Sucesión de Eventos que presentaron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Sucesión de Evento demora	3ra	Causas Básica de Defunciones											
		Total		Retención Placentaria		Eclampsia		Placenta previa		inversión uterina		Ulcera peptídica perforada	
		n = 10		n=5		n=2		n=1		n=1		n=1	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>En que condición Llego al Establecimiento de Salud</b>													
<b>Muy grave, Complicada estable</b>		2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-
<b>pero</b>		1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		7	70.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	-	-	-	-
<b>Se le dio prioridad a la gravedad de la paciente</b>													
<b>si</b>		1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
<b>No</b>		1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Detectaron la complicación tempranamente</b>													
<b>Si</b>		1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
<b>No</b>		1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Brindaron la atención según protocolo de manejo de a complicación</b>													
<b>No</b>		2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>La valoraron varios médicos y el más entrenado</b>													
<b>No</b>		2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Contaron con el recurso humano adecuado y capacitado para la atención</b>													
<b>No</b>		2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Contaron con el equipo necesario para atenderla</b>													
<b>No</b>		2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
<b>No aplica</b>		8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoria.

Tabla 8.

Sucesión de Eventos que presentaron según Causa Básica de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Sucesión de Evento demora	3ra		Causas Básica de Defunciones									
	Total		Retención Placentaria		Eclampsia		Placenta previa		inversión uterina		Úlcera peptídica perforada	
	n = 10		n=5		n=2		n=1		n=1		n=1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Contaron con los insumos de medicamento necesarios</b>												
No	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Se inició terapia a lo inmediato para mejorar la condición de la paciente</b>												
No	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>En el momento de la atención de la paciente estaba llena la unidad de salud</b>												
No	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Cuantos médicos habían al momento de la atención</b>												
1 M. General 2 M. S. Social	1	10.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
1 M. S. Social	1	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Se estabilizo la paciente y se trasladó a unidad de referencia especializada</b>												
No	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>Que medicamento hacía falta</b>												
Líquidos I.V Remitidita	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
<b>La ambulancia estaba disponible</b>												
Si	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	1	10.0
No aplica	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoria.

Tabla 9.

Causas de Mortalidad Maternas ocurridas en Mujeres procedentes de la Cruz de Rio Grande. Región Autónoma de la Costa Caribe Sur. Enero 2011 a diciembre 2015.

Causas de difusiones	Causas Básica de Defunciones											
	Total		Retención Placentaria		Eclampsia		Placenta previa		inversión uterina		Ulcera peptídica perforada	
	n = 10		n=5		n=2		n=1		n=1		n=1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Causa intermedia</b>												
Hemorragia Post parto	8	80.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
No estaba registrada	2	20.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	-	-
<b>Causa directa</b>												
Eclampsia	2	20.0	-	-	2	20.0	-	-	-	-	-	-
Shock Hipovolémico	8	80.0	5	50.0	-	-	1	10.0	1	10.0	1	10.0

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos y documento de la Auditoria.